

Opiaattiriippuvaisten ylläpitohoidon rakentuminen päiväkeskuksessa – etnografinen tapaustutkimus

Yhteiskuntapolitiikan laitos
Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus
Helsingin yliopisto
Tuulikki Forssén
Maaliskuu 2004

Tiedekunta/Osasto - Fakultet/Sektion Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos - Institution Yhteiskuntapolitiikan laitos
Tekijä - Författare Forssén Tuulikki		
Työn nimi - Arbetets titel Opiaattiriippuvaisten ylläpitohoidon rakentuminen päiväkeskuksessa – etnografinen tapaustutkimus		
Oppiaine - Läroämne Sosiaalipolitiikka/sosiaalityö		
Työn laji - Arbetets art Lisensiaatintyö	Aika - Datum 2004-03-31	Sivumäärä - Sidoantal 172+liitteet 9 sivua
Tiivistelmä Referat Heroinin ja muiden opiaattien suonensisäinen käyttö on lisääntynyt 1990-luvun loppupuolella. Opiaattien lisääntyneestä käytöstä johtuen on tullut myös tarvetta lisätä opiaattiriippuvaisille suunnattua hoitoa. Lääkkeelliset hoidot yhdistettynä psykososiaaliseen tukeen ovat osoittautuneet tehokkaiksi parantessaan asiakkaiden elämänlaatua ja vähentäessään rikollisuutta sekä huumekuolemia. Huumehoitojen järjestämisessä on monenlaisia ongelmia. Asiakkaan, sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeellisiä hoitoja koskevan asetuksen ja henkilökunnan käsitykset saattavat poiketa toisistaan. Ongelmina nähdään uusien tehtävien antaminen yksiköille lyhyellä varoitusajalla ja niin ettei työyhteisö voi asioihin vaikuttaa. STM:n säännökset ylläpitohoidosta eivät anna selkeitä linjauksia hoidon suhteen. Näin ollen tulkinnanvaraisuudet hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä lisääntyvät. Asiakkaiden uhkaava käytös ja jatkuva väkivallan uhan alla työskentely vaikeuttavat huumeuhoon käytännön toteuttamista. Työntekijät kokevat hoidon toteuttamisen resurssit riittämättömiksi niin tilojen kuin vakanssienkin suhteen. Hoitoihin liittyy myös epärealistisia odotuksia. Lisäksi asiakkaiden rajattomat vaatimukset aiheuttavat sen, että työyhteisö on monenlaisten ristipaineiden pyönteessä yrittäessään ratkaista, mikä on hyvää ja asetuksen mukaista hoitoa huumeongelmallisille. Tämä tutkimus analysoi yhden työyhteisön näkökulmasta yhden päihdehoidon yksikön asiantuntijuuden muodostumisprosessia. Tutkimus tuottaa tietoa vaikeasti huumeongelmaisten kanssa tehtävästä työstä ja sen haasteista. On tärkeää, että tällaista uutta toimintaa kuin ylläpitohoito tutkitaan, kun sen tarjontaa joudutaan kuitenkin tulevaisuudessa lisäämään. Käytännöstä lähtevä tutkimus mahdollistaa tiedon tuottamisen asioista, jotka kentällä koetaan tärkeiksi ja joita ei ehkä muutoin saataisi esiin. Asiakkaiden ja työntekijöiden äänen on myös helpompi kuulla. Tutkimuksen tuloksena voidaan arvioida, vastaavatko toiminnot asiakkaiden tarpeita ja ovatko hoidot työntekijöiden näkökulmasta tarpeeksi resursoituja, jotta niitä voidaan myös turvallisesti toteuttaa. Tämä tutkimus on etnografinen tapaustutkimus konfliktien näkökulmasta. Siinä toiminnan osapuolet joutuvat intressiristiriitaan keskenään. Työyhteisö joutuu sovittamaan asetuksen ja asiakkaiden vaatimukset yksikön kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla ja havainnoimalla. Tässä tutkimuksessa etnografia tarkoittaa ylläpitohoitoa koskevien merkitysten tutkimista sosiaalisissa tilanteissa ja toiminnoissa yhdessä yksikössä tietyn ajanjakson aikana. Yksikön toimintaan vaikuttavat yksikön sisäiset ja ulkopuoliset tekijät. Toiminta raamittuu ja muotoutuu erilaissa konflikteissa. Näistä muodostuu yksikön ylläpitohoidon kulttuuri, asiantuntijuus siitä, miten ylläpitohoitoa tulee toteuttaa. Hoitoyksikön orientaatio ja asiantuntijuus kehittyivät erilaisen vaihdon ja vuorovaikutuksen lisääntymisen seurauksena vajaan kahden vuoden aikana eriyttämättömän hoivan tuottamisesta eriytyneeseen kuntoutusorientaatioon. Eriytymättömästä yksiköstä kehittyi keskusteleva, erilaisuutta sietävä, eriytynyttä huumeuskuntoutusta tuottava yksikkö. Tärkeimmät lähteet: Schein, Edgar: Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Tourunen, Jouni: Epäilyksen polttopisteessä.		
Avainsanat – Nyckelord Huume-politiikka – huumeuskuntoutus- lääkkeelliset hoidot – organisaatiokulttuuri - asiantuntijuus		
Säilytyspaikka - Förvaringställe		
Muita tietoja		

Tiedekunta/Osasto- Fakultet/Sektion Faculty of Political Science		Laitos - Institution Department of Social Policy	
Tekijä-Författare Forssén Tuulikki			
Työn nimi-Arbetets titel The construction of Maintenance Treatment of Opiate addicted People in Daycenter			
Oppiaine - Läroämne Social work			
Työn laji -Arbetets art Licentiate thesis		Aika -Datum 2004-03-31	Sivumäärä- Sidoantal 172+9
Tiivistelmä Referat The intravascular use of heroin and other opiates has increased in the end of 1990's. Due to the increasing use of opiates, there has also grown the need to increase treatment aimed at opiate addicted people. Medical care together with psychosocial support has turned to be efficient, because it improves the quality of life of clients and diminishes criminality and drugdeaths. There are many kinds of problems in organizing drug treatments. The point of views of clients, statutes and nursing staff may differ from each other. You may see problems such as new duties given to departments with a short notice. The regulations of Social and Health Ministry concerning maintenance treatment, don't give explicit policy about treatment. So, treatment is more open to various interpretations between nursing staff and clients. The aggressive behavior of clients and continuous working under the danger of violence makes it more difficult to do drugnursing in practice. Employees feel that resources to accomplish the treatment are insufficient, when it's question about the work space or the amount of working vacancies. The are unrealistic expectations about the treatment. In addition to this clients' bottomless need to demand, brings the nursing stuff to the turbulence of pressure conflicts, when trying to decide, what is according to regulations and good treatment and which is the most secure way of accomplishing the treatment. This ethnographical case study is analyzing the aspect of the nursing stuff of a work community under the welfare for intoxicant abusers and how the process of becoming an expert will develop. The study produces information about the work done with severely drug addicted people and the challenges of this work. It's very important to research this new activity called maintenance treatment, because it's sure that you have to increase supplies for treatment in the future. The study that rises form practise is essential. It enables to produce information about actual issues, which are felt vital at fieldwork. It also makes it possible to get facts, which may not be found in any other way. Clients and nursing staff are heard. At the result of this study, you can evaluate, if the activities meet the needs of clients and are there enough resources for employees to work safely. This research is an ethnographical case stydy at the point of view of conflicts. The participants of the activities are compelled to an interestconflict with each other. The study was executed by interviewing and by observation. Here ethnography means analyzing the meanings of maintenance treatment at social situations and activities at one nursing department during certain period of time. The activities are influenced as well by internal as by external factors. The activities are framed and formed at different conflicts. From there rises the culture of maintenance treatment and the knowing, how to accomplish it. The orientation of the nursing department was developed during two years period as the result of increasing interaction between employees and other authorities. Workers took part to various educations. Producing care without differentiation changed to producing care with specialization. Now there was a conversational, dissimilarity accepting and differentiated department, producing drug rehabilitation. Sources: Schein, Edgar: Organisational culture and management. Tourunen, Jouni: Epäilyksen polttopisteessä.			
Avainsanat – Nyckelord Drug policy – drug rehabilitation – medical treatment – organisation culture - expertness			
Säilytyspaikka – Förvaringställe			

Muita tietoa

Sisällys

1 Johdanto	3
2 Huumeiden käyttö ja huumepolitiikat	6
2.1 Huumeiden käyttö yhteiskunnallisena ongelmana	6
2.2 Suomalaiset huumekuviot	8
2.3 Huumepolitiikat	12
3 Päihdekuntoutus	15
3.1 Päihdekuntoutuksen periaatteet	15
3.2 Korvaus- ja ylläpitohoidot	22
3.2.1 Vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon käsitteet	22
3.2.2 Korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat Euroopassa	25
3.2.3 Korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat Suomessa	31
3.3 Psykososiaalinen kuntoutus	35
4 Organisaatio päihdekuntoutusta toteuttamassa	38
4.1 Organisaatiokulttuuri	38
4.2 Asiantuntijakulttuuri	41
4.3 Organisaatio ja muutos	45
5 Tutkimuksen metodologia ja kysymyksenasettelu	47
5.1 Tutkimuskonteksti	47
5.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	49
5.3 Etnografinen tapaustutkimus	50
5.4 Aineisto ja sen keruu ja käsittely	56
5.4.1 Haastattelu	56
5.4.2 Havainnointi	58
5.4.3 Analyysi	62
6 Ylläpitohoitoasiantuntijuuden omaksumisprosessi organisaatiossa	64
6.1 Organisaation ulkoiset ehdot	64
6.1.1 STM:n asetus ja hoidolle asetetut vaatimukset	64
6.1.2 Tilat	70
6.1.3 Matala kynnyks ja turvallisuus	72
6.2 Ensimmäinen kriisivaihe	75
6.2.1 Uuden toiminnan tulo yksikköön	75
6.2.2 Asiakasryhmät	82
6.2.3 Hoidon periaatteet	88

6.2.4 Ulkoiset paineet ja vuorovaikutuksen ongelmat	90
6.3 Toinen kriisivaihe	90
6.3.1 Tavoitteet ja sisältö	90
6.3.2 Hoidossaoloa koskevat säännöt	102
6.3.3 Yleiset periaatteet	115
6.3.4 Vuorovaikutuksen vaativuus	121
6.3.5 Yksikön sisäiset paineet ja vuorovaikutuksen ongelmat	148
6.4 Seestymisen vaihe	149
7 Tutkimuksen tulokset ja kehittämis ehdotukset	152
7.1 Tulokset	152
7.2 Ylläpito hoidon toteuttamisen ongelmakohtia ja kehittämis ehdotuksia	158
Kirjallisuus	162
Liitteet 1-6	
Käytettyjä lyhenteitä	
Aineiston merkitsemistavat	
Käytettyä sanastoa	

1 Johdanto

Heroiinin ja muiden opiaattien suonensisäinen käyttö lisääntyi Suomessa 1990-luvun loppupuolella. Vuonna 2000 toteutetun kovien huumeiden käytön yleisyyttä koskevien tutkimusten perusteella opiaattien käyttäjiä olisi vuonna 1998 ollut ikäluokassa 15-55-vuotiaat arviolta 1800-2660. Vuoden 1999 tietojen perusteella käyttö on hieman nousussa. (Virtanen 2001, 67.) Käyttöön liittyvät haitat esimerkiksi takavarikot, liikennepäihtymykset ja sairaudet kuten Hiv ja C-hepatiitti sekä ainelöydökset kuolemantapauksissa ovat olleet myös nousussa. (Virtanen 2001, 67.) Koko 1990-luvun kasvanut huumeiden kokeilukäyttö hidastui vuosikymmenen vaihteessa, mutta haitat ovat sen sijaan lisääntyneet edelleen. Kroonistuneista huumehaitoista tuleekin uusi haaste hoitojärjestelmälle tulevina vuosina. (Hein, Ruuth ja Virtanen 2002, 20-21.)

Opiaattien lisääntyneestä käytöstä ja lisääntyneistä haitoista johtuen on tullut myös tarvetta lisätä opiaattiriippuvaisille suunnattua hoitoa. Opioidiriippuvuuden hoitomuotoja ovat vieroitushoito, psykososiaaliset hoidot sekä lääkekorvaushoito (korvaushoito ja ylläpitohoito). Opioidiriippuvuudella tarkoitetaan heroinin tai muun opioidin sellaista käyttöä, johon kuuluu pakonomainen tarve käyttää opioidia ja heikentynyt kyky säädellä aineen käyttöä sekä elimistön kasvava kyky sietää sitä. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001, 13.) Vieroitushoidolla tarkoitetaan lääkkeellistä, lyhytaikaista ja usein määräaikaista hoitoa, jolla autetaan potilasta vieroittautumaan opiaatista, useimmiten heroininista. (Fabritius ja Granström 1999, 2.) Korvaushoidossa käytetään korvauslääkitystä yleensä heroinia korvaavana aineena, ja korvaavasta aineesta pyritään pääsemään jossain vaiheessa eroon. Ylläpitohoidon tarkoituksena on haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Tavoitteena ei siis ole korvaavasta aineesta eroon pääseminen. Lääkkeelliset kuntoutusohjelmat yhdistettynä psykososiaaliseen tukeen ovat kansainvälisissäkin tutkimuksissa osoittautuneet tehokkaiksi parantaessaan potilaan elämänlaatua, vähentäessään rikollisuutta ja huumekuolemia. (Seivewright 2001, 180) Huumeiden käyttäjien kuntoutuksessa on kannettu huolta hoidon keskeytymisestä. Lääkehoito edistää potilaiden hoidossa pysymistä. (Kaukonen 2001, 6.)

Korvaus- tai ylläpitohoitoon pääseminen on potilaille erittäin tärkeä asia. Monet kuvaavat sitä toisena mahdollisuutena, uuden elämän alkamisena. Hoidon avulla on mahdollista jättää taakse rikollinen elämä. Ajankäytöllisesti hoito jäsentää arkea ja päiville tulee selkeä rytmi.

Se merkitsee myös sitä, että on mahdollisuus harrastaa erilaisia asioita, kun kaikki aika ei enää mene huumeen hankkimiseen. Monen terveys on parantunut, kun hoidon myötä voimavarat myös itsenä hoitamiseen ovat kasvaneet. Hoidossa ollessaan potilas saa myös tarvittaessa apua arkipäivän ongelmissa sekä erilaisissa etuuksien hakemisissa sekä asunnon saamisessa ym. Keskustelut ja erilaiset ryhmät voivat auttaa potilasta tiedostamaan asioita ja samalla tukea päihteettömän elämäntavan omaksumisessa.

Lääkkeellisistä hoidoista on esitetty erilaisia näkökantoja. Professori Mikko Salaspuro vaatii lisää lääkehoitoa narkomaaneille. Parasta hoitoa on hänen mielestään lääkkeellinen korvaushoito. Paraskaan psykososiaalinen tuki ei riitä, jos siihen ei liity lääkkeellistä hoitoa. Salaspuron mukaan korvaushoidoista koituu säästöjä sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle yhteensä 50 000 euroa jokaista asiakasta kohti vuosittain. Korvaushoidoista on kuitenkin hyötyä vain opiaattiriippuvaisille. (Lindberg 2003.)

Korvaus- ja ylläpitohoitoja kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Niiden on väitetty jopa edistävän huumeongelmaa. Poikolaisen ja Mäkelän mukaan Suomesta ei löydy tarpeeksi monta hoitoon haluavaa, mistä voi olla seurauksena se, että hoitoihin otetaan asiakkaita löysin kriteerein. Poikolaisen mukaan myös psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen ei löydy tarpeeksi osaavia henkilöitä. Korvaus- ja ylläpitohoitoihin käytettyä metadonia tai buprenorfiinia voidaan myös käyttää päihdyttämiseen, ja mitä löysempää valvonta on, sitä isompi osaa lääkkeistä kulkeutuu katukauppaan. Liian innokas ylläpitohoidon tarjoaminen voi myös tuottaa uusia heroinin käyttäjiä. Poikolainen ja Mäkelä pelkäävät, että aikaa myöten korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat muuttuvat psykososiaalisen hoidon suunnasta pelkän lääkehoidon suuntaan. Hoidon pääsyn indikaatioita saatetaan myös lieventää ja hoito voi muuttua tarkasti valvotusta, päivittäisestä ja lääkärin määräämästä annostelusta, harvempaan ja isoja kertamääriä jakavaan ja potilaan toivomuksia myötäilevään annostukseen. Seuraava askel on siirtyminen metadoni- ja buprenorfiinihoidosta sitten heroinihoitoon. (Mäkelä ja Poikolainen 2001, 360-362.) Korvaus- ja ylläpitohoitojen määrää tulee Mäkelän mukaan nostaa, mutta on tärkeää edetä vaiheittain ja kokeilevasti, kokemuksia keräten. (Mäkelä 2002, 178-180.)

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestämisessä on monenlaisia ongelmia. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän mielestä merkittäviä ongelmakohtia ovat kielteiset asenteet huumausaineiden ongelmakäyttäjiä kohtaan,

ammattillisen osaamisen puutteet, vakiintumattomat hoitokäytännöt, alueelliset erot hoitopalveluiden saatavuudessa sekä hoitoonohjausjärjestelmän toimimattomuus. (Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio 2001.)

Huumehoitopolitiikan ja –palvelujen riittämätön määrittely ja epäselvyys sekä terminologian että käytäntöjen ohjeistamisen suhteen välittyy suoraan palveluja toteuttaville yksiköille päivittäiseen hoitotyöhön. Työyhteisö joutuu asiakkaan kanssa olemaan huume politiikan selkiyttäjänä, mikä tuntuu työntekijöistä usein hyvin raskaalta. Hoitoyksiköiden näkökulmasta suurimpana ongelmana nähdäänkin epävarmuus siitä, mitä ylläpitohoidon ja psykososiaalisen hoidon tulisi olla. Asiakkaan, asetuksen ja hoitohenkilökunnan käsitykset saattavat poiketa toisistaan. STM:n säädökset ylläpitohoidosta ja hoidon toteuttamisesta eivät anna työntekijöiden mukaan selkeitä linjauksia ylläpitohoidon suhteen. Näin ollen tulkinnanvaraisuudet lisääntyvät sekä hoitavan tahon että asiakkaiden kesken. Asiakkaiden väkivaltainen käyttäytyminen ja siitä johtuva jatkuva väkivallan uhan alla työskentely myös vaikeuttavat huumehoitotyön käytännön toteuttamista.

Työntekijät kokevat hoidon toteuttamisen resurssit riittämättömiksi niin tilojen kuin vakanssienkin suhteen. Lääkkeellisiin hoitoihin liittyy epärealistisia odotuksia. Työntekijät kokevat vaikeaksi sen, että hoitoja ohjeistavat tutkijat ja päättäjät, joilla ei näytä olevan käsitystä moniongelmaisen, sekakäyttäjänarkomaanin hoitamisesta tai edes kohtaamisesta. Koulutuksessa ja sen laadussa nähdään olevan myös parantamisen varaa. Ongelmana nähdään myös uusien toimintojen antaminen lyhyellä varoitusajalla yksiköiden tehtäväksi ja työntekijöiden itse saamatta vaikuttaa asioihin. Lisäksi asiakkaiden rajattomat vaatimukset aiheuttavat sen, että työyhteisö on monenlaisten ristipaineiden pyörteessä yrittäessään ratkaista sitä, mikä on hyvää ja asetuksen mukaista hoitoa huumeongelmaiselle, ja miten sitä voi myös turvallisesti toteuttaa. Tämä tutkimus analysoi työyhteisön näkökulmasta yhden huumehoitokulttuurin asiantuntijuuden muodostumisprosessia.

Omaa tutkimustani ajatellen, pidän tärkeänä, että tällaista uutta toimintaa kuin ylläpitohoitotoiminta tutkitaan työntekijänäkökulmasta, kun sitä tulevaisuudessa kuitenkin lisätään lisääntyneen huumausaineiden käytön takia. Työntekijänäkökulma on tarpeen asiakasnäkökulman rinnalla. On tärkeää havainnoida, miten työtä on ohjeistettu ja resursoitu, millaiset mahdollisuudet yksiköille on annettu työn toteuttamiseen. On myös tärkeää analysoida, mitä psykososiaalinen työ on ja miten se hahmotetaan tässä tapauksessa yhdessä

päihdehuollon yksikössä. Omassa tutkimuksessani metadonihoitoyksikön antamasta ylläpitohoidosta yritän yhdistää käytäntöä ja tutkimusta. Aineistoa kerätään etnografisin menetelmin haastatteluin ja havainnoimalla. Parhaimmillaan tutkimus voi antaa tietoa siitä, mitä ylläpitohoito ja psykososiaalinen kuntoutus on, millaisia ongelmia hoidon toteuttamisessa on tullut esiin ja miten näitä ongelmia voitaisiin ottaa huomioon suunniteltaessa uusia hoitoja.

Käytännöistä lähtevä tutkimus on erittäin tärkeää. Etnografinen tutkimusote mahdollistaa tiedon tuottamisen ajankohtaisista, kentällä tärkeiksi koetuista asioista. Se antaa mahdollisuuden tuottaa hiljaista tietoa, joka ei välttämättä paljastu haastattelu- ja lomaketutkimuksissa, vaan pitkäaikaisen havainnoinnin kautta. Asiakkaiden ja työntekijöitten äänen on myös mahdollista helpommin kuulua. Parhaimmillaan tutkimus auttaa teoretisoimaan omaa työtään ja sosiaalityön tuottaman tiedon arvo kasvaa. On tärkeää, että arvioinnin tuloksena havaittuja huonoja toimintoja puretaan ja toimintaa kehitetään sellaiseen suuntaan, että se paremmin vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Voidaan myös arvioida, ovatko toiminnot ja ohjelmat realistisia ja tarpeeksi resursoituja, jotta niitä voidaan myös käytännössä toteuttaa.

2 Huumeiden käyttö ja huumepolitiikat

2.1 Huumeiden käyttö yhteiskunnallisena ongelmana

Huumausaineen määrittely perustuu ennen kaikkea kontrollipoliittisiin sopimuskategorioihin. Kansainväliset sopimukset tai kansallinen lainsäädäntö määrittelevät sen. Huumausainekäsitteen kontrollipoliittista määrittelyä on arvosteltu. Luokittelujen ja ainerajausten tieteellistä oikeutusta on pidetty usein silmänlumeena. Huumausainekontrollin on sanottu kuvastavan länsimaiden moraalista imperialismia. Muissa kulttuureissa käytetyt päihdeaineet on luokiteltu huumausaineeksi, mutta lääkeaineet ja oman kulttuurin suosima alkoholi on pidetty määrittelyjen ja rajoitusten ulkopuolella. (Hakkarainen 1992, 15-17.) Nykyisin kuitenkin huumekontrolli ulottuu myös lääkeaineisiin ja niiden suhteen esimerkiksi liikenteessä on omaksuttu nollatoleranssi.

Päihteiden käytön määrittely on muuttunut ajassa. Huumeiden käyttöä pidettiin 1900-luvun alussa lääketieteellisenä ongelmana ja huumepolitiikan painopiste oli terveydenhuollossa.

Huumeiden käyttö nähtiin 1970-luvulla nuoriso-ongelmana, kokeilunhaluisten tai poikkeavan käyttäytymisen muotona, johon puututtiin lähinnä rikosoikeudellisesti sekä yksilöllistä hoitoa tarjoamalla. Huumeapotilaat on alettu 1990-luvulla ymmärtää uudella tavalla, ei enää vain rikollisina tai sairaina yksilöinä vaan yleisenä kansanterveysongelmana. (Hurme 2002b, 297 ja Tammi 2002, 252.) Mutta samalla huumeekysymys on sosiaalinen ongelma, joka tematisoituu turvallisuus- ja järjestyskysymyksiin.

Huumausaineiden käyttöön suhtautumisessa on huomattavia kulttuurisia ja yhteiskunnallisia eroja. (Sarvanti 1997, 144.) Eri yhteiskunnissa on ollut käytössä kolme erilaista perusstrategiaa, joiden avulla yhteiskunta on pyrkinyt rajoittamaan huumeiden käyttöä ja hoitamaan siihen liittyviä ongelmia. Ensiksikin käyttöä voidaan kontrolloida rituaalisin rajoituksin, joissa käyttö on sallittua vain yksittäisille henkilöille, kuten papeille tai shamaaneille, tai tietyissä tilaisuuksissa. Toisessa strategiassa tehdään ero sallittujen ja ei sallittujen aineiden välille. Kolmannessa taas erotetaan lääkinnällinen ja ei-lääkinnällinen käyttö. (Partanen 2002, 20-21.)

Huumeiden käyttö voidaan jakaa satunnaiskäyttöön, viihdekäyttöön ja ongelmakäyttöön. Käyttäjien mukaan satunnais- ja viihdekäyttö on hallittua, ei ongelmallista käyttöä. Huumeiden ongelmakäyttö sen sijaan aiheuttaa ongelmia psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti ja siihen liittyy voimakas riippuvuus. Käyttäjän tärkeimmäksi tavoitteeksi nousee aineen jatkuva saanti ja vieroitusoireiden välttäminen. Ongelmakäyttöön liittyvät erityisesti tietyt aineet kuten amfetamiini ja heroini. Ongelmakäyttö liittyy myös usein syrjäytymiseen, ja se on usein sekakäyttöä. (Salasuo ja Rantala 2002, 44-45 ja Hakkarainen 2002, 130-132.) Ongelmakäyttö aiheuttaa yhteiskunnallisia kustannuksia siihen liittyvästä rikollisuudesta johtuen, sillä huumeiden käyttöä rahoitetaan prostituutiolla, varastamisella, varastetun tavaran välittämällä, huumeiden myymisellä ja salakuljettamisella. Tosin rahoitusmuotona voi myös olla palkkatyö ja erilaiset saadut korvaukset sekä ystävien ja omaisten apu. (Perälä 2002, 88.)

Huumeiden käyttäjä voidaan nähdä eri näkökulmista katsottuna eri tavoin. Esimerkiksi oikeuslaitoksen näkökulmasta hänet voidaan nähdä rikollisena, huumehoitoyksiköissä potilaana tai terveysneuvontapisteissä anonymina asiakkaana. Näin ollen kuva huumeiden ongelmakäyttäjistä on ristiriitainen eri viranomaisissa. Kansanterveydellinen hallinnointi olettaa huumeiden käyttäjän olevan rationaalinen, omasta terveydestään kiinnostunut ja

loogisesti oman terveytensä eduksi valintoja tekevät toimija. Se olettaa subjektin myös haluavan toimia omaksi parhaakseen. Se näkee huumeiden käyttäjän vastuullisena, muista ja omasta terveydestä kiinnostuneena subjektina. (Hurme 2002b, 305-306.) Huumeiden ongelmakäyttäjä voi nähdä itsensä asiakkaana, palvelujen käyttäjänä tai jopa kuluttajana. Huumeiden käyttäjän objektivointia tekevät myös muut tahot kuin hallinnointi, sillä media, kansalaisten arkikokemukset, ja huumeiden käyttäjät itse omalla toiminnallaan aiheuttavat erilaisia objektivointeja. (Mt. 298.)

Huumausaineiden käytön kasvusta huolimatta alkoholi on yhä käytetyin päihde Euroopan unionin alueella. Kannabis on edelleen helpoimmin saatavissa oleva ja eniten käytetty huume EU:ssa. Myös Suomessa sen käyttö on selvästi lisääntynyt 1990-luvulla. Amfetamiini on toiseksi käytetyin huume Euroopassa. Heroiini-riippuvaisten määrä Euroopassa on pysynyt suhteellisen vakaana. Heroiinin käyttäjät ovat ikääntyviä henkilöitä (eivät enää nuoria), joilla on vakavia psykiatrisia -, sosiaalisia - ja terveysongelmia. Tartuntatautien sekä huumekuolemien määrä näyttää vakiintuneen 1990-luvun lopussa. (Vuosisraportti Euroopan unionin huumeongelmasta 2000, 7-8.) Käytetyt huumausaineet ovat muuttuneet ajassa. Oopiumin käyttö on menettänyt suosiotaan heroiinille, polttamisesta ja nuuskaamisesta on siirrytty suonensisäiseen käyttöön, kannabiksen suosio on suuri ja aikaisempaa nuoremmat ikäluokat ovat ryhtyneet käyttämään huumausaineita. (Hakkarainen 1992, 22.) Nykyisin heroiinista on siirrytty korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeenä käytettävän Subutexin huumekäyttöön.

2.2 Suomalaiset huumekuviot

Tunnustetuksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi huumausaineiden käyttö alkoi muotoutua vasta 1800-luvun lopulla. Oopiumi oli tuolloin levinnyt myös Eurooppaan. Alkujaan moni huumausaine on ollut alkujaan lääke. (Hakkarainen 1992, 20-21.) Oopiumia, morfiinia, heroinia kokaiinia ja kannabista tuotiin maahan lääkinnällisiin tarkoituksiin. Aineiden jakelu tapahtui apteekkilaitoksen kautta. Ennen sotaa huumekuvioissa hallitsevin aine oli morfiini ja huumeiden käyttö oli enemmänkin yläluokkainen ilmiö. Huumausaineen käyttäjät olivat yksittäistapauksia ja käyttöön johtaneet syyt olivat yksilöllisiä. (Mt. 51-52.) Sodan aikana armeija muodosti huumausaineiden käytön leviämislle merkittävän sosiaalisen kehyksen. Huumausaineita käytettiin lääkkeenä yskään ja kipuihin. (Mt. 55.) Sodan jälkeen huumeongelma laajeni työläispiireihin ja keskimääräinen käyttöikä aleni 32 vuodesta 25

vuoteen. Miesten osuus kasvoi 65 prosenttiin, kun se oli sotia edeltävällä ajalla 50 prosenttia. Vuoteen 1946 mennessä heroiinin käyttö oli noussut samalle tasolle morfiinin käytön kanssa. Apteekkijakelun tiukentamisen seurauksena heroiinin käytön osuus kuitenkin pieneni ja morfiinin käyttö kasvoi. Vuodesta 1950 lähtien metadoni nousi morfinistien ja heroinistien suosioon. 1950-luvulla narkomaanien määrä oli huoltopoliisin kortiston mukaan 231 ja näytti siltä, että käyttö oli lisääntymässä. Käytettiin runsaasti lääkärin määräämää algidonia, jota myytiin myös katukaupassa. (Helsingin sanomat 2003.)

Lääketarjonnan kautta terveydenhoito oli huumausaineiden käytön tärkein kanava sodan jälkeenkin. Sodan jälkeen voitiin puhua ryhmäilmiöstä, jossa kimmoke käytön aloittamiseen saatiin toiselta addiktilta. Huumausaineiden käyttö kytkeytyi nyt myös rikollisuuteen. Morfiinia ja heroiinia ei 1960-luvun alussa esiintynyt enää lainkaan sosiaalihuollon tiedostoissa. Opiaattitapaukset koskivat nyt metadonia. Metadonisteja oli 1960-luvun puolivälissä 150 ja he sijoittuvat pääosin Helsinkiin. Metadonistiryhmää leimasi marginalisoituminen ja huumeiden ympärillä tapahtuva rikollisuus. (Hakkarainen 1992, 57-59.)

Huumausaineiden käytön yleisyydessä tapahtui 1960-luvun jälkipuoliskolla radikaali muutos. Metadonistiryhmän ja piiloon kätkeytyvän individuaalisemman huume kuvion rinnalle nousi kansainvälisiä kehitystreendejä myötäilevä nuorison huumausaineiden käyttö. Tapahtui monia muutoksia huume kuvioissa. Huumeidenkäyttäjien lukumäärä nousi, kannabiksen käyttö laajeni, riippuvuuskäytöstä siirryttiin kokeilukäyttöön sekä ainemarkkinat perustuivat salakuljetukseen. Koululais- ja asevelvollisuustutkimusten perusteella voitiin todeta, että 1967-1971 oli jakso, jolloin kokeilut yleistyivät voimakkaimmin. (Hakkarainen 1992, 61-62.)

Huumeiden käyttö siirtyi 1970-1980 luvulla varttuneemman väestön piiriin ja Helsingillä oli keskeinen asema. (Hakkarainen 1992, 82.) Ainepreferenssin mukaan erottuivat pilvenpolttajat, sekakäyttäjät ja heroiinin käyttäjät. (Mt. 84.) Suuret keskusryhmät hajosivat ja tarjonta verhoutui. (Mt. 89-90.) Lääketeollisuuden tuotevalikoima tuli salakuljetuksen rinnalle. Tapahtui apteekkivarkauksia ja reseptien väärennöksiä. Käytön demokraattinen jakautuminen oli tyypillistä: käyttäjiä oli sekä huono- että hyväosaiset. (Mt. 92-93.)

Huumeiden käyttö lisääntyi 1990-luvulla voimakkaasti ja markkinoille tuli koko joukko uusia aineita. Aineiden saatavuus helpottui ja huumeiden tarjonta sai entistä organisoidumman

muodon. (Hakkarainen 2002, 539.) Vuosikymmenen lopussa tulivat kuitenkin ensimmäiset merkit kasvutrendin mahdollisesta hidastumisesta. Suomalaisista päihteiden käyttöä leimaa sekakäyttö. Keskeisiä sekakäyttäjryhmiä ovat alkoholin ja lääkkeiden käyttäjät, amfetamiinin ja kannabiksen käyttäjät, jotka käyttävät myös alkoholia sekä opiaattien käyttäjät, jotka käyttävät myös amfetamiinia ja kannabista, mutta ei juurikaan alkoholia. Huumeiden käyttöä leimaa lisääntynyt yhteiskunnallinen syrjäytyminen, sekä se, että huumeiden käyttöön liittyvät haitat ovat lisääntyneet ja ongelmat näyttävä kasautuvan nuorelle ikäluokalle. (Virtanen 2002, 7.)

Kurvin huumeepoliklinikan tekemien tilastojen mukaan vuosina 2001 ja 2002 kurvin huumeepoliklinikan asiakkaiden päihteiden käytössä on tapahtunut muutoksia. Vuonna 2002 ensimmäisenä päihteenä opiaatteja käyttäneistä 59 % käytti heroiinia ja 33 % buprenorfiinia. Vuonna 2001 luvut olivat heroiinin osalta 6% ja buprenorfiinin osalta 91%. (Törmä, Huotari ja Inkeroinen 2003, 31.) Subutexille on muodostunut pimeät markkinat ja huumeikäyttö on pääasiassa suonensisäistä ja sitä käytetään myös ensihuumeena. Subutexista on tullut joidenkin pääkaupunkiseudun hoitopaikkojen mukaan Suomen toiseksi käytetyin huume. Joidenkin pääkaupunkiseudun hoitopaikkojen mukaan Subutexin ongelmakäyttö oli syynä ainakin viidennessä hoitoon hakeutumisessa. Osa Subutex-hoidoissa olevista narkomaaneista on myös aloittanut huumeidenkäytön Subutexilla eikä heillä ole ollut ensinkään muiden opiaattien käyttöä. (Hakkarainen 2002, 112 ja Hurme 2003, 196.)

Erikoistunut huumehoito voidaan jakaa 1900-luvun loppuun tultaessa neljään vaiheeseen. 1960-luvulla oli psykiatrinen vaihe, 1970-luvulla sosiaaliterapeuttinen vaihe, 1980-luvun lopulla nuorisoasemien perustamisen sekä huumehoitoihin erikoistuneiden yksiköiden perustamisen vaihe sekä. Hoidot keskittyivät perheiden hoitoon sekä terapeuttiseen lähestymistapaan. 1990-luvun lopulla tuli expansiivinen huumehoidon vaihe, erityisyksiköiden määrä kymmenkertaistui ja hoidot monipuolistuivat sekä perustettiin esimerkiksi matalan kynnyksen terveysneuvontapisteitä neulojenvaihto-ohjelmiseen ja lääkkeettömien hoitojen rinnalle tuli erilaisia lääkkeellisiä korvaus- ja ylläpitohoitoja. (Kaukonen 2002, 156.) Opioidiriippuvaisten korvaus- tai ylläpitohoitoa sai vuonna 2003 hieman yli 400 henkilöä ja antavia yksiköitä oli toista sataa. Vuonna 2002 oli asiakkaita 200 ja yksiköitä 35. (Jokinen ja Tourunen 2003, 15.)

Suomalalaisen korvaushoidon historia on hyvin lyhyt ja korvaus- ja ylläpitohoitojen määrä on kasvanut vasta 2000-luvulla. Opiaattiriippuvaisten metadonikorvaushoito järjestettiin pienelle ryhmälle Hesperian sairaalan poliklinikalla vuodesta 1973. (Salaspuro 2002 b; 5187.) Vuoden 1974- 96 välillä oli 15 potilasta metadoniylläpito hoidossa. He olivat ikääntyviä ja he olivat käyttäneet kipulääkettä huumeena, mikä oli käytäntö, joka katkaistiin viranomaisten taholta. Metadoniannokset olivat pieniä ja hoitoon ei sisällynyt kuntoutusta eikä huumetestauksia. (Granström 2000, 225.) 1970-1980-lukujen taitteessa jotkut yksityislääkärit yrittivät hoitaa opiaattiriippuvaisia potilaitaan metadonia sisältävällä Dolorexilla, ja saivat tuolloin syytteen törkeästä huumausainerikoksesta. (Salaspuro 2002, 458.) Alunperin syöpähoitoihin tarkoitettua lääkettä alettiin hankkia lääkäriltä tekaistuin syin. Lääkintöhallitus huomasi asian ja kiristi huumausaineina käytettyjen lääkeaineiden valvontaa. 1980-luvun lopulla opiaattiriippuvaisia arvioitiin olevan Suomessa 300-500. Viranomaiset näkivät korvaushoidon eettisenä ongelmana. Poliisi ja lääkintöhallitus olivat huolissaan hoitoon tarkoitettujen aineiden katukaupasta. (Tervola 2003.)

Temgesicistä ruvettiin puhumaan 1990-luvulla opiaattiriippuvaisten ylläpitohoitolääkkeenä. Keskusteltiin, onko se huume vai lääke. Temgesic-keskustelua hallitsi valvonnan näkökulma. Narkomaanit nähtiin huijareina ja lääkärit hyväuskoisina, jotka antoivat liian avokätisesti Temgesiciä. (Hakkarainen 1992, 159.) Kävikin sitten niin, että yksityislääkärien antamaa Temgesicihoitoa ei pidetty enää hyväksyttävänä hoitomuotona, vaan opiaattiriippuvaiset haluttiin hoitaa virallisen järjestelmän puitteissa. (Salaspuro 2002, 458.) Metadonihoito alkoi kuitenkin vasta 1995. Vuonna 1997 ja 1998 tulivat ensimmäiset STM:n määräykset vieroitus- ja korvaushoidoille ja vuonna 2000 ja 2002 saatiin aikaisiksi lääkkeellisiä hoitoja koskevat asetukset. Vuonna 1997 alkoivat myös buprenorfiinihoidot. Lääkäri Pentti Karvonen yritti myös hoitaa opiaattiriippuvaisia Subutex-lääkkeellä 1990-luvun loppupuoliskolla sekä 2000-luvulla virallisen järjestelmän ulkopuolella, mutta hänet tuomittiin törkeästä huumausainerikoksesta. Karvosen hoito oli ranskalaistyyppistä matalan kynnyksen yleislääkäritasosta hoitoa, ja sen ongelmaksi muodostui Subutexin virtaaminen katukauppaan. (Soikkeli 2002, 483.) Subutexia tuotiin Ranskasta ja vuonna 2003 tammikuussa sen tuonti estettiin Schengen –sopimusmaiden välillä. Subutexia ruvettiin tuomaan sitten Virosta. Vuonna 2003 valtio myönsi 7,5 miljoonaa euroa korvaus- ja ylläpitohoitoihin vuodelle 2003, mikä luultavasti aiheuttaa sen, että korvaushoitopaikat lisääntyvät vähitellen. Kesällä 2003 tuli uusi lääke Suboxone. Aine sisältää Subutexia ja Naloksinia. Naloksinin vuoksi lääkkeen suonensisäinen käyttö pahentaa vieroitusoireita,

minkä uskotaan estävän väärinkäyttöä. (Tervola 2003.) Kuitenkin asiakkaat kertovat myös Suboxonen suonensisäisestä käytöstä ja lisäksi Suboxone on kallis lääke. Yksi keskiarvoannos Subuxonea maksaa noin 16 euroa ja keskiverto metadoniannos maksaa 29 senttiä. (Turtiainen 2004.)

2.3 Huumepolitiikat

Huumepolitiikalla yritetään vaikuttaa huumeiden kysyntään, tarjontaan, haittojen ehkäisyyn sekä hoitoon ja kuntoutukseen. Huumeiden kysyntään voidaan vaikuttaa ehkäisyllä ja valistuksella sekä varhaisella puuttumisella esimerkiksi nuoren huumausaineiden käyttöön tai huumeiden käyttöön työelämässä. Huumeiden tarjontaa yritetään rajoittaa poliisin ja tullin työskentelyn tehostamisella. Haittojen ehkäisyyn vaikutetaan lääkkeellisillä hoidoilla, terveysneuvontapisteillä sekä puhteiden pistovälineiden jakamisella. Hoitoon ja kuntoutukseen voidaan vaikuttaa käyttämällä vaikuttavia hoitoja sekä lisäämällä hoitoon hakeutumista hoitomuotoja kehittämällä. (Kuoppasalmi 2002 ja Sarvanti 1997, 201)

Euroopassa nähdään olevan kaksi huumausainepoliittista peruslinjaa. Toisen pyrkimyksenä on rajoittaa kaikkea huumausaineiden käyttöä. Toisen päämääränä on minimoida huumausaineiden käytöstä aiheutuneet haitat ja kustannukset. Rajoittavan huumausainepolitiikan tavoite on pitää huumausaineiden käyttö sosiaalisesti tuomittavana käyttäytymisenä ja marginaali-ilmiönä. Tavoitteen saavuttamisen välttämättömänä edellytyksenä on pidetty kaiken huumausaineiden käytön kriminalisointia ja tehokasta valvontaa. Tavoitteena on huumausaineiden käytön asteittainen vähentäminen. (Suomen huumestrategia 1997 ja Sarvanti 1997, 201.)

Haittojen vähentämisen politiikan tavoitteena on huumausaineiden käytöstä ja huumausainekontrollista eri osapuolille – käyttäjille itselleen, hänen lähiympäristölleen ja koko yhteiskunnalle aiheutuvien haittojen minimoiminen. Keinoihin voi kuulua esimerkiksi laajan ja monimuotoisen hoitovalikoiman tarjoaminen. (Suomen huumestrategia 1997.) Tunnetuimpia haittojen vähentämisen käytännön sovelluksia ovat huumeiden käyttäjien terveysneuvonta puhtaiden pistovälineiden vaihtopisteineen ja huumausaineriippuvaisten lääkkeelliset korvaus- ja ylläpithoidot. Helsingissä alkoi vuonna 2003 viihdekäytön haittojen minimoimiskampanja, jossa tarjotaan valistusta viihdekäyttöön liittyvistä haitoista niille, jotka käyttävät ekstaasia tai kokaiinia klubeilla juhlimisen yhteydessä. (Lahdenmäki 2003.)

Huumepoliittiset peruslinjat ovat useissa maissa hämärtyneet, ja kansalliset huumepolitiikat ovat käytännössä rajoittavan ja haittoja vähentävän politiikan yhdistelmiä kuten esimerkiksi Suomessa.

Haittojen vähentämiselle on vaikea määritellä yhtenäistä sisältöä, sillä se tarkoittaa välillä huumausainepoliittista strategiaa repressiivisen strategian vastakohtana ja välillä sitä käytetään konkreettisten käytäntöjen yhteydessä esim. neulojen- ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tai korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmien perusteluna. Haittojen vähentäminen voi toimia perusteluna kansanterveydellisistä riskeistä puhuttaessa tai sitä voidaan tarkastella ihmisoikeusnäkökulmasta esimerkiksi silloin, kun haittojen vähentämisellä perustellaan kontrollitoimien kiristämistä huumeidenkäyttäjiä kohtaan. (Hurme 2002, 415-417.) Haittojen vähentämien voi aiheuttaa itsessään haittoja, jos esimerkiksi korvaushoidoissa käytetyt lääkkeet leviävät katukauppaan ja lisäävät näin huumeongelmaa. Lisääntynyt kontrolli aiheuttaa taas huumeidenkäyttäjille lisää haittoja. Näin sekä ymmärrys haitoista että niiden vähentämisestä on erilainen eri näkökulmista katsottuna. (Mt. 419.) Esimerkiksi neulojen vaihto-ohjelmilla on poliittinen ja moraalinen ulottuvuus: toisaalta se voidaan nähdä laittomana toimintana, jossa kiinnitetään huomiota huumeidenkäyttökäyttäytymisiin. Toiminta voidaan nähdä huumeiden käytön sallimisena. Haittojen vähentämisen politiikalla ja kontrollipolitiikalla on ristiriitaiset tavoitteet. (Mt. 304.) Haittojen määrittely ja tunnistaminen on poliittista kamppailua, joka sisältää arvottavaa suhtautumista haittoihin, sillä neutraaleja haittoja ei ole. (Hurme 2003b, 20.)

Suomi on Euroopan unionin jäsenenä sitoutunut Euroopan unionin huumausainestrategiaan, jonka tärkeimmät tavoitteet vuosille 2000-2004 ovat huumausaineiden laittoman käytön sekä huumausaineisiin liittyvien terveyshaittojen sekä huumeisiin liittyvien kuolemantapausten vähentäminen. Lisäksi halutaan lisätä onnistuneesti hoidettujen huumausaineiden käyttäjien määrää. Laittomien huumausaineiden saatavuutta, huumausaineisiin liittyvien rikosten määrää sekä rahanpesua ja lähtöaineiden laitonta kauppaa halutaan myös vähentää. (Euroopan unionin huumausainestrategia 1999.)

Kansalliset huumausainepolitiikat EU:ssa ovat muuttuneet aiempaa tasapainoisemmiksi ja kysynnän vähentämistä suhteessa tarjonnan vähentämiseen pidetään yhä tärkeämpänä. Rangaistavuuden poistaminen mietojen huumeiden käytöstä on yleistymässä EU:ssa. Ehkäisevää päihdetyötä pidetään tärkeänä. Huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuvien määrä on

lisääntynyt ja heidän tarpeensa nähdään olevan erilaisia. Palvelut ovat monipuolistuneet ja yhteistyötä tehdään eri tahojen kanssa. Palvelut myös eriytyvät erityisryhmille kuten naisille ja korvaushoidot yleistyvät myös vankiloissa. (Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta 2000, 10.)

Haittojen vähentämiseen pyrkivä huumetyö on kansainvälisesti yleinen lähestymistapa, mutta Suomessa melko uusi. Suomen 1997 huumausainestrategia pohjautui rajoittavaan huumausainepolitiikkaan. Se on perustunut huumeiden kokonaiskiellon ja yleisen hyvinvointipolitiikan perustalle. Huumausainepolitiikan perusdokumentti, valtioneuvoston periaatepäätös huume-politiikasta julkaistiin vuonna 1998. Kokonaiskieltopolitiikan rinnalle tuli huumehaittojen vähentämisen politiikka. (Tammi 2002, 257-258.) Vuonna 1999 pidettiin konsensuskokous huumeriippuvuuden hoidosta, jossa otettiin selvästi kantaa opiaattiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitojen laajentamisen puolesta. (Partanen 2002, 27.) Vuonna 2000 voimaan tullut asetus mahdollisti myös ylläpitohoito-ohjelmien toteuttamisen, joiden tavoitteena oli haittojen minimoiminen. Perustettiin myös terveysneuvonta pisteitä neulojen vaihto-ohjelmiseen. (Tammi 2002, 253.)

Nuorten huumeiden käytön ehkäisyyn kiinnitettiin huomiota nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunnan mietinnössä vuonna 2000 ja sosiaali- ja terveysministeriön mietinnössä vuodelta 2001 pohdittiin huumehoitotyötä. Lisäksi vankeinhoitolaitos ja poliisi ovat tuottaneet strategian, joka perustuu valvonnan lisäämiseen ja kysynnän vähentämiseen. (Virtanen 2002, 9.) Lainvalvojien valtuuksia on kasvatettu vakavissa huumausainerikoksissa. Sekä hoitoa että kontrollia on siis tehostettu. (Tammi 2002, 259-260.) Haittojen vähentämiseen pyrkivän huume-politiikan myötä rajoittava huume-politiikka ei suinkaan ole löyhentynyt vaan pikemminkin kiristynyt. (Mt. 262.) Siis kumpikin tavoite on rinnakkain ja asetelma on kiikkerä. (Mt. 266.) Tämä kiikkeryys näkyy myös huumetyön käytännöissä.

Suomen huume-politiikan tulevaisuudella nähdään olevan kolme skenaariota. Ensimmäisessä skenaariossa repressiivinen kokonaiskieltopolitiikka säilyy, haittojen vähentäminen jää vain käyttövälineiden vaihtotoiminnaksi ja lääkehoidoksi. Skenaarion toteutuminen edellyttää, että huumeidenkäyttö ei lisäännä. Toisessa skenaariossa repressiivinen ja haittoja vähentävä huume-politiikka ovat rinnakkain. Kokonaiskieltopolitiikka säilyy ja haittojen vähentämistoimet lisääntyvät ja monipuolistuvat, mutta eivät politisoidu. Kontrollia kohdistetaan entistä enemmän ammattirikollisuuteen. Tämä skenaario voi toteutua, jos

huumeidenkäyttö lisääntyy hitaasti tai pysyy nykytasolla. Kolmannessa skenaariossa haittojen vähentämistä toteutetaan kaikilla sektoreilla, ja kontrollia kohdistetaan vain ammattirikollisuuteen ja valistus keskittyy vähäriskisen käytön opetteluun. Tämä skenaario toteutuu, jos huumeidenkäyttö lisääntyy ja normalisoituu ja samalla sekä haitat että kustannukset kasvavat. Myös keskustelua huumeiden käytön dekriminallisoinnista käydään haittojen minimoimisen nimissä. (Tammi 2003, 269.)

Käytetyllä huumepolitiikalla ei näytä kuitenkaan olevan suurta vaikutusta maan huumeongelmaan, sillä ”sallivassa” Hollannissa ja ”repressiivisessä” Ruotsissa on väestöpohjaan nähden yhtä paljon huumeiden käyttäjiä. Niinpä olisikin parasta harjoittaa mahdollisimman vähän haittoja aiheuttavaa politiikkaa. (Sarvanti 1997, 248.) Kaiken suunnittelun ja päätöksenteon lähtökohtana tulisi olla tosiasioiden tunnistaminen ei ideaalisten utopioiden ylläpito. (Mt. 254.)

Huumepolitiikka on sekoitus hoitoa ja rangaistusta. Vaikka hoidon ja rangaistusten suhde on ongelmallinen, tavoite on sama: huumeita käyttämätön kansalainen (huumestrategia.) Rangaistuksen ja hoidon tavoitteena on itsehallintaan kykenemättömän ongelmayksilön kontrolliin saaminen ja edelleen tämän normalisointi ja uudelleen integraatio yhteiskuntaan. (Hurme 2002, 300.) Myös usein huumehoitokäytäntöjen sisältämä käsitys huumeolitiikan tavoitteista ja ihanteista poikkeaa perinteisistä huumeolitiikan näkökulmista. Tämän seurauksena Suomen huumeolitiikka ja sen myötä tarjottu ymmärrys huumeiden käyttäjästä yksilöinä sekä heille sopivasta hoidosta on ristiriitainen. (Mt. 297.)

3 Päihdekuntoutus

3.1 Päihdekuntoutuksen periaatteet

Päihdekuntoutus perustuu päihdehuoltolakiin. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdekuntoutuksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollollista päihdetyötä sekä peruspalveluissa että erityisesti päihdeongelmaisille tarkoitetuissa palveluissa. Päihdekuntoutusta voidaan toteuttaa sekä avo- että laitospuolisesti. Palvelut tulee järjestää

ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. (Päihdetyö sosiaali- ja terveystalveluissa 1999, 1 sekä Päihdehuoltolaki)

Laitostalveluja voidaan toteuttaa terveyskeskusten vuodeosastoilla, yleissairaaloissa tai psykiatrisissa sairaaloissa. Avohoitoa voidaan antaa sosiaalityötoimistojen sosiaalityön yhteydessä sekä perusterveydenhuollon ja psykiatrisen avohoidon yhteydessä. (Ks. liite 1.)

Perustalvelujen päihdetyöhön tulee kuulua terveyttä edistävän tiedon välittäminen, riskikäyttäjien seulonta ja ns. mini-interventio runsaasti juoville terveydenhuollossa. On myös tiedotettava käytöstä ja sen seurauksista sekä annettava neuvontaa ja akuuttia apua päihdekierteen katkaisemiseksi. Asiakkaita tulee motivoida ja tukea muutokseen. Tarvittaessa asiakkaan hoidossa tulee konsultoida ja hyödyntää muita perus- ja erityistalveluja. (Päihdetyö sosiaali- ja terveystalveluissa 1999, 1 ja päihdehuoltolaki)

Erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitettuja laitospalveluja voidaan järjestää kuntoutuslaitoksissa, katkaisuhuoltolaitoksissa, laitosmuotoisissa asumistalveluissa sekä ensisuoissa. Avotalvelujen erityistalveluista vastaavat ensisijaisesti alueelliset A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset ja muu avomuotoinen toiminta; tuettu asuminen. (Kaukonen 2000, 109.) Erityistalvelujen tarkoituksena on, että niissä tarjottu hoito, tuki tai kuntoutus soveltuu asiakkaan tilanteen lievittämiseen paremmin tai tehokkaammin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut. (Kaukonen 2000, 108 ja Päihdehuoltolaki.) Huumaussaineiden käyttäjiä voidaan hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon avo- ja laitospalveluissa sekä perus- että erityistalveluissa. Huumehoitoja on sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä. Tässä tutkimuksessa tutkitaan erityistalveluyksiköissä avohuoltona ja metadoni-lääkkeellä toteutettavaa ylläpitohoitoa.

Suomen päihdekuntoutuksen kulttuurinen tausta löytyy kieltolaista ja raittiusliikkeen ylläpitämistä arvoista. Tuo arvopohja on kuitenkin hitaasti muuttumassa. Vanha raittiusliike painotti päihteiden käytöstä kieltäytymistä, sen moderni versio korostaa yksilöllistä itsehallintaa ja omavastuuta, mutta myös yhteisön suojelua. Päihdekuntoutuksen kulttuurinen eetos voidaan nähdä samanaikaisesti paternalistisena ja liberalistisena. Yksilön autonomian korostus on pääperiaatteena. Yksilön autonomiaa loukataan vain väliaikaisesti, ja edellyttäen, että yksilö itse ei ole kykenevä päätöksentekoon ja että hän aiheuttaa läheisilleen tai itselleen vaaraa. (Kaukonen 2000, 36.)

Päihdekuntoutuksen tavoitteet voivat olla eriasteisia. Tavoitteena voi olla tuskien lieventäminen, tilanteen pahenemisen estäminen tai tilanteen säilyttäminen ennallaan, tilanteen osittainen parantaminen tai tilanteen täydellinen korjaaminen. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on ihannetapauksessa potilas, joka on kokonaan ja pysyvästi lopettanut kaikkien päihdeaineiden käytön ja jonka elämänlaatu on parantunut, kun sitä mitataan terveydentilan, sosiaalisten suhteiden, ammatillisen ja taloudellisen tilanteen sekä yhteiskunnassa vallitsevien normien näkökulmasta. Kun kyseessä on kuitenkin tilanne, jossa potilaan aivot ja muu elimistö ovat tottuneet aineiden pitkäaikaiseen läsnäoloon ja kuntoutustavoitteet ovat saavutettavissa vain vähitellen, on hoidon ja kuntoutuksen aikana varauduttava takaiskuihin, toteutettava samoja prosessin vaiheita useaan kertaan ja toisinaan tyydyttävä vain pitkäaikaistavoitteiden osittaiseen toteutumiseen. Toipumisessa on keskityttävä kognitiivisiin prosesseihin, jolloin potilasta motivoidaan hoidollisessa vuorovaikutuksessa etsimään perusteltuja syitä, joiden vuoksi kannattaa muuttua ja sitoutua muutosprosessiin. (Mäkelä 1998, 2.)

Sosiaali- ja päihdetyön tarkoituksena nähdään usein ihmisen integroiminen ulkopiiristä yhteiskunnan sisäpiiriin tai ainakin pyrkimys säilyttää ulko- ja sisäpiirin välinen tasapaino. (Juhila 2002, 13-14.) Sosiaali- ja päihdetyö voi kuitenkin olla marginaalisuutta tuottavaa, sillä modernissa asiantuntijuudessa sosiaalityön professio on sisäpiirissä ja vetää siten kulttuurista eroa asiakaskuntaan, joka on ulkopiirissä. Riippuvuus ilmiö, jossa asiakas tehdään riippuvaiseksi sosiaalityöstä, liittyy myös sosiaalityön marginaalistavaan vaikutukseen. (Juhila 2002, 14-15.) Lääkkeellisiä hoitoja arvostellaankin usein juuri siitä, että ne ylläpitävät riippuvuutta ja jopa tuottavat sitä.

Päihdehuollon asiakassuhteessa asiakkaan ja työntekijän välisissä kohtaamisissa esiintyy molemminpuolista vallankäyttöä. (Virkki 1997, 143.) Valta on muuttunut repressiivisestä vallasta produktiiviseksi. Produktiivinen valta avaa mahdollisuuksia, saa toimijan haluamaan toivottua valintaa tai kieltäytymään toiminnasta. (Kaukonen 2000, 37.) Produktiivinen professionaalinen valta on monisyisempää ja dynaamisempaa kuin lainsäädännöllinen tai institutionaalinen valta. Asiakasta voidaan esimerkiksi painostaa, syyllistää, manipuloida toimimaan tietyllä tavalla. Asiakas voidaan myös hylätä palveluista, jos hän ei toimi toivotulla tavalla. Onnistunut päihdekuntoutus perustuu kuitenkin hoitosuhteen laatuun, siihen että asiakas tuntee tulevansa kohdelluksi kunnioittavasti, empaattisesti, aidosti ja konkreettisesti.

(Saarnio 2001.) Hoitosuhde muodostuu kuitenkin sekä hoitavasta henkilöstä että asiakkaasta. Molemmat osapuolet vaikuttavat hoitosuhteeseen ja sen laatuun. Asiakas käyttää hoitosuhteessa myös valtaa, sillä hän voi olla myös syyllistävä, mitätöivä, manipuloiva, painostava ja lisäksi uhkaava.

Päihdehoidossa on rinnakkain hoivan ja professionaalisen auttamisen elementtejä. Päihdehoidossa työntekijäideaalina on hyvä ihminen ja työhön liittyy pyyteettömän auttamisen ajatus. Työntekijän tulee olla hyveellinen ihminen, joka toimii sydämellään ja empaattisesti. Tätä voidaan kutsua hoivanäkökulmaksi. (Borgman 1998, 86.) Ammatillisen auttamisen ideaalissa päihdeongelmainen määrittyy apua tarvitseväksi, päihdeongelmaan puuttuminen auttamiseksi ja auttaminen asiakkaan toimintamahdollisuuksia lisääväksi toiminnaksi yhteistyössä autettavan kanssa. (Lehto 1991, 57-58.) Ammatillisen, professionaalisen työn piirteitä ovat oma työn kohdealue, pitkä koulutus, asiantuntemus, autonomia oman työn suhteen, ammattieettiset normit. Professionaalinen auttamistyö on instrumentaalista, päämääräorientoitunutta ja tavoitehakuista. Siihen liittyy myös kokonaisvaltainen työskentelyote. Hoivan rationaliteetti on erilainen kuin ammatillisen auttamisen. Hoiva on vastuurationaalista. Se sallii epätasa-arvon tai peräti alistussuhteen. Keskinäinen valtasuhde on erilainen kuin ammatillisessa auttamisessa. Hoivassa asiakkaan tarpeet nousevat etusijalle kun taas ammatillisessa auttamisessa asiantuntijat määrittelevät asiakkaan tarpeet. (Kaukonen 1992, 36-40.)

Päihdehuollon asiakassuhteessa asiakasta motivoidaan hyvään elämään. Särkelän mukaan asiakkaan motivointi perustuu sen ymmärtämiseen, että ihminen on aina motivoitunut elämään hyvää elämää. (Särkelä 2001.) Mutta ihmisen käsitys hyvästä elämästä voi olla erilainen, mikä voi tuottaa hoitosuhteessa ongelmia. Asiakas voi olla sitä mieltä, että esimerkiksi seulojen antaminen ei kuulu hyvään elämään, mutta ne voivat kuulua hyvään huumehoitoon. Edellä olevat vaatimukset joutuvat joskus koetukselle työskennellessä vaikeasti huumeongelmaisen kanssa. Lisäksi huume-elämäntapa vaikeuttaa hoitotyötä, sillä asiakkaan näkemys hyvästä tai normaalista elämästä voi olla erilainen kuin työntekijällä.

Työntekijöillä on käytössään työvälineitä, joilla he tuottavat asiakkaalle toimintaedellytyksiä. Asiakassuhde on ihmistyössä sellaisenaan keskeinen työväline. Hyvä yhteisyösuhte on työn onnistumisen välttämätön edellytys. Työ etenee suhteen varassa. Hyvä suhde kantaa ongelmien selvittelyn. Suhde kehittyy vähitellen, tilanteesta ja tapauksesta riippuen, joskus

hitaammin joskus nopeammin. Hyvässä työskentelysuhteessa on mukana seuraavia elementtejä: välittäminen, kunnioitus, luottamus ja hyväksyminen. Ihminen ja hänen tekonsa on kuitenkin eroteltava toisistaan. Huonoja tekoja ei pidä hyväksyä. Jos ihmisen epämoraaliset teot hyväksytään, emme kohtele häntä itsemme kanssa yhtä arvokkaana ihmisenä. Ymmärtäminen ja hyväksyminen ovat eri asia. Vaativuus on asiakkaan kunnioittamista valintoja tekevänä subjektina, joka kantaa vastuun omista valinnoistaan. (Särkelä 1993, 73-75.) Ymmärtävään auttamiseen, jossa ei puhuta vastuusta, rehellisyydestä moraalista tai muista asiakkaalle ehkä epämieluisista asioista, liittyy ristiriitoja. Kumpikin osapuoli saattaa tietää jonkin epämielilyttävän asian olemassaolon, mutta siitä ei uskalleta puhua. Asian olemassaolo ei kuitenkaan katoa, vaikka siitä ei puhuta. Moraalisessa hoitoyhteisössä asiakkaaseen kohdistetaan vaatimuksia ja käyttäytymisen jatkuvaa kontrollia. Kunnioitusta ei voi olla ilman vaatimuksia eikä kuntoutumisedellytyksiä ole ilman kunnioitusta. Moraalinen hoitoyhteisö voi parhaimmillaan esittää kovia vaatimuksia yksilölle, mutta antaa hänelle myös tukea vaatimusten toteuttamiseksi ja osoittaa hänelle syvää kunnioitusta vaatimusten toteuttamisesta. (Tourunen 2000, 223.)

Suomalaisessa päihdehuollossa käytetyt hoitomallit ja menetelmät ovat pääosin kehittyneet alkoholiongelmaisten ja sekakäyttäjien tarpeisiin. Samojen menetelmien on uskottu paljolti soveltuvan erilaisten päihdeongelmien ja riippuvuuksien käsittelyyn. Vasta 1990-luvulla suonensisäisten huumeiden käytön yleistyessä alettiin kehittää erityisesti huumehoitoon tarkoitettuja hoitomalleja. Uudet lääkehoitopainotteiset hoitomallit haastoivat perinteiset ei-lääkkeelliset hoitomallit. (Murto 2002, 167.) Kun korvaushoitoja ei ollut tarjolla, yksityislääkärit tarjosivat lääkkeellisiä hoitoja, joissa ei ollut psykososiaalista tukea. Näin huumehoidon kuva medikalisoitui. (Mt. 172.) Medikalisoituminen näkyy myös siinä, että huumeongelmaiset ja heidän omaisensa vaativat usein lääkehoitoa. Huumeongelmaisille vaatimus on luontevaa, sillä aineilla on keskeinen asema heidän elämässään. Ylläpitohoito kynnystä ei tule kuitenkaan laskea liian alas, sillä muuten seurauksena voi olla, että hoitoon tulevien määrä kasvaisi liikaa, mikä taas maksaa. Mediakeskustelu vääristää päihdekuntoutusta, sillä alkoholi on yhä edelleen ykköspäihde ja huumeet tulevat vasta kaukana perässä. Vaarana on, että resurssit siirtyvät liiaksi alkoholiongelman hoidosta huumeongelman puolelle. (Jokinen-Virta 2002, 5.)

Huume kuntoutuksessa korostetaan matalan kynnyksen näkökulmaa, pyrkimystä saada asiakas hoidon piiriin sekä asiakaslähtöisyyttä ja kärsimysten lieventämistä. Yhdysvaltojen

kansallinen huume tutkimus instituutti NIDA julkaisi lokakuussa 1999 ensimmäisen tieteelliseen näyttöön perustuvan huume hoitoa koskevan ohjeiston, jossa vedetään yhteen noin 30 vuoden alaa koskeva tutkimustyö. Näissä periaatteissa todetaan, että yhtä kaikille sopivaa hoitoa ei ole olemassa ja että hoidon tulisi olla helposti saatavilla. Hyvässä hoidossa otetaan huomioon huumeiden käytön ohella myös yksilön muut tarpeet. Hoitosuunnitelmaa tulisi päivittää yksilön muuttuvien tarpeiden mukaan ja hoidon tulisi kestää vähintään kolme kuukautta. Yksilö- ja ryhmä ohjaus sekä muut behavioraaliset terapiat ovat tehokkaan hoidon muotoja. Lääkitys on monelle tärkeä hoidon elementti etenkin, jos se yhdistetään psykososiaalisiin hoitoihin. Lääkkeellinen vieroitus on vasta huume hoidon ensimmäinen vaihe eikä se itsessään vielä vaikuta pitkäaikaiseen huumeiden käyttöön. Hoidon aikana mahdollista huumeiden käyttöä sekä muita sairauksia tulisi seurata jatkuvasti. Huumeriippuvuudesta toipuminen kestää pitkään ja voi vaatia useita hoitajaksoja. (Principles of effective treatment 2002.)

Suomessa huumeriippuvuus nähdään vakavana mielenterveydenhäiriönä, jonka hoidossa tarvitaan moniammatillista työtä sekä yhteistyötä eri organisaatioiden kanssa. (Hakkarainen 2000, 25.) Huumeiden käyttöön liittyy usein muita sairauksia, syrjäytyneisyyttä ja rikollisuutta. (Murto 2002, 178.) Tehokas professionaalinen huume hoito kohdistuu yksilön moninaisiin tarpeisiin. Toimenpiteiden tulee kohdistua huumeiden käytön lisäksi siihen liittyviin lääketieteellisiin, sosiaalisiin, psykologisiin ammatinvalinnallisiin sekä oikeudellisiin ongelmiin. (Hakkarainen 2000, 4.) Päihde- ja huume kuntoutuksessa tulee tehdä kuntoutussuunnitelma, joka on laadittu hoidon tarpeen pohjalta, ja jonka tekoon asiakas itse osallistuu. Hoitosuunnitelmaa tulee tarkistaa sovitusti ja jatkotoimista pitää sopia. Pidempiaikaisessa hoidossa olevalle tulee nimetä vastuuhenkilö ja hoitovastuun siirtymisestä sovitaan etukäteen selkeästi. Päihteiden käytön ei tule olla este hoidon toteuttamiselle. Asiakkailta tulee myös kerätä palautetta siitä, millaisena he ovat saamansa hoidon kokeneet. (Päihde palvelujen laatusuosituks 2002, 20-22.)

Sosiaalihuollon asiakas laissa säädetään asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiat on ratkaistava siten, että asiakkaan etu toteutuu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 1991.) Autonominen henkilö toimii järkensä ohjaamana. Järki ohjaa tahtoa niin, että se kohdistuu oikeisiin asioihin. Yksilö voi menettää autonomiansa seuraamalla sokeasti ulkoista auktoriteettia tai olemalla omien intohimojensa orja. (Sarvanti

1997, 81-82.) Huumeet vaikuttavat mielihyvään. Mielihyväkokemus sinänsä on elämää edistävä asia. Keinot (huumeiden käyttö), joilla mielihyvää aikaansaadaan saa huumeiden käyttäjällä positiivisen merkityksen, mikä aiheuttaa sen, että huumeiden käyttäjä pakonomaisesti etsii huumetta tyydyttääkseen mielihyväkokemuksensa. Ihmisellä on yleensä autonomia mielihyvän säätelyssä, mutta huumeet voivat viedä lopulta ihmisen autonomian. Näin autonomiakyvystä voi tulla häiriöinen. Autonomia voidaan luovuttaa hoitotaholle ja siihen sisältyy hoitoon sitoutuminen (sopimukset). (Granström 2002.) Ongelmaa ei olekaan, jos autonomiakyvyn puutteessa oleva ihminen luovuttaa autonomiansa hoitonsa suhteen hoitotaholle, mutta aina näin ei tapahdu.

Autonomia liittyy ihmisen kykyyn harkita joidenkin tekojen tekemistä, päätökseen tehdä tai olla tekemättä jotain sekä valtaan toimia tehtyjen päätösten mukaisesti. Tekojen voidaan katsoa olevan autonomisia, jos ne on suoritettu tarkoituksellisesti, ymmärryksellä ja ilman kontrolloivia tekijöitä. (Tarkki 1996, 206-208.) Pietarisen mukaan autonomisen henkilön ominaisuuksiin kuuluvat kompetenssi, henkilön itsenäinen, muiden käsityksistä ja pyrkimyksiä riippumaton kyky harkintaan, päättämiseen ja toimintaan, autenttisuus eli kyky kontrolloida ratkaisujen pohjalla olevia haluja sekä valta ja kyky toteuttaa päätetyt asiat. (Pietarinen 1994, 15-17.) Huumeiden käyttäjä ei autenttisuudessaan ole kovin autonominen. Yksilön autonomia päättyy siihen, missä toisen autonomia alkaa.

Yhteisön kannalta autonomiaan voidaan suhtautua kolmella tavalla. Ihmisen toiminnan alueen autonomia voi olla rajaton tai autonomian alueeseen voi olla kuulumatta mitään tai tämä joukko voi olla hyvin pieni. Autonomiaa myös voidaan rajoittaa yhteisin sopimuksin. Lisääntyvän autonomian hättana on ihmisen omavastuun lisääntyminen. (Tarkki 1996, 216-217.) Lisääntyvä ihmisen autonomisuus voi aiheuttaa yksilöllisen edun korostusta, josta yhteisö kärsii ja se voi taas johtaa myöhemmin yksilöiden autonomian kaventamiseen. Autonomiset henkilöt ovat vastuussa teoistaan ja ei-autonomiset eivät koe olevansa niistä vastuussa. Ihmisen vastuuta teoistaan tulee lisätä. (Mt. 239.) Ihminen on itse vastuussa myös muutoksesta.

Pakolla tarkoitetaan toimenpidettä, joka tehdään vastoin henkilön nimenomaista tahtoa tai siitä riippumatta, esimerkiksi toimet hoitoyksiköissä. Pakkoa on myös se, ettei tarjota vaihtoehtoisia hoitoja. (Koivuranta 2002, 18.) Pakon käyttöä lainsäädännön rajoissa ohjaavat myös ammattietiikka ja ammattikäytännöt. Itsemääräämisen toteutumiseen ja pakon käyttöön

vaikuttavat paljolti kunkin toimintayksikön hoitokulttuuri, kuten asenteet sekä rutiinien järjestäminen. (Koivuranta 2002, 29.) Pakon kokemus on yksilöllinen ja se voi liittyä hyväksyttäväänkin menettelyyn. (Mt. 88.) Asiakkaiden pakon kokemukset päihdehuollossa liittyvät usein hoitoon pääsemiseen tai sen eväämiseen, jonottamiseen, puhtaiden seulojen vaatimiseen tai hoitoyksikön sääntöihin. Jotkut näennäiset vapauden rajoitukset itse asiassa lisäävät toiminnan tarkoituksen vapautta, esimerkiksi liikenteen kohdalla pääsyä turvallisesti päämäärään. Jos tavoitteena ei ole päästä turvallisesti perille vaan ajella miten sattuu, liikennerajoitukset riistävät vapautta. (Tarkki 1996, 210.) Samoin säännöt hoitoyksikössä voidaan nähdä hoitosuhteen rakentamisena, mahdollisuutena päästä asiakkaan asettamiin päämääriin sekä välittämisenä ja kunnioittamisena.

Takala ja Klingemann ja Hunt ovat vertailleet päihdekuntoutusta 16 maassa. Vertailussa näkyy, että Suomi panostaa päihdekuntoutukseen runsaasti. Vertailun mukaan useimmissa maissa päihdehoitoresurssit ovat lisääntyneet. On panostettu avohoitoon ja on kehitetty erilaisia hoitomuotoja. Pakkohoidot ovat vähentyneet ja hoitojen pituudet ovat lyhentyneet. Vertaisryhmien merkitys sekä paikallisen tason merkitys on kasvanut, sillä kansallinen ohjaus on vähentynyt. Miesten osuus päihdehoidoista on yhä suuri, mutta naisten ja parempiosaisten osuus käyttäjistä on kasvanut. Palvelut ovat myös entistä useammin yksityisesti järjestettyjä. Sosiaalisen kontrollin elementti on hoidoissa läsnä etenkin käytännön tasolla, vaikka hoidot ovat entistä useammin vapaaehtoisia. (Takala, Klingemann ja Hunt 1992, 287-290.)

3.2 Korvaus- ja ylläpitohoidot

3.2.1 Vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon käsitteet

Vieroitushoito on enintään kuukauden kestävä hoitoa ja korvaushoito on yli kuukauden kestävä hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2002). Kummassakin hoidossa potilaalle annetaan heroiinin korvaavana opioidina metadonia tai buprenorfiinia. Lääke mahdollistaa yleensä kuntoutumisprosessin käynnistymisen.

Korvaushoidon suomalaiseen malliin sisältyy ajatus, että myös korvaavasta lääkkeestä irrottaudutaan mahdollisuuksien mukaan. (Fabritius ja Granström 1999, 2.) Korvaushoidon tavoitteita ovat heroiinikierteen katkaisu, rikollisuuden ja syrjäytymisen pysähtyttäminen, hoidossa pysyminen ja siten psykososiaalisen hoidon mahdollistaminen, muista päihteistä

vieroittamisen mahdollistaminen, kuntoutuksen, opiskelun ja työllistymisen mahdollistaminen. Tavoitteita ovat myös HIV- ja hepatiitti –potilaiden hoito ja näiden sairauksien leviämisen ehkäisy, vankien rikoskierteen katkaiseminen ja vähittäinen korvaushoitolääkkeestä irrottautuminen. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001, 15.) Korvaushoidon ideana on se, että fyysisen riippuvuuden annetaan toistaiseksi olla ja aloitetaan hoito psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Hoito on tarkoitettu niille, joille on liian vaativaa aloittaa fyysisen riippuvuuden hoito ja vasta sen jälkeen alkaa hoitaa varsinaista tärkeintä osuutta eli psyykkistä riippuvuutta, aloitetaankin hoito toisinpäin. (Lepistö 2002.)

Ylläpitohoidolla tarkoitetaan korvaavan opioidin antamista ns. haittojen vähentämisen tarkoituksessa, jolloin heroinin käyttäjä ei enää huumeen käytön vuoksi saa eikä levitä infektioita eikä joudu tekemään rikoksia saadakseen huumetta. Ylläpitohoidossa ei ole kuitenkaan tavoitteena korvaavasta aineesta irrottautuminen eikä juurikaan kuntoutumistavoitteita. (Fabritius ja Granström 1999, 2.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan ylläpitohoidon tavoitteena on haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2002). Korvaus- ja ylläpitohoidon välinen raja ei ole kuitenkaan mitenkään yksiselitteinen. Molemmat hoitomuodot voivat käytännössä sisältää psykososiaalista työtä ja myös lääkkeestä vieroittautuminen voi tulla jossain vaiheessa hoitoa myös ylläpitohoitopotilaan hoidon tavoitteeksi. Ylläpitohoidon ja korvaushoidon välinen raja on epämääräinen ja suuntaus ryhmästä toiseen tällä erää omittuinen: ylläpitohoidon idea on olla elämää ylläpitävää hoitoa, josta pitäisi olla mahdollista suunnata kohti kuntouttavampaa korvaushoitoa, kun nykyään enemmänkin käy niin että korvaushoitoon kelvottomat ohjataan vähimmin resursoituihin ylläpitohoitoihin. (Lepistö 2002.)

Korvaus- ja ylläpitohoito voidaan asetuksen mukaan aloittaa ainoastaan sellaisille potilaille, joiden kohdalla vieroitushoito tieteellisesti perustelluilla ja yleisesti hyväksytyillä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla ei ole johtanut vieroittautumiseen. Hoidon tulee tapahtua mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa ja toimintaan tulee olla erikseen nimettynä lääkäri, josta on tehtävä ilmoitus lääninhallitukselle. Lääninhallitus ilmoittaa asiasta edelleen terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle TEO:lle. Hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, joka on asiakkaan kanssa yhdessä laadittu. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2002.)

Ensimmäiset sosiaali- ja terveysministeriön määräykset opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta eräillä lääkkeillä tulivat voimaan vuonna 1997 ja 1998. Määräyksien mukaan buprenorfiinia, metadonia tai leva-asetyylimetadolia sisältävien lääkeaineiden käyttö opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus- tai korvaushoidossa on erikoissairaanhoidolain mukaista erityistason sairaanhoitoa. Määräysten mukaan vieroitushoito saatiin aloittaa vain yliopistollisissa keskussairaaloissa, Helsingin sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaaloiden yksikössä ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. (Määräykset...1998).

Vuoden 2000 sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan oikeus vieroitus, korvaus- ja ylläpito-hoidon aloittamiseen annettiin kaikille keskussairaaloille. Korvaushoidon tuli tähdätä lääkeaineesta vieroittautumiseen. Asetukseen tuli kohta myös ylläpito-hoidosta, joka saatiin aloittaa vain sellaisille potilaille, joilla opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen on erityisen tärkeää. Tällaisia potilaita ovat erityisesti henkilöt, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla ylläpito-hoidon avulla todennäköisesti ehkäistään tartuntatautien leviämistä ja muiden terveyshaittojen lisääntymistä ja joiden elämänlaatua voidaan siten parantaa ja joita ylläpito-hoito-ohjelman aikana voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2000.) Käytännössä kuitenkin korvaushoidosta on siirretty potilaita ylläpito-hoitoon, koska heidän on katsottu olevan hoidollisesti stabiilissa tilassa, etteivät he tarvitse enää niin tiivistä hoitoa. Ylläpito-hoito on HUS:n korvaushoitopoliklinikan mukaan sopiva vaihtoehto silloin, kun kuntoutustavoitteet korvaushoidossa on saavutettu ja hoito ei ole muuttunut sisällöllisesti pitkään aikaan. Ylläpito-hoitovaihtoehtoa voidaan arvioida kunkin potilaan kohdalla, kun korvaushoito on kestänyt noin kolme vuotta. Tilannetta arvioidaan aina potilaan hoitosuhteen kautta yksilöllisesti. (Montonen 2001.)

Vuonna 2002 asetusta muutettiin sen osalta, että lakiperusta muuttui erikoissairaanhoidolaista päihdehuoltolakiin. Vuoden 2002 huhtikuuhun saakka vieroitus- korvaus- ja ylläpito-hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen ja hoidon seuranta oli keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin, muihin keskussairaaloihin sekä Järvenpään sosiaalisairaalaan. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä pystyi osoittamaan tehtävään keskussairaalan sijasta muun vastaavantasoisien sairaalan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2000.) Vuonna 2002 huhtikuussa asetukseen tuli muutoksia sen osalta, että hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä sekä hoito aloittaa sellaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa,

päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jolla on hoidosta vastaava, erikseen nimetty lääkäri ja muu toiminnan edellyttämä, hoidon antamiseen perehtynyt henkilökunta, asianmukaiset tilat sekä muut edellytykset hoidon antamiseen itsenäisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2002.)

3.2.2 Korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat Euroopassa

Korvaus- ja ylläpitohoitojen määrä on tasaisesti noussut Euroopassa 1960-luvulta lähtien ja toiminta on nyt maailmanlaajuista ja hyväksytympää kuin koskaan aikaisemmin. Nykyään kaikki Euroopan maat toteuttavat jonkinlaisia korvaus- ja ylläpitohoitoja, mutta niiden laajuudet ja sisältö vaihtelevat maittain. Useimmiten hoito-ohjelmiin kuitenkin kuuluu jonkinasteista psykososiaalista kuntoutusta. Korvaus ja ylläpitohoidot parantavat yksilöllisellä tasolla fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja vähentävät rikollisuutta. (Nilson 2000, 7-8.) Vuonna 2002 on arvioitu että noin 300 000 ihmistä Euroopassa saa korvaus- tai ylläpitohoitoa. Ensimmäinen ja yhä edelleen laajin korvaushoidossa käytetty lääke on metadoni, tosin sen rinnalle on tullut myös muita aineita kuten buprenorfiini. Joissakin maissa käytetään myös laamia korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeenä kuten Tanskassa, Alankomaissa sekä Saksassa. (Kuipers 2000, 184, Ege 2000, 65 ja Gerlach 2000, 69.) Joissakin maissa määrätään myös Heroiinia korvaushoitoihin kuten Saksassa, Alankomaissa ja Sveitsissä. (Nilson 2000, 12-13.)

Monissa maissa korvaus- ja ylläpitohoidot lähtivät kehittymään pakosta vastaamaan pahenevaan HIV ja AIDS ongelmaan. Metadoni- ja muiden haittojen minimointi ohjelmien avulla HIV-epidemia on saatu kuriin. (Nilson 2000, 16-17.) Sellaisissa maissa, joissa metadonihoito on laillistettu 1960-luvulla, metadonihoidossa olevien opiaattiaddiktien määrä on pysynyt pienenä. Näitä maita ovat Tanska, Alankomaat Ruotsi ja Brittein saaret. Useimmissa maissa on suuret erot maan sisällä metadonihoidon järjestämisen suhteen. Hoitojen määrä on lisääntynyt etenkin niissä maissa, joissa hoitoja on ollut tarjolla vähän, kuten Saksassa, Espanjassa ja Ranskassa, mutta kaikkien suurinta nousu on ollut Suomessa, Kreikassa ja Luxemburgissa. (Mt. 20-21.)

Tutkimusten mukaan metadonihoidot vähentävät rikollisuutta ja kuolleisuutta mutta toisaalta metadonin on myös väitetty aiheuttavan kuolemantapauksia. Tosin kuolemantapaukset ovat usein sattuneet niiden kohdalle, jotka eivät ole olleet hoidossa. (Nilson 2000, 19.) Alankomaissa metadonihoidoissa olevien kuolleisuus on kaksi kertaa suurempi kuin muulla

väestöllä. Infektioita esiintyy heillä paljon ja lisäksi useimmat hoidossa olevat käyttävät metadonin lisäksi muita huumeita. Kahdeksan prosenttia metadonisteista on tullut raittiiksi. Metadonihoito on menestyksellinen silloin, kun tavoitteeksi ei aseteta abstinenssia ja kun mukana on psykososiaalista kuntoutusta. (Kuipers 2000, 189.) Ruotsissa on todettu metadonihoidossa olevilla parannuksia asumisessa, sosiaalisissa suhteissa, terveydessä, perhesuhteissa sekä työmahdollisuuksissa. Koulutus myös lisääntyi ja alkoholin ja huumeiden käyttö sekä kuolleisuus väheni (Stenbacka 2000, 240, 244-245.) Saksassa metadonihoidossa olevien terveydentila on parantunut, kuolleisuus ja huumeiden käyttö on vähentynyt ja 10 prosenttia hoidoissa olleista on tullut täysin raittiiksi. (Gerlach 2000, 92.)

Hoitoon pääsykriteerit vaihtelevat eri Euroopan maissa. Useissa maissa hoitoa saavat erittäin sairaat ja Hiv-infektioiset tai raskaana olevat, kuten Saksassa, Espanjassa ja Kreikassa. (Gerlach 2000, 82, Torrens 2000, 110, Douzenis 2000, 103.) Ruotsissa sosiaaliministeriön mukaan asiakkaalla tulee olla neljän vuoden opiaattien käyttöhistoria, asiakkaan tulee olla vähintään 20-vuotias, opiaatin tulee olla pääpaihde ja asiakas ei saanut olla vankilassa. (Stenbacka 2000, 236.) Kreikassa korvaushoidossa aloittavan asiakkaan tulee olla 22 vuotta täyttänyt, hänen tulee olla käyttänyt heroinia päivittäin, ja takana pitää olla muita hoitoyrityksiä. Asiakas ei kuitenkaan saa olla psykopatologinen, sillä se tekisi avoimessa yksikössä hoidon mahdottomaksi. Väkivaltaisuus ja rikollisuus saattavat myös estää hoidon. (Douzenis 2000, 103.) Alankomaissa ei ole kriteerejä sille, kuinka kauan on pitänyt käyttää huumeita tai minkä ikäinen on. Metadoni annetaan valvotusti, mutta seuraavaan päivän annos on mahdollista saada mukaan. Tämä on aiheuttanut metadonin katukauppaa. Tanskassa opiaattiriippuvuus on ainoa hoitoon pääsyn edellytys. (Ege 2000, 64.) Ranskassa metadoni- ja buprenorfiinihoitoihin ei ole sisäänpääsykriteerejä, mutta buprenorfiinihoitoihin on helpompi päästä. (Auriacombe 2000, 129.) Espanjassa hoitoon pääsyn edellytyksenä on vain opiaattiriippuvuus diagnoosi. (Torrens 2000, 110.)

Kaikki Euroopan unionin maat ovat allekirjoittaneet Wienin sopimuksen, jossa ne sitoutuvat valvomaan hoidossa käytettyjen aineiden valmistusta, jakoa ja käyttöä tarkoituksena minimoida niiden leviäminen katukauppaan. Kaikilla mailla on kuitenkin vapaat kädet jokapäiväisen hoidon järjestämisessä. (Nilson 2000, 33, 38.) Korvaus- ylläpito hoitolääkkeiden määräämisessä ja jakelussa on eroja eri Euroopan maissa. Joissakin maissa kuten kreikassa (Douzenis 2000, 104) vain huumehoitoklinikat saavat määrätä korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeitä ja Tanskassa sekä Espanjassa vain julkiset hoitopaikat saavat määrätä

ihmisiä korvaushoitoihin. (Ege 2000, 61-63 ja Torrens 2000, 110). Ranskassa, Britanniassa ja Alankomaissa kaikki yleislääkärit voivat määrätä lääkkeitä (Auriacombe 2000, 120-211 ja Farrell ja Howes 2000, 260-261 sekä Kuipers 2000, 177-178). Italiassa vuodesta 1993 lähtien kuka tahansa yleislääkäri on saanut määrätä metadonia, mutta siitä oli sovittava paikallisen julkisen hoitolaitoksen kanssa (Davoli, Patruno ja Camposeragna 2000, 148-151). Tanskassa apteekeilla on rajoitettu rooli korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeen jakamisen suhteen. (Ege 2000, 64.) Saksassa 80% Hampurin metadonipotilaista sai lääkkeensä apteekista. (Gerlach 2000, 86-87.)

Saksan hoito-ohjelmissa on menty kohti haittojen minimoimista. Huumeaddiktiota pidetään Saksassa sairautena. Hoidot sisältävät myös psykososiaalista hoitoa, mutta ongelmana on, että psykososiaalisen työn standardit puuttuvat ja hoitojen laadussa ja määrässä on puutteita. (Gerlach 2000 69-71.) Hoitojen tavoitteina tulee olla abstinenssi sekä parannukset asiakkaan hyvinvoinnin statukseen. Saksassa hoitoa saadaan määrätä niin kauan, kun potilas on hoitokelpoinen, kun hoito on osa muuta hoitoa ja kun potilas ei saa mitään muuta huumehoitoa muulta taholta. Hoidon kestolle tai psykososiaalisen tuen määrälle ja laadulle Saksassa ei ole mitään määräyksiä. Ohjelmat vaihtelevat näiden suhteen eri puolilla maata. Hoidoissa tulee kontrolloida virtsaa kerran viikossa, ja muiden huumeiden käyttö lopettaa hoidon. Tavoitteina nähdään myös riskien vähentäminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. (Mt. 80-85.) Heroiinihoidot alkoivat Saksassa vuonna 2001. Hoidon tarkoituksena on stabilisoida asiakkaan terveydellistä ja sosiaalista tilaa, integroida heidät auttamissysteemiin, pitää heidät siinä ja motivoida heitä ottamaan lisää hoitoa. (Mt. 72.)

Kreikan hoidoissa on abstinenssi tavoite. Muita tavoitteita ovat haittojen minimointi ja intensiivinen psykososiaalinen työ. Kreikassa korvaushoidossa korvaava lääke annetaan kontrolloidusti ja huumeetestejä tehdään valvotusti kerran viikossa. Asiakkaan tarpeisiin pyritään vastaamaan kokonaisvaltaisesti moniammatillisen tiimin voimin. Hoitaja tapaa asiakasta viikoittain ja hoidossa käytetään ryhmäterapijaa. Asiakkaan huumeiden käyttö johtaa varoitukseen ja asiakkaan hoito voidaan joutua lopettamaan. Hoito saa kestää enintään kaksi vuotta ja sen jälkeen metadoni -lääkitys ajetaan alas puolessa vuodessa. (Douzenis 2000, 98-101.)

Britannian vuoden 1998 huumestrategian pääpaino on huumeiden käytön ehkäisyssä ja hoidon järjestämisessä sekä kysynnän ja tarjonnan vähentämisstrategioissa. (Farrell ja Howes

2000 , 254.) Suurimmalle osalle potilaista annetaan metadonihoitoa. (Mt. 260.) Britanniassa hoidolle ole rajoituksia. (Mt. 260-261.) Brittein saarilla Metadonista on aiheutunut kuolemantapauksia ja sen antoa pyritään valvomaan tiukemmin. (Mt. 268.) Metadonihoitoa järjestetään moniammatillisissa tiimeissä, joissa on psykososiaalista kuntoutusta. Bentsodiatsepiinia käyttää hoidossa olevista 30 %. Heroiini on Britanniassa yleisin huume ja vuonna 1996 18617 henkilöä oli riippuvaisia metadonista, mutta on epäselvää onko metadoni laillisista lähteistä peräisin vai ei. Trendinä on se, että yhä suurempi osa addikteista on riippuvaisia metadonista. (Mt. 261-262.)

Espanjassa 1990-luvulla vastauksena HIV-infektioon perustettiin huumehoito-ohjelmia, jotka perustuivat haittojen minimoimisstrategioihin. (Torrens 2000, 107.) Vuoden 1996-vuoden lopulla 27 % huumehoitoa saavista potilaista sai metadonihoidon. 1996 voimaan tullut laki teki metadonihoitoon pääsemisen helpommaksi. Hoitoja on jouduttu keskeyttämään asiakkaiden väkivaltaisen käyttäytymisen, huumeiden käytön ja niiden myymisen takia. Ohjelmat voivat olla abstinenssiin tähtääviä tai sitten ei. Metadoni on yleisin lääkkeellisissä hoidoissa käytetty aine ja buprenofiinia käytetään hyvin pienin annoksin, ja sitä ei käytetä ylläpitohoito-ohjelmissa. (Mt. 113-115.)

Ranskassa hoidoille ei ole olemassa mitään ohjeita. Yksilöllisyys on ainoa hoidoissa oleva periaate. (Auriacombe 2000, 129.) Ranskassa suurin osa hoidossa olevista opiaattiriippuvaisista on buprenorfiinihoidossa. Käyttäjiä on 150-300000, joista 20-40 prosenttia on korvaushoidossa. Vuoteen 1994 mennessä oli vain 1000 henkilöä hoidoissa ja nekin metadonihoitoissa. Vuodesta 1994 metadonihoitoa sai antaa lääkäri, joka olivat korvaushoitoyksikössä töissä. Hoitoon liitettiin tarkka valvonta ja huume-testit. Vuodesta 1995 metadonihoidon määrät kasvoivat suuresti. Koska metadonihoito on niin kontrolloitua eivätkä julkiset huume-klinikat halunneet hoitoja lisätä, lisääntyivät myös buprenorfiinihoidot. Vuodesta 1988 alkaen on ollut mahdollista saada buprenorfiinia. (Mt. 119-123.)

Italiassa 1990-luvun laki loi yhteiset ohjeet metadonihoidolle. Italian huume-politiikka tähtää 1990-luvun lain mukaan kysynnän vähentämiseen, käytön ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Lainsäädäntöön sisältyy myös tarjonnan vähentämisstrategioita. Haittojen vähentäminen on vasta viime vuosina tullut mainituksi strategioissa. Pelkkä metadonin anto ei ollut sallittua vaan hoidon tuli sisältää psykososiaalista kuntoutusta. Vuonna 1994 lain

mukaan metadonia sai määrätä yksilöllisesti ja hoidon pituutta ei säännelty. Tärkeänä nähtiin HIV-infektion leviämisen estäminen. (Davoli, Patruno ja Camposeragna 2000, 147-151.)

Alankomaissa päätettiin vuonna 1993, että kovien huumeiden käytöstä johtuvat haitat vaativat eri politiikan. Tavoitteisiin pyrittiin erottamalla kovat ja pehmeät huumeet, dekriminisoimalla pehmeät huumeet, seuraamalla huumeiden käyttöä ja sen seurauksia kytkemällä professionaaliset verkostot hoitoon, panostamalla käytön ehkäisyyn, kuntoutukseen sekä marginalisaation estämiseen. Kovien huumeiden levittämisestä seurasi kovenneet rangaistukset. Myös tutkimukseen haluttiin panostaa sekä vuodesta 1997 kansainväliseen yhteistyöhön ja tiedonkeruuseen. Melkein kaikki ohjelmat nykyisin perustuvat ylläpitohoitoajatukseen. Asiakkaiden on helppo tulla hoitoihin ja niiden struktuuri on heille selvä. Metadonibusseja on joissakin kaupungeissa. Alankomaissa on hyvin erilaisia metadoniohjelmia. Eri ohjelmat vaihtelevat sen mukaan, miten monta kertaa viikossa metadonia saa. Se voi vaihdella 3-6. Sunnuntaisin metadonia ei saa kuin tietyillä alueilla. (Kuipers 2000, 179-185.)

Vuonna 1997 Alankomaissa aloitettiin heroiniohjelma, joka on hyvin tiukka. Hoitoon pääsyn kriteerinä oli pitkä käyttöhistoria ja käyttöön tuli liittyä suuria ongelmia sosiaalisella, fyysisellä kuin psyykkiselläkin tasolla. Hoitoon pääsevät yli 25-vuotiaat addiktit, jotka eivät ole hyötynet metadoni- tai muista ohjelmista. Heidän kuntonsa on fyysisesti ja psyykkisesti huono ja heillä on vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä asioista. Aggressiivinen käyttäytyminen johtaa heti ohjelmasta poistamiseen. (Kuipers 2000, 186.)

Hoitoannosten koot vaihtelevat eri maissa suuresti. Tanskassa annos on 50-120mg/vrk (Ege 2000, 67). Alankomaissa keskimääräinen metadoniannos on 35mg/vrk (Kuipers 2000, 177-178) ja Italiassa 44 mg:n annos on keskiarvo. (Davoli, Patruno ja Camposeragna 2000, 152.) Saksassa metadonin päivittäinen maksimi annos on 100 mg, mutta osa potilaista saa enemmän kuin 300mg päivässä. (Gerlach 2000, 88). Kuuden kuukauden onnistuneen metadonihoidon jälkeen asiakkaalla on mahdollista saada mukaan seitsemän päivän annos. (Mt. 78.) Ranskassa hoidoille ei ole olemassa mitään ohjeita; yksilöllisyys on ainoa hoidoissa oleva periaate. (Auriacombe 2000, 129.) Brittein saarilla annoksen määrää ei säädellä, mutta annos on useimmiten 20-1000mg/vrk. Lain mukaan hoidoissa tulee olla mukana enemmän valvontaa etenkin hoitojen alussa. (Farrell ja Howes 2000, 263.) Espanjassa rajoituksia ei

ole annoksen koon tai hoidon keston suhteen, eikä huume testeistä tai kotiannoksista ole säännöksiä. (Torrens 2000, 113.)

Hoidonaikainen kontrolli ja sanktiot sekä huume testikäytännöt vaihtelevat Euroopan eri maissa. Huume positiivista näytteistä voi joutua ulos hoito-ohjelmista kuten Tanskassa. (Ege 2000, 63.) Ranskassa huume testejä tehdään metadonihoidossa oleville mutta ei buprenorfiinihoidossa oleville. (Auriacombe 2000, 127-128.) Espanjassa ohjelmissa on otettu huume testejä 1-4 kertaa kuussa valvotusti. (Torrens 2000, 114.)

Asiakkaiden keski-ikä on yleensä yli 30 vuotta. Alankomaissa keskimääräinen hoidossa olevan ikä on 30 vuotta ja useilla on pitkiä hoitoja takanapäin. Etnisiä vähemmistöjä asiakkaista on neljännes (Kuipers 2000, 177-188.) Ruotsissa asiakkaiden keski-ikä oli 34,5 vuotta vuonna 1997. (Stenbacka 2000, 244-245. Saksassa metadonipotilaiden keski-ikä on 30 vuotta ja heroinin käyttö on kestänyt heillä keskimäärin 10-12 vuotta ja potilaista 2/3 on saanut muuta edeltävää hoitoa. (Gerlach 2000, 92.)

Hoidoissa on myös paljon vaikeuksia, joita ovat mm. alkoholin ja muiden huumeiden sekakäyttö. (Nilson 2000, 38, Davoli, Patruno ja Camposeragna 2000, 151, Farrell ja Howes 2000, 260, Stenbacka 2000, 234 ja Auriacombe 2000, 130.) Joissakin maissa korvaushoitolääkkeitä on joutunut katukauppaan ja siitä on aiheutunut kuolemantapauksia. Brittein saarilla on ruvettu tiukennuksiin korvaus ja ylläpitohoitojen suhteen, siten ettei yleislääkäri määräisi esimerkiksi metadonia. (Nilson 2000, 40 ja Farrel ja Howes 2000, 268.) Ongelmana on myös, että hoidon aloittamisen vaatimukset ovat kasvaneet nopeimmin kuin niihin suuntautuneet resurssit, mikä johtaa jonoihin. (Nilson 2000, 30 Joissakin maissa on lähdetty matalan kynnyksen hoitolinjalle, jotta mahdollisimman moni pääsisi hoitoon. (Nilson 2000, 40.) Vaikka Euroopassa ollaankin menossa ylläpitohoitojen ja haittojen minimoimisen suuntaan, niin monissa maissa on yhä täysraittiuden tavoite. (Nilson 2000, 30.) Hoitoja vaikeuttavat myös negatiiviset asenteet, mutta ne ovat lieventyneet, HIV-infektion myötä. (Stenbacka 2000, 248-249.) Vaikeutena nähdään myös hoitohenkilökunnan asenteet ja vaikeudet käsitellä kontrollin aspektia hoidossa. (Ege 2000, 67.) Myös terveydenhuollon yhteistyöongelmia esiintyy, sillä sairaalat eivät halua metadonihoidossa olevia hoitoihin ja erityislääkärit eivät halua hoitaa asiakkaita, koska heidän käyttäytymisensä nähdään olevan ongelmallista. (Ege 2000, 62.) Heitä pidetään manipulatiivisina ja epäluotettavina,

(Auriacombe 2000, 128.) Erilaiset säännöt eri yksiköissä vaikeuttavat myös toimintaa. (Douzenis 2000, 105.)

3.2.3 Korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat Suomessa

Lääkkeellisten hoito-ohjelmien tulee STM:n asetuksen mukaan sisältää psykososiaalista kuntoutusta ja sen tulee perustua asiakkaan ja työntekijöiden yhdessä laatimaan hoitosuunnitelmaan. Asetus ei kuitenkaan määrittele psykososiaalista hoitoa eikä sitä, miten hoito toteutetaan. Hoidosta tehdään usein myös hoitosopimus. Asiakkaille nimetään useimmiten omahoitaja. Omahoitajatapaamisissa seurataan asiakkaan vointia ja tilannetta, ja oheiskäyttöä seurataan huumetestein. Tärkeää on asiakkaan sitoutuminen hoitoon, asiakkaan lähipiiriin mukaan ottaminen hoitoon sekä positiivinen palaute. Lääkäri seuraa asiakkaan vointia, tilannetta, lääkeannosta, vieroitusoireita, laboratoriotutkimusten tuloksia sekä muuta lääkitystä. (Ahokas 2002.)

Opioidiriippuvaisten hoito voidaan nähdä vaiheittaisena prosessina. Ensimmäisenä vaiheena on hoitoon hakeutuminen. Jotta pääsee korvaus- ja ylläpitohoitoihin edellytetään lisäksi asiakkaan hoidon tarpeen arviointia. Arviointi tehdään Helsingissä useimmiten opioidiriippuvuuspoliklinikalla. Arviointiprosessi tarkoittaa kahden viikon hoitojaksoa. Yksiköillä, jotka toteuttavat korvaus- ja ylläpitohoitoja, olisi vuoden 2002 asetuksen mukaan mahdollista myös arvioida hoidon tarve, mutta vielä tällä hetkellä näitä arvioita ei ole näissä yksiköissä tehty. Aluksi on vieroitusjakso, jossa käytetään lääkkeitä vieroitusoireiden helpottamiseksi, mutta vieroituksen loppuosa on lääketeeton. Arvioinnin päätteeksi tehdään valinta potilaan ohjaamiseksi korvaushoitoon tai johonkin muuhun hoitoon. (Fabritius ja Granström 1999, 6 ja Kuoppasalmi 2002.) Hoitovalinnoissa on huomioitavaa potilaan tavoite, muutosvaihe, olosuhteet, resurssit, potilaan odotukset, aikaisempi hoidon onnistumishistoria, näyttö hoidon tehosta ja turvallisuudesta sekä potilaan tietoinen suostumus. (Holopainen 2001a).

Korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmat voivat erota toisistaan käytettävän lääkkeen, hoitoaikojen, huumeidenkäytön sietämisen, lääkeannosten suuruuden, vieroittautumisen, haittojen vähentämisen sekä hoito/rangaistusasetelmien ja psykososiaalisen työn suhteen. Hoitoon pääsykriteerit ja tapa aloittaa hoito vaihtelevat eri puolella Suomea. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001, 33.)

Opioidiriippuvuuspoliklinikalla potilaan metadonihoidon aloittamiselle on olemassa seuraavat kriteerit: Potilaalla on oltava todettavissa oleva opioidiriippuvuus, vähintään neljän vuoden opioidien käyttö, vähintään yksi aikaisempi vieroitushoitoyritys sekä 20-vuoden ikä. Korvaushoito on hyvin strukturoitu ja asiakkaalta paljon vaativa hoitomuoto. Potilaan on tultava hoitoyksikköön päivittäin ja hänen tulee olla sitoutunut huumetestauksiin. Siksi esimerkiksi esteinä korvaushoitoon ottamiseen ovat hallitsematon sekakäyttö, sellaiset vaikeat psyykkiset tai somaattiset sairaudet, jotka estävät hoidon käytännön toteuttamisen sekä akuutti alkoholismi. (Fabritius ja Granström 1999, 5.) Salaspuron (Salaspuro 2002 b, 5187-5188) mukaan arvioinnissa käytetään kansainvälisesti poikkeavia kriteerejä esimerkiksi neljän vuoden opiaattien käyttöä, ei vuoden niin kuin muualla. Hoito aloitetaan hänen mielestään Suomessa liian myöhään.

Huumehoidossa potilasidentiteetti on korvautunut asiakasidentiteetillä (Hakkarainen 1998, 2095). Asiakkaat ovat kuluttajia, jotka käyttävät hoitopalveluja ja he osaavat myös niitä vaatia. He vaativat juuri sellaisia, jotka ovat heille omasta mielestä sopivia. (Talli 2002.) Tästä syystä joistakin huumehoidoista on ylitarjontaa, kun taas toisiin hoitoihin jonotetaan. Pitkät hoito- ja hoidontarvearviojonot koskevat lähinnä vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa (Pienimäki 2003), mikä on paradoksaalista, sillä juuri korvaus- ja ylläpitohoitoihin on päihdehuollossa viime vuosina laitettu paljon rahaa. Mediasta saa kuitenkin helposti sellaisen kuvan, että kaikkia huumehoitoja on liian vähän tarjolla, vaikka lääkkeettömistä hoitopaikoista on ylitarjontaa.

Metadonihjelmat

Metadonikorvaus- ja ylläpitoehdossa käytetään opiaatin korvaavana lääkkeenä metadonia. Metadoni on synteettinen opioidi, joka on kehitetty 1940-luvulla. Metadoni on täysagonisti ja se estää muiden opiaattien vaikutuksia. Metadoni on nestemäinen, ja se aiheuttaa huomattavaa riippuvuutta sekä siihen muodostuu toleranssia. Hengityslama riski on metadonissa merkittävä. (Holopainen 2002.) Metadonikorvaushoidon tarkoitus on ennaltaehkäistä tai vähentää opiaattivieroitusoireita sekä aineenhimoa, ennaltaehkäistä opiaattien käytön jatkumista, palauttaa tai parantaa fysiologista toimintakykyä. (Fabritius 2002.) Metadoni on turvallinen lääke opioidiriippuvuuteen, kun sitä annetaan valvotusti. Metadoni on myös kustannustehokas. Yksi hoitoon käytetty euro tuo kolme takaisin vähentyneinä rikollisuuskustannuksina. Metadonihoito parantaa asiakkaan terveydentilaa ja

psykologista statusta sekä vähentää merkittävästi kuolleisuutta. (Verster ja Bunning 2000.) Joskus on myös esitetty, että hoitoon sijoitettu yksi euro tuo jopa seitsemän takaisin, kun mukaan lasketaan erilaiset vähentyneet muut hoitokustannukset.

On olemassa matalan ja korkean kynnyksen metadonihoito-ohjelmia. Matalan kynnyksen ohjelmaan pääsee helposti ja sen tavoitteena on haittojen minimoiminen, vieroitusoireiden poistaminen, elämänlaadun parantaminen. Hoidon sisällön tulee olla yksilöllinen. Korkean kynnyksen hoidossa on päihteettömyystavoite, tiukat pakolliset hoitosisällöt esimerkiksi terapia, huumeetestaukset ja muiden huumeiden käyttöä ei sallita. (Verster ja Bunning 2000.) Helsingin metadoniohjelmiin sisältyy seuloja ja psykososiaalista kuntoutusta. Positiiviset huumeeseulat vaikuttavat lähinnä asiakkaiden lomailuun, ei hoidossa pysymiseen. Munkkisaaren HIV-palvelukeskuksessa toteutettava HIV-positiivisille tarkoitettu ylläpitohoito-ohjelma on hyvin vähän strukturoitu eikä siihen pääsääntöisesti sisälly seuloja.

Vuonna 1995 aloitettiin Hesperian sairaalassa metadoniin perustuva korvaushoito-ohjelma, joka sai vuonna 1997 omat tilat ja henkilökunnan. Vuodesta 1995 vuoteen 1997 metadonihoitoa annettiin päivystyspoliklinikan yhteydessä. Helsingin opioidiriippuvuuspoliklinikan ohjelmassa lähdetään siitä, että kysymyksessä on huumausainesairauden lääketieteellinen hoito. Silloin esimerkiksi potilaan huumeiden käyttö nähdään oireena, joka pahentuessaan johtaa hoidon tehostamiseen eikä sen katkaisemiseen. Hoito-ohjelmassa korostuvat omahoitajakeskustelut, ryhmät ja seulat. Sosiaalityön, psykologin ja fysioterapeutin palvelut ovat myös potilaiden käytettävissä.

Vuonna 2001 alettiin toteuttaa ylläpitohoito-ohjelmia metadonilla Munkkisaaren palvelukeskuksessa, Töölön A-klinikalla, Eteläisellä A-klinikalla sekä Pääskylänrinteen päiväkeskuksessa. Munkkisaareissa hoito on tarkoitettu Hiv-potilaille. Hoito on erittäin matalan kynnyksen hoitoa ja huumeetestejä ei pääsääntöisesti käytetä. Töölön A-klinikan hoito perustuu hyvin tarkkaan korvaushoitopoliklinikan malliin. Töölön A-klinikalle ylläpitohoitoyksikkö tuli omaksi yksikökseen. Eteläisellä A-klinikalla toteutetaan korvaushoitoa HUS:n mallin mukaan. Eteläisen A-klinikan hoito toteutetaan Helsingin Diakonissalaitoksen kanssa solmitulla ostopalvelusopimuksella. Pääskylänrinteen päiväkeskus toteuttaa toimintaansa myös korvaushoitopoliklinikan mallin mukaisesti, mutta kevennettynä. Pääskylänrinteessä ylläpitohoito toimii muun päiväkeskustoiminnan yhteydessä samoissa tiloissa.

Buprenorfiiniohjelmat

Vieroitushoitojen toteuttaminen buprenorfiinilla laitostuntoutusohjelman osana aloitettiin Järvenpään sosiaalisairaalassa 1997. Buprenorfiinia käytetään hoidoissa tablettimuodossa. Tabletit imeskellään, koska nieltynä niillä ei ole tehoa. Buprenorfiini ei aiheuta niin voimakkaita vieroitusoireita kuin metadoni ja hengityslama riski on olematon. (Holopainen 2002.) Buprenorfiiniohjelmissa oli Suomessa syksyllä 2001 noin 200 potilasta Suomessa. Myös buprenorfiiniohjelmat sisältävät lääkehoidon lisäksi psykososiaalista hoitoa, kun taas esimerkiksi Ranskassa, jossa buprenorfiinihoitoa käytetään runsaasti, on psykososiaalisen työn osuus hoidosta vain 20%. (Holopainen 2001.)

Ensimmäiset tulokset buprenorfiinihoidon valvotusta käytöstä Suomessa ovat osoittautuneet hyviksi. Tutkimuksessa oli mukana 171 opiaattiriippuvaista eli pääasiassa heroiniä käyttävää narkomaania. Laitoshoidossa Järvenpään sosiaalisairaalassa oli 95 potilasta ja avohoidossa Helsingin Kettutien A-poliklinikalla 76 potilasta. Potilaat olivat hyvin moniongelmaisia. Hoidon ansiosta kovien huumeiden käyttö väheni. Vain kymmenen retkahti vuoden aikana uudelleen käyttämään heroiniä ja 31 pääsi huumeen lisäksi irti myös buprenorfiinista. Myös rikoskierteen katkaisu hoidon aikana onnistui, sillä avohoitopotilaiden ryhmässä vain viidellä potilaalla oli uusia tuomioon johtaneita rikoksia. Hoidossa pysyminen laitoshoidossa onnistui hyvin, sillä 76% tutkimukseen osallistuneista siirtyi sovitusti jatkohoitoon omalle kotipaikkakunnalleen. Avohoidossakin olleista 70 % oli vuoden seurannan jälkeen edelleen hoidon piirissä. (Seppänen 2002.) Yliannostusten takia kuolleiden heroinistien määrät ovat myös vähentyneet rajusti. Yliannostusten vähentyminen on saattanut johtua buprenorfiinista. (Aho 2002.)

Buprenorfiinin käyttöön korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeenä liittyy myös ongelmia. Valvottu käyttö ei olekaan ongelmallista, mutta buprenorfiinia virtaa runsaasti katukauppaan ja sitä käytetään suonensisäisesti. Porissa on kuollut syksyllä 2003 neljä nuorta ihmistä, joiden buprenorfiinin käyttöön liittyi alkoholin käyttöä. He olivat saaneet erittäin suuria Subutex-annoksia yksityislääkärin kirjoittamilla resepteillä. (Lapintie 2003.) Päihdelääkäri Pekka Laine on sitä mieltä, että jos korvaushoitolääkkeitä kulkee katukauppaan runsaita määriä ja sillä rekrytoidaan uusia käyttäjiä ei hoito ole oikeutettua haittojen vähentämistarkoituksessaan. Tällä hetkellä elämme Laineen mukaan maassa, jossa

buprenorfiinin aiheuttama riippuvuus on suurin laittomien huumeiden aiheuttama ongelma. (Laine 2003, 4622.)

Ei olemassa tutkimuksellista tietoa siitä, miksi joillekin potilaille sopii paremmin metadoni ja toisille taas buprenorfiini. Ihmisten yksilölliset erot, sivuvaikutukset ja hoidon odotukset vaikuttavat siihen, kumpi hoitomuoto sopii paremmin. (Holopainen 2001b, 2,16.) Buprenorfiinin on sanottu olevan turvallisempaa ja vähemmän sedatoivaa, mutta toisaalta sen käytön valvominen on vaikeampaa ja sillä on myös katukauppa-arvoa. (Holopainen 2001b, 2,17.)

3.3 Psykososiaalinen kuntoutus

Sosiaalityökeskustelussa puhutaan yksilökohtaisesta, terapeutisesta ja psykososiaalisesta työstä lähes samassa merkityksessä. Käsitteillä voidaan tarkoittaa tapauskohtaista lähestymistapaa, terapeutista työskentelyotetta tai psykososiaalista asiakastyön näkökulmaa. (Toikko 1997, 169.) (Mt. 173.) Psykososiaalinen työ on asiakaskohtaisen sosiaalityön orientaatio. Kohteena on asiakkaan sekä sisäinen että ulkoinen todellisuus. Psykososiaalisella työllä yritetään ratkaista, miten sosiaaliset ongelmat ja psyykinen pahoinvointi ovat kietoutuneet yksilöiden ja perheiden elämässä yhteen. Mukana ovat taloudelliset, sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat ja lisäksi mukana on terapeutin ulottuvuus. (Granfelt 1993, 186, 222.) Psykososiaalisen työn tavoitteena on ihmisen selviytyminen ja usein myös toiminta- ja ajattelutapojen muuttuminen. (Sipilä 1989, 224.)

Psykososiaalisessa työssä kyse on yksilöistä sosiaalisissa suhteissaan eli ihmisistä elämäntilanteissaan. Psykososiaalisessa työssä uskotaan ihmisen kehitykseen ja kasvuun. Työntekijä auttaa ihmistä ymmärtämään omaa käyttäytymistään, tilannettaan ja mahdollisuuksiaan muutokseen. Psykososiaalinen työ voidaan nähdä myös vuorovaikutus- ja muutostyönä, kasvokkaiseen vuorovaikutukseen perustuvana auttamistyönä, kohtaamisena. (Tainamo 1999,14.) Psykososiaalisessa työssä voidaan myös nähdä olevan yhteiskunnallinen ulottuvuus. Ihminen elää yhteiskunnallisissa, historiallisissa ja aikaan sidotuissa olosuhteissa. Sosiaalityön yhteiskunnallisena tehtävänä on ihmisen osallisuuden lisääminen sekä ihmisen elämänongelmien ja niihin vaikuttavien rakenteellisten yhteyksien osoittaminen. (Mt.17.)

Psykososiaalinen kuntoutus voi olla ammatillista kuntoutusta, erilaista terapiaa, tukea tai neuvoa antavaa, itsestä huolehtimisen ja sosiaalisten taitojen opettelua, erilaisia ryhmiä, retkahduksen ehkäisyä tai akupunktiota. Alkoholi- ja huumeongelman psykososiaalinen hoito on useimmiten samanlaista. Se on yleisimmin tukea ja terapiaa, toiseksi yleisesti retkahduksen ehkäisyä. Kolmanneksi yleisintä on sosiaalisen tuen hyödyntämistä ja sosiaalisten toimintojen opettelua. Vaihtoehtoisista hoidoista on akupunktio on hyvin suosittua. Useiden päihdetyöntekijöiden näkemysten mukaan samat menetelmät kyllä sopivat sekä alkoholi- että huumeongelmallisille, mutta he eivät aina sovi saman pöydän ääreen: nuoren narkomaanin on vaikea samaistua keski-ikäiseen alkoholistiin ja päinvastoin. (Pienimäki 2002, 6.)

Hyvä hoitosuhde on kuitenkin yhtä tärkeää kuin hyvä menetelmäkin. Työntekijän sitoutuneisuus ja suhtautuminen asiakkaaseen ovat olennaisen tärkeitä asioita hoidossa pysymisen kannalta. Työskentelyn on kuitenkin hyvä perustua johonkin teoreettiseen viitekehykseen. Hoidon onnistumiseen vaikuttaa asiakkaan ikä, sosiaalinen stabiilitetti, työ, päihdehistoria, hoitohistoria ja muutosmotivaatio. Muutosmotivaation pyritään hoidossa vaikuttamaan. Sosiaaliset suhteet ovat hoidon onnistumisen kannalta tärkeitä, tukevatko ne päihhteettömyyttä vai ei. (Pienimäki 2002, 7.)

Huumeriippuvuus nähdään vakavana mielenterveydenhäiriönä, ja opioidien käyttöön liittyy ongelmia monilla eri elämänaalueilla, joten hoidossa tarvitaan yhteistyötä. (Murto 2002, 178.) Kuntoutuksessa on tärkeää yhdistää sosiaalityötä, terapiaa ja lääketiedettä. Tärkeää olisi saattaa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedot yhteen samoin päihdekuntoutusta koskeva kokemustieto ja tutkimustieto voisivat toimia yhdessä. (Murto 2002, 190.) Huumehoidossa psykososiaalinen kuntoutus onkin moniammatillista ja se koostuu yksilö, ryhmä, yhteis- ja verkostotapaamisista. Keskeisiä tavoitteita ovat selviytymistaitojen oppiminen, vaikeiden tunteiden käsittely, inter- ja intrapersoonallisten selviytymistaitojen oppiminen sekä päihdekeskeisyydestä irtautumisen opetteleminen. Päihteiden käyttöön pyritään vaikuttamaan tietoisuutta lisäämällä omasta päihteiden käytöstään ja käyttäytymisestään, selviytymiskeinojen oppiminen sekä siihen kuuluu identiteetin ja elämäntyylin muutokset. (Kanerva 2002.) Tärkeintä on yksilöllinen toteutus. Painopiste on toipumisprosessiin liittyvässä työskentelyssä. Hoidon osa-alueita ovat terveyden-, sairaudenhoito, vapaa-aika ihmissuhteet, harrastukset, lepo, työ ja toimeentulo, asumisen tukeminen sekä AA, Na ja muut hoidot. (Ahokas 2002.) Nimenomaan huumehoitoon erikoistuneissa yksiköissä

hoitomuotona toimivat tiukasti strukturoidut, hierarkkiset, ehdottomiin sääntöihin ja kontrolliin perustuvat yhteisöt. (Hurme 2002, 304.)

Korvaus- ja ylläpito-hoidot ovat psykososiaalisen kuntoutuksen mahdollistajia. (Ahokas 2002.) Monet ovat myös arvostelleet sitä, että ihminenhan on päihteessä, kun hän käyttää korvaavaa lääkettä, eikä pysty ottamaan vastaan psykososiaalista kuntoutusta. Bentsodiatsepiinit (rauhoittavat lääkeaineet) ovat kuitenkin psykososiaalisen kuntoutuksen kannalta huomattavasti suurempi ongelma kuin opiaattikorvauslääkkeet, sillä ne haittaavat psykososiaalista kuntoutusta enemmän kuin opiaattikorvauslääkkeet. (Lepistö 2002.) Kuitenkin suurella osalla opiaattiriippuvaisia on myös bentsodiatsepiiniriippuvuus. Tutkittavassa yksikössä kaikilla metadonihoidossa olevilla asiakkailla on myös bentsodiatsepiiniriippuvuus.

Asiakkaan psykososiaalinen kuntoutuminen tulee nähdä prosessina. Asiakkaan kiinnittyminen hoitoon vie oman aikansa ja se tapahtuu vaiheittain. Siihen liittyy motivointia ja sitouttamista. Hoito-ohjelman vaiheet ovat hoitoon kiinnittyminen, varhainen psykososiaalinen kuntoutuminen, psykososiaalinen kuntoutuminen ja valmistautuminen jatkohoitoon. (Ahokas 2002.) Onnistuneen hoidon edellytyksiä ovat henkilöstön riittävyys, sopivuus ja koulutus, riittävät annokset, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, yhteistyö muiden tahojen kanssa sekä muiden asiakkaan tarvitsemien tukipalvelujen käyttö. (Fabritius 2002.) Myös hoitosopimuksella, joka tehdään asiakkaan ja hoitopaikan yhteisellä sopimuksella, on huumehoidon onnistumisen kannalta tärkeä merkitys.

Tutkimusten mukaan erilaisten psykososiaalisten hoitomuotojen on todettu parantavan metadonihoidossa olevien asiakkaiden elämänlaatua. Tulostittareita olivat työkyky, rikollisuus psyykkinen tila ja matalammat metadoniannokset. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001, 15.) Metadonin on voitu osoittavan vähentävän heroinin väärinkäyttöä sekä lisäävän potilaiden hoidossa pysymistä. (Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001, 17.) Tutkimuksissa metadonihoidon on todettu vähentävän myös potilaiden kuolleisuutta. (Marsch 1998 ja Mäkelä 1998, 6.) Eräässä tutkimuksessa saatiin tulokseksi, että psykososiaalisessa kuntoutuksessa kohtuullinen määrä (3 kertaa viikossa) keskustelutyyppejä kohtaamisia on kustannustehokkain muoto metadonihoidossa. Liian harvat keskustelut ja toisaalta liian useat eivät saa aikaan vastaavaa hyötyä. (Kraft, 1997, 1214-1219.)

SBU on vertaillut meta-analyttisessä tutkimuksessa psykososiaalisen työn tuloksellisuutta. Psykososiaaliset hoitomuodot jaettiin tutkimuksessa seuraavasti: Verkostoituva supportiivinen sosiaalityö, joka keskittyy arjen, työllistymisen ja muiden selviytymisongelmien hoitoon ja jossa huumeiden käyttöön ei kiinnitetä erityishuomiota, strukturoituihin käyttäytymisterapioihin perustuvat ohjelmat, mukaan luettuna AA, NA tai retkahduksenesto-ohjelmat sekä psykoterapeuttiset ohjelmat. (SBU 2001, 58.) Tuloksista: Psykoterapioilla on suuri merkitys hoidossa pysymiseen opiaattien käyttäjillä. (Mt. 38.) Kokaiinin käyttäjillä psykoterapialla eikä supportiivisella hoidolla ollut merkitystä. Käyttäytymisterapialla oli jonkinasteinen merkitys. (Mt. 44.) Kannabiksen käyttäjille ei ole kehitetty mitään toimivia psykososiaalisia hoitomuotoja. (Mt. 48.)

Ruotsalaistutkimuksen mukaan narkomaanit pääsevät heroiinista eroon parhaiten Subutex-lääkkeen sekä psykososiaalisen hoidon avulla. Tukholmassa vuonna 2002 valmistunut ja toistaiseksi maailman pisin buprenorfiininhoitotutkimus vahvisti aiempia havaintoja. Tukholman Maria-klinikan hoito-ohjelmaan kuuluu asuminen, kuntoutus työhön, tapaaminen terapeutin kanssa kerran viikossa sekä käyttäytymisterapia ryhmissä. Terapiassa mietitään, mikä herättää heroinin käytön ja miten sitä voisi välttää. (Repo 2002.)

4 Organisaatio päihdekuntoutusta toteuttamassa

4.1 Organisaatiokulttuuri

Organisaatio kanssakäymisen muotona on hyödyllinen. Se saa aikaan järjestystä, kontrollia ja säännöllisyyttä. Jokaisessa organisaatiossa esiintyy valtaa ja kontrollia. Organisaatio tarkoittaa myös tiettyä rytmiä tehdä asioita. (Ahrne 1993, 59-62.) Organisaatiot yhdenmukaistavat tarverakennetta ja yksilöiden elämismaailmaa. Tila, aika sekä toiminnalliset rutiinit ovat sosiaalistavan vuorovaikutuksen rakenteita. Organisaation sosiaalinen konteksti, arkikulttuuri koostuu vuorovaikutustilanteista, kommunikaatiosuhteista ja symbolisista ilmauksista. (Laine 1997, 21-23.)

Kulttuuri vaikuttaa meidän tulkintaamme todellisuudesta ja tarkoituksesta, jonka annamme organisaation aktiviteeteille. (Brown 1995, 32.) Organisaatiokulttuuri määritellään useimmiten itsestään selvien sääntöjen, oletusten ja odotusten järjestelmäksi, jonka avulla

muodostetaan mielikuva siitä ympäristöstä ja niistä tapahtumista, joiden keskellä ollaan. Organisaatiokulttuuri on tietyn ihmisryhmän yleisesti omaksuma ajattelutapa, toimintaohjelma, viitekehys tai yleisesti omaksuttu näkemys, joka erottaa ihmisryhmän muista ihmisryhmistä. (Juuti 1992, 12.) Tämä työyksikön yhteinen ajattelutapa ja siihen liittyvät normit ja arvot, tavat, tekniikat, taidot ja välineet ovat syntyneet yksikön pyrkiessä selviytymään ulkoisen ympäristön haasteista sisäisen kiinteyden säilyttäen. Ne ovat sille ominaisia tiettyinä aikoina. (Mt. 41.) Organisaatiokulttuuri ilmenee myös fyysisenä tilana sekä kirjoitettuna ja puhuttuna kielenä. Se ilmenee myös arvoissa, mutta ilmaistut ja toteutettavat arvot eivät välttämättä ole samat. (Shein 1987, 32.) Organisaatiokulttuuri näyttäytyy käyttäytymisessä (Juuti 1992, 95). Käyttäytymisen perusteella on kuitenkin vaikeaa tehdä johtopäätöksiä arvoista, sillä samanlainen käyttäytyminen voi perustua erilaisiin intentioihin tai arvoihin. (Griseri 1998, 10.) Jotta voisi ymmärtää arvoja ja motiiveja, jotka ovat käyttäytymisen taustalla, täytyy kerätä aineistoa erilaisista lähteistä. (Mt. 13.) Käyttäytymisen havainnoiminenkaan ei auta arvojen kyseessä ollen. Me voimme kyllä nähdä käyttäytymisen, mutta ei sen intentioita. (Mt. 38.)

Ihmisten niin kuin organisaatioidenkin toiminta heijastelevat arvoja. Ihminen ilmentää toiminnallaan, valinnoillaan, joita hän tekee, sitä elämäkatsomusta ja niitä arvoja, joita hän on omaksunut. Ihmisen omaksumat arvot puolestaan heijastavat sitä yhteiskuntaa, jossa hän elää ja sitä organisaatiota, jonka jäsen hän on ja niitä rooleja, joissa hän on. Arvot vaikuttavat siihen, miten tulkitsemme ympäristöämme ja siihen millaisia keinoja (normit) käytämme noiden päämäärien saavuttamiseksi. Yhteisön tasolla arvot luovat kulttuurin syvärakenteen perustan. Arvot yhdentävät ryhmien ajattelua, ohjaavat toimintaa ja asettavat rajoja sallitulle toiminnalle. Arvot luovat myös perustan motivaatiolle. (Juuti 1992, 67-69.) Arvot ovat osa yhteisön kollektiivista uskomusjärjestelmää ja ylläpitävät tehokkaalla tavalla tuon uskomusjärjestelmän pysyvyyttä. Yhteisymmärrys arvoista tai yhteisymmärryksen puute näkyy käytännön toiminnan tasolla parhaiten. (Griseri, 1998, 154.) Organisaatiokulttuurissa vaikuttavat erilaiset arvot, näkemykset ja käytännöt voivat olla ristiriidassa keskenään, mutta se ei ole välttämättä paha asia vaan kehityksen edellytys. Aito ja avoin mielipiteiden vaihto tuo esille sellaisetkin ideat, jotka liialliseen konsensukseen pyrkiminen ja siloitellun julkikuvan luominen hukuttavat. (Laapio, 2000, 13.)

Arvot muuttuvat onnistuneen toiminnan kautta perusoletuksiksi. Perusoletukset vakiinnuttavat maailman, antavat sille merkitystä ja vähentävät ahdistusta, joka syntyisi ellemme tietäisi

kuinka jäsentää ympäristöä ja reagoida siihen. (Schein 1987, 320.) Organisaatiokulttuuri ilmenee perusoletuksina, käyttöteorian suhteessa ympäristöön (hallitseva, alisteinen, sopusointuinen, oman paikkansa löytänyt), oletuksina jotka ovat organisaation perustehtävän ja toiminta-ajatuksen pohjana. Käyttöteoria ilmaisee myös todellisuuden ja totuuden luonteen (huomion keskipisteenä toimintatavat ja tapa määritellä, mikä on merkityksellistä informaatiota.) Se ilmenee käsityksinä ihmisluonnon luonteesta (hyvä, paha, kehityskelpoinen) esimerkiksi, miten huumeongelmainen nähdään. Se ilmenee käsityksinä ihmisen toiminnan luonteesta (aktiivinen, passiivinen, mitä huumeongelmaiselle tulisi hoidossa tarjota ja miten). Se ilmenee ihmisten välisissä suhteissa (valta, hierarkia, läheisyys), miten arjen käytännöissä näkyvät vuorovaikutussuhteet ja valtarakenteet. (Mt. 32.)

Perusarvojen vakiintuminen saattaa joskus olla myös organisaatiolle dysfunktionaalista. Mitä enemmän opimme tekemään asioita ja vakauttamaan oppimaamme, sitä haluttomammiksi tulemme sopeutumaan, muuttumaan ja kasvamaan uusiin malleihin silloinkin, kun muuttuva ympäristömme vaatii tällaisia uusia malleja. (Schein 1987, 216.) Organisaatioita onkin arvosteltu siitä, että yksiköiden rutiinit nousevat tärkeämmiksi kuin itse asiakas ja hänen tilanteensa. Toisaalta rutiinit suojelevat työntekijöitä ahdistukselta perustehtävän suorittamisessa. Rutiinit voivat toimia välttämättöminä suoja mekanismeina ahdistusta vastaan. Esimerkiksi huumehoitotyö voi olla joskus henkisesti hyvin kuormittavaa, ja siinä joutuu sietämään monenlaista epävarmuutta ja nykyisin myös pelkoa. Hoito-ohjelman struktuurin muodostama formaalisuus ja rutiinit luovat toimivuutta ja turvallisuutta (Tourunen 2000, 204-205.)

Organisaation on päästävä yksimielisyyteen ulkoiseen sekä sisäiseen sopeutumiseen liittyvistä seikoista. Ulkoiseen sopeutumiseen liittyviä seikkoja ovat toiminta-ajatus, strategia, päämäärät, keinot, joita ovat organisaation rakenne, työnjako, palkitsemisjärjestelmät ja määräysvallan jakautuminen, tulosten arvioinnista sekä korjaavista toimista, jos päämääriä ei saavuteta. (Schein 1987, 68 ja Juuti 1992, 40.) Toiminta-ajatus kertoo sen, mitä organisaatio tekee tällä hetkellä. Strategia on tietoinen toimintasuunnitelma. Se on toiminnan taustalla oleva ajatusmalli, joka ylläpitää toiminnan johdonmukaisuutta. Se ilmaisee, missä organisaatio kokee olevansa tällä hetkellä. (Juuti 1992, 148.) Strategia ilmaisee myös, mihin pyritään ja miten sinne päästään. Kulttuuri vaikuttaa strategiaan. Se vaikuttaa siihen, mitä havaitaan ja mitä ei. Se luokittelee erilaiset ilmiöt. (Mt. 51.) Tuloksia on myös arvioitava ja mitattava, koska ympäristö on muuttuva ja on mahdollista keksiä parempia keinoja

päämäärien saavuttamiseksi tai strategian sisältö voi myös muuttua. Sisäiseen yhdentymiseen liittyvät tekijät, joista organisaation on päästävä yksimielisyyteen, ovat yhteinen kieli ja käsitejärjestelmä, työnjako ja vallankäyttö, palkkioiden ja rangaistusten käyttö. (Juuti 1992, 40.) On löydettävä myös yhteinen näkemys ryhmän rajoista, ryhmään kuulumisen ja ryhmästä poistamisen kriteereistä sekä yhteinen näkemys ideologiasta, jolla vaikutetaan hallitsemattomien asioiden aiheuttamaan ahdistukseen. (Schein 1987, 81.)

Organisaation hengissä säilyminen on pääasia. Joinakin hetkinä säilyminen voi olla organisaation ensisijaisena ongelmana ja tämän ongelman ratkaisusta, sen käsittelytavasta tulee ehkä kulttuurin perustekijä. (Schein 1987, 71.) Organisaation terveytenä voidaan pitää sen kykyä arvioida täsmällisesti, ovatko sen alkuperäiset oletukset suhteestaan ympäristöön oikeat sen itsensä ja ympäristön kehittyessä. Organisaation on kehitettävä kyky hankkia pätevää informaatiota, siirtää sitä organisaatiossa oikeisiin paikkoihin, tehdä tarvittavia muutoksia strategiaan, päämääriin ja keinoihin sekä mitata tuloksia. Organisaatio ei kohdistaa huomiotaan samassa määrin ympäristön kaikkiin osiin. Alueet, joihin se kohdistaa huomionsa ja joiden pohjalta syntyy oletuksia, muokkaavat ratkaisevalla tavalla organisaation maailmankuvaa ja niistä tulee siten sen kulttuurin ydintekijöitä. (Mt. 101-103.)

Huumehoitoa toteuttava yksikkö joutuu siis miettimään itseään suhteessa ympäristöönsä, perustehtäväänsä, toimintatapoihinsa, käsitykseensä huumeongelmaisesta asiakkaana ja siitä mitä hänelle tulisi tarjota ja miten. Huumehoitoa tekevä yksikkö joutuu käytännön työssä sopeuttamaan eri sidosryhmien eli asiakkaiden, päättäjien, johtajien, työntekijöiden erilaiset odotukset ja resurssit. Nämä kaikki vaikuttavat siihen, millaista käytännön hoito on.

4.2 Asiantuntijakulttuuri

Organisaatiokulttuurin yhteydessä voidaan puhua myös yksikön asiantuntijakulttuurista, joka näkyy esimerkiksi työyksikön puheessa, tavoissa, käsitteissä ja tulkinnoissa ja tavoissa, joilla työntekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ne ovat jaettuja ja standardoituja kehyksiä, joita käytetään toiminnan ennakointiin ja jäsennyksiin. Ne voivat ilmetä toimintayksikössä ja niiden välillä. (Forsberg 1998, 72.) Asiantuntijuus on sosiaalisesti jaettua, yliyksilöllistä ja toiminnassa näyttäytyvää. (Mt. 70.) Asiantuntijuus voi näkyä sovellettuna viitekehyksenä, kokonaistilanteen kontrollina, ohjeiden ja neuvojen antamisena, sanavalintoina. (Mt. 73.) Asiantuntijuus ei paikannu itsestään selvästi muodolliseen organisaatioon, vaan niissä

näyttäytyviin toimijoiden ylläpitämiin tilannesidonnaisiin konventioihin. Huomio voidaan kiinnittää ensisijaisesti konkreettisiin käytäntöihin, ihmisten tavanomaiseen arkiseen toimintaan. Ihmiset eivät toimi organisaatioissa vain formaalien sääntöjen mukaan. Virallisten sääntöjen ja perustehtävien toteutumien voima näyttäisi riippuvan ennen kaikkea niiden toteuttajista. Myöskin työntekijöiden viralliseen asemaan perustuva status on eri kuin oikeissa tilanteissa toteutuva status. (Mt. 63-64.) Organisaatiot realisoituvat ja muodostuvat viime kädessä erilaisissa tulkinnallisissa ja vuorovaikutuksellisissa käytännöissä.

Postmoderni tulkinta nykyajasta perustuu konstruktionistiseen käsitykseen tiedon tuottamisen ehdoista. Postmodernissa tulkinnassa maailma nähdään epävarmana, ja epävarmuus koskee myös asiantuntijuutta. (Hänninen 2001.) Asiantuntijuus on muuttunut modernista, maailman hallittavuuteen uskovasta professionaalisuudesta postmodernin maailman asiantuntijuuteen, jota leimaa epävarmuus, joustavuus ja moniammatillisuus. Postmodernin maailman asiantuntijuus näyttää rakentuvan suhteessa aikaan, paikkaan ja erilaisiin olosuhteisiin sekä toimintayhteyksiin kytkeytyneenä. Enää sen ei voi ajatella perustuvan modernin professionalismin käsitystavan mukaiseen universaaliin tietopohjaan. (Karvinen 2000,11 ja Hänninen 2001.) Ihmisten ongelmia ei voikaan enää standardoida eikä myöskään toimenpiteitä. Kysymyksenä onkin, pystyvätkö erilaiset hyvinvointivaltion toiminnot tunnistamaan ja kunnioittamaan monimuotoistuvan arjen erilaisia alakulttuureja ja elämäntyyplejä. Hyvinvointipalvelujen tuottamista vaikeuttaakin modernisaation eriaikaisuus. Hyvinvointivaltiota voi kutsua moderniksi rakenteeksi, joka pyrkii vastaamaan postmodernissa sosiaalisessa ja kulttuurisessa tilanteessa muodostuviin toiminnan ja toimijuuden ongelmiin. (Virkki 1997, 137-142.)

Sosiaalityö tai päihdekuntoutus ei ole ymmärrettävissä, mikäli professio ymmärretään vain modernista tai postmodernista näkökulmasta käsin. Asiantuntija ja asiakas on nähtävä toisiaan vastavuoroisesti rakentavina käsitteinä. Keskeistä on, että asiakas saavuttaa subjektina olemisen tunteen ja siihen kuuluvan vastuullisuuden. Vapaaehtoisuus, moninaisuus, tasavertaisuus, neuvottelut, reflektiot ja dialogi kuvaavat postmodernia asiakastyötä. (Raitakari 2002, 45-49.) Postmoderni asiakkuus on siis sekä mahdollisuuksia antavaa, epävarmuutta lisäävää ja näin yksilöille erittäin vaativaa. (Mt. 51.) On ruvettu puhumaan jopa kuluttajuudesta, kun puhutaan asiakkuudesta. Kuluttajuusdiskurssissa kansalaiset ovat yksilöllisiä valintoja tekeviä kuluttajia. Mutta valinnan vapauksia korostava individualistinen diskurssi voi olla jopa asiakkaille haitaksi. Yksi seuraus voi on se, että

suhtaudutaan kontrolloidusti niihin, jotka eivät mahdu kuluttajuusdiskurssiin. Nämä ihmiset voivat joutua toteamaan epäonnistuneensa elämässä, kun he eivät sovikaan annettuihin muotteihin eivätkä taivukaan integroitavaksi yhteiskuntaan (Juhila 2002, 12-13.)

Moderni asiantuntijuus ei kuitenkaan ole pelkästään kontrollia. Se tarjoaa vallankäytön lisäksi myös tukea heikon subjektiviteetin omaaville yksilöille. Parhaimmillaan moderni tarjoaa ammattilaisen vastuunoton tilanteissa, joissa yksilö on kykenemätön toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan. (Raitakari 2002, 53-54.) Jotta ihminen on subjekti, se tarkoittaa oikeuksien lisäksi myös velvollisuuksia. Esimerkiksi huumeongelmainen puhuu mielellään oikeuksistaan, mutta velvollisuuksien noudattaminen on usein vaikeaa. Vaikeasti huumeongelmaisen on vaikea toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan, koska runsas huumeiden käyttö murentaa oman kyvyn autonomisuuteen. Joissakin tilanteissa työntekijöiden on otettava asiakkaiden autonomisuus omiin käsiinsä, jotta asiakkaan hyvä edes jossain määrin mahdollistuisi. Tiedostava ammatillisuus on asiantuntijakäsitysten yhdistämistä ja ylittämistä (Mt. 56-59. Moderni asiantuntijuus ei välttämättä ole aina pahasta, vaan kyse on siitä että asiakkaasta välitetään.

Työyhteisön arkirutiinien ja asiantuntijuuden tuottamisen tärkeitä elementtejä ovat organisaation eri asemissa olevien yksilöiden tai ammattiryhmien väliset vuorovaikutusmuodot, kiistat, liittoutumiset ja verkostoitumiset. Näiden seurauksena syntyy valtarakenteita, jotka ilmenevät arkirutiineissa, vakiintuneissa arjen käytännöissä. Arkirutiinien tuotannossa tärkeässä osassa ovat eri ammattiryhmien ja eri asemassa olevien ryhmien tavat ilmaista itseään, antaa omalle toiminnalleen merkityksiä. (Forsberg 1998, 64.) Valta on tilanteita määrittäviä pelisääntöjä, jotka taas määrittävät päihdekuntoutusta ja sen pelisääntöjen jännitteissä korostuvat sosiaaliset ja kulttuurierot. Valta voi esimerkiksi ilmetä asiantuntijuutena siitä, mitä huumeongelma on ja miten sitä tulee hoitaa. (Tourunen 2000, 214.) Asiantuntijakulttuurit ovat siis perspektiivejä asiakkaiden ongelmiin. Ne merkitsevät siten eroja asiakassuhteissa ja suhteissa yhteistyökumppaneihin, työn organisoinnissa ja toteuttamisessa. (Forsberg 1998, 73.)

Kukin toimija tuo työryhmään oman huolensa ja näkökulmansa oman työtehtävänsä ja orientaationsa mukaisesti. Työryhmään kanavoituvat kaikki ne perinteet, taustasitoumukset ja vuorovaikutussuhteet, joita kullekin on kertynyt. Jokainen toimija kantaa oman viiteryhmänsä kulttuurista tietoutta. (Tourunen 2000, 98, 230-232.) Engeström kutsuu työyhteisön intressien

ja näkökulmien moninaisuutta moniäänisyydeksi. Ääni kuvaa toimijan näkökulmaa ja pyrkimyksiä vuorovaikutustilanteessa ja saa aineksensa toimijan taustayhteisöjen sosiaalisesta kielestä. Jännitteet ja valtasuhteet konkretisoituvat käytännön tilanteissa. (Engeström 1995, 48-51). Valtasuhte perustuu hoito-ohjelman ideologian mukaisena näkemyksenä esimerkiksi narkomaanin tarvitsemasta hoidosta. Asiakkaalla on myös näkemys tarvitsemastaan hoidosta. Usein hän myös katsoo tietävänsä paremmin tarvitsemansa hoidon; hän on käyttänyt aineita ja työntekijät eivät. Yhteinen intressi säilyy, kun molemmat osapuolet, asiakas ja hoitotaho hoitavat oman osansa. (Tourunen 2000, 231.) Moniäänisyydestä seuraa erilaisia tulkintaeroja hoito-ohjelmien ja sen periaatteiden toteuttamiseen. (Mt. 123.)

Hoito-ohjelman struktuuri ja säännöt voivat tarjota sekä työntekijöille että asiakkaille sopivat roolit ja selviytymisstrategiat, sillä päihdetyötä ei voi kokonaan riisua roolien esittämisestä eikä niihin liittyvistä rituaaleista. (Lehto 1991, 202.) Tourusen tutkimuksessa vankilan päihdekuntoutuksesta, päihdekuntoutus toimii vankilan sisällä, mikäli vankilan työyhteisö löytää yhteisesti hyväksyttävän tavan sijoittaa päihdekuntoutus vankilaan muun työn osaksi. Lisäksi työryhmän on löydettävä yhteisesti hyväksyttävä tulkinta päihdekuntoutuksen sisällöllisestä ja menetelmällisestä toteuttamisesta. Vangin tulee löytää mielekäs tapa irrottautua vankien päihdeiden käytön kulttuurista ja työntekijän että vangin on löydettävä yhteiset säännöt ja tavat toimia yhdessä päihdekuntoutuksen tavoitteiden suuntaisesti. (Tourunen 2000, 232..)

Hoito-ohjelman asiantuntijuus voi taipua hoidolliseksi tiukkuudeksi kuten Tourusen vankilan päihdeosaston tutkimuksessa. Tutkimuksessa hoidollinen tiukkuus ilmeni hoito-ohjelmana, jossa työntekijä pystyivät rajaamaan omaa työtään, määrittämään omat toimintaperiaatteensa, säilyttämään riittävän ulkoisen suhteen oppilaaseensa ja siirtämään vastuuta asiakkaalle itselleen. Hoito-ohjelma tavallaan pakottaa kohtaamaan oman elämänsä ja päihdeongelmansa sekä pakottaa kurinalaiseen yhteisöelämään. Se siirtää vanhaa käyttäjäidentiteettiä, mutta tarjoaa myös uuden identiteetin ja elämänmallin rakentamisen lähtökohtia. (Tourunen 2000, 221.) Kyse on asiakkaan toimintamahdollisuuksien rajaamisen (kontrollin) sekä toimintamahdollisuuksien lisäämisen (auttamisen) suhteesta päihdetyössä. Päihdetyöhön liittyy ristiriitaisia odotuksia, sillä asiakkaita tulisi sekä kontrolloida että auttaa.

Tässä tutkimuksessa organisaatiokulttuuria ja asiantuntijakulttuuria analysoidaan tutkimalla yksikölle asetettuja ulkoisia ehtoja, fyysisiä olosuhteita, ilmapiiriä, yksikön toimintoja,

käytäntöjä, käyttäytymistä, käsityksiä huumeiden käyttäjistä ja heidän tarvitsemastaan hoidosta, normeja, rutiineja, puhuttua ja kirjoitettua kieltä, sillä näitä analysoimalla selviävät organisaatiokulttuurin arvot, normit ja ajattelutavat. Yksikön kriisejä ja yllättäviä tilanteita analysoimalla, voidaan saada selville jotain oleellista organisaatiokulttuurin sisällöstä. Säilyäkseen hengissä organisaation on muodostettava yksimielinen käsitys yksikön toimintaan vaikuttavista sisäisistä ja ulkoisista seikoista. Yksimielisyyden tuloksena voi syntyä organisaation yhteinen asiantuntijuus, joka olisi tässä tutkimuksessa asiantuntijuutta huumeongelmaisen ylläpito-hoidosta. Asiantuntijuus ei kuitenkaan synny tyhjästä eikä yhdessä hetkessä. Asiantuntijuus on ja sen tuleekin olla jatkuvassa liikkeessä.

4.3 Organisaatio ja muutos

Yksikön kannalta uuden toiminnan tuominen jo toimivaan yksikköön tarkoittaa kriisiä. Kimmo Kevätsalo tiivistää työyhteisöjen kehittämishankkeiden kokemuksia siten, että muutospyrkimykset ovat hitaita ja niiden vastustus on voimakasta. Muutokseen sisältyy aina pelkoja, epävarmuutta ja ristiriitaisia etuja, jopa silloinkin kun muutoksessa nähdään olevan uusia mahdollisuuksia. Tyytymättömyyttä ilmaisevat eniten ne, jotka pelkäävät menettävänsä perinteisen organisaatorakenteen ja vakiintuneiden toimintatapojen tuomia etuja. (Kevätsalo 1999, 277-279.) Tiimityötä ja oman toimintakulttuurin muotoutumista vaikeuttavat myös nopea tempo, jolla toiminta joudutaan usein aloittamaan. (Törmä ym. 2002, 40.)

Muutokset aiheuttavat ahdistusta yksilöissä ja ne aiheuttavat työpaikoilla paljon paineita. Ne muuttavat työpaikan ryhmädynamiikkaa, koska työntekijät ovat verkkomaisesti riippuvaisia toisistaan. Yhden henkilön työnkuvan muutos voi muuttaa hänen sosiaalisen asemansa työpaikalla, ja uusi työntekijä voi vaikuttaa muiden työntekijöiden keskinäisiin suhteisiin. (Heiske 1997, 230.) Muutos voi herättää ristiriitaisia tunteita. Se voi tuntua sekä itsehallinnan kasvamisena tai sen pienenemisenä.

Muutoksen lähestyessä ihminen voi reagoida avautumalla tai sulkeutumalla. Avautumisessa ihminen käsittelee mielessään muutoksen ja avaa sille teitä. Sulkeutumisessa on kysymys siitä, että ihminen kieltäytyy todellisuuden kohtaamisesta ja lukkiutuu vanhaan. Kun todellisuus muuttuu on todellisuudentajuista nähdä sen muuttuvan ja reagoida muutokseen. Muutoksen pelko voi olla tarpeellista tai turhaa. Pelko voi olla terve reaktio outoon

tilanteeseen tai se voi olla tarrautumista vanhaan totuttuun. Rohkeus muutoksen edessä on omien pelkojen hallintaa. (Heiske 1997, 227-228.)

Muutoksen vastustaminen voi olla järkevä kannanotto. On olemassa muutoksia, jotka eivät ole järkeviä. Suuret muutokset vievät aikaa. Asianosaisten tulisi saada keskustella ja sulatella asioita. Kun ihmisestä tuntuu, että muutos tulee ulkoa, hänen asenteensa voi olla perusteltu. Pahinta on, jos muutos tuodaan työpaikoille hierarkkisesti yläpuolelta työntekijöiden kanssa keskustelematta. Keskustelun puute ruokkii epäluuloja ja vihamielisyyttä. (Heiske 1997, 235-237.)

Muutoksessa selviämiseen vaikuttaa ihminen itse, ympäristön suhtautuminen ja ulkoiset olosuhteet. Muutos, jossa itse ei voi tehdä mitään on vastenmielinen. Muutoksen kohteena oleminen on vastenmielistä ja loukkaavaa. Työyhteisössä tapahtuva muutos, josta ei ole neuvoteltu yhteisön sisällä tuntuu aina pahatahtoiselta teolta työntekijöitä kohtaan. On loukkaavaa, kun muutos tapahtuu heiltä kysymättä. (Heiske 1997, 243.)

Organisaatiolle ja sen työntekijöille muutos on helpompaa, jos se saa olla alusta asti mukana vaikuttamassa. Johdon pitää myös pystyä vakuuttamaan, ettei muutos ole työntekijöiden etujen vastaista. Työntekijöiden kehittyminen laskelmoivan luottamuksen asteelta todelliseen luottamukseen ja sitoutumiseen edellyttää kasvavaa mahdollisuutta suoraan osallistumiseen. (Kevätsalo 1999, 318-320.) Muutoksissa avoin keskustelu on tärkeää. On tärkeää, että työntekijät keskustelevalle työstään ja tunteistaan säännöllisesti. On myös tärkeää huomata, että on myös asioita joihin voi vaikuttaa, esimerkiksi työnjakoon, sisältöön ja toimintatapoihin. (Heiske 1997, 245-247.)

Muutostilanteisiin liittyy helposti ammattiryhmien välisiä konflikteja sekä ammatillista kontrollia, pyrkimystä säilyttää työntekijöiden toimenkuvan sekä asiakkaiden määrittämisen autonomia. (Tourunen 2000, 217.) Esimerkiksi päiväkeskustyöntekijöillä ei ole vahvaa koulutuksellista eikä hierarkkista asemaa, mutta vastarinta uutta toimintaa kohtaan perustui määrälliseen ja käytännölliseen vaikutusvaltaan ja siihen, että aina on tehty näin. Uusi toiminta haastaa eri ammattiryhmien ja eri toimintasektorien välistä yhteistyötä ja työnjakoa.

Yksiköiden sosiaalinen luonne tulisi ottaa huomioon. Lisäksi ohjelmien toimivuuden kannalta on tärkeää, että millaisissa olosuhteissa ja millaisista lähtökohdista ohjelmia pannaan

käytäntöön eikä niinkään se, että millainen on ohjelmien periaatteellinen sisältö. Toisin sanoen sekä sosiaalinen sisältö että kulttuuriset rakenteet tulisi ottaa huomioon. Erilaiset tulkintakehykset ja roolit, toiminnan rajat ja ehdot määrittävät usein interventioiden onnistumisen rajat. (Tourunen 2000, 27).

5 Tutkimuksen metodologia ja kysymyksenasettelu

5.1 Tutkimuskonteksti

Päiväkeskusten tavoitteita ovat päihdeongelman ratkaisuun, puutteelliseen asumiseen, muuhun aineelliseen avun tarpeeseen liittyvät sekä sosiaalisen tuen tarjoamiseen sekä henkisiin tarpeisiin vastaaminen liittyvät tarpeet. (Kaukonen 1992, 49.) Tutkimani päiväkeskus on sosiaaliviraston ylläpitämä yksikkö, joka perustettiin vuonna 1989 vastaamaan juuri edellä mainittuihin haasteisiin. Se palvelee yksinäisiä ja syrjäytyneitä auttamalla heitä suoriutumaan paremmin elämästään. Päiväkeskuksen tarjoamia palveluja ovat fyysiseen hyvinvointiin liittyvät peruspalvelut kuten henkilökohtaisen hygienian hoito, sekä ruokailumahdollisuus sekä terveydenhoito ja hoitoon ohjaus. Hoitotyössä pyritään tukemaan henkilön itsenäistä suoriutumista, ja syrjäytyneiden asiaa on pyritty tuomaan myös esille päättäjille, jotta syrjäytyneiden asemaa ja heidän suoriutumismahdollisuuksiaan yhteiskunnassa voitaisiin parantaa. Yksikkö tarjoaa tilana myös paikan, jossa erilaiset vuorovaikutussuhteet ovat mahdollisia. Yksikkö tarjoaa yhden mahdollisuuden elämäntavan muuttamiseen tai uudelleen järjestämiseen. Päiväkeskuksessa on mahdollisuus lukea lehtiä ja kirjoja ja katsella televisiota. Päiväkeskuksessa vastuu talon töistä ja toiminnasta ja järjestyksestä jaetaan palvelujen käyttäjien ja henkilökunnan kesken. Asiakkailla on mahdollisuus osallistua talon töihin ruokapalkkaa vastaan. Yksikössä etsitään uusia sosiaalityön ja terveydenhuollon lähestymistapoja, joihin liitetään mahdollisuuksien mukaan tutkimustoimintaa. (Ks. liite 2).

Matala kynnys on yksikön perusajatus. Se tarkoittaa, että palveluita saa ilman ajanvarausta ja vaikka olisi päihtynyt. Tarkoitus on saada kontaktipinta niihin, jotka muutoin ovat vaikeimmin tavoitettavissa. Vuosittainen päiväkeskuksessa asiakaskäyntien määrä on vakiintunut noin 25 000 käyntiin. Päiväkeskus on avoinna myös viikonloppuisin.

Toinen perusajatus on palveluiden maksuttomuus. Ainoastaan ruoka maksaa, muut palvelut ovat maksuttomia. Lisäksi päiväkeskus huolehtii lähellä sijaitsevan päihdeongelmaisille tarkoitetun 10-hengen soluasunnon asioista. Päiväkeskus tekee yhteistyötä muiden tahojen kanssa, muun muassa sosiaaliviraston muiden yksiköiden, yö-kahvila Kalkkersin, terveystieteiden, sairaanhoitoyhtymän sekä diakonissalaitoksen kanssa.

Päiväkeskuksen toiminta on ollut kulttuuriltaan hoivasuuntautunutta. Päiväkeskuksen asiakkaat ovat useimmiten erittäin huonokuntoisia sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti. Lisäksi he asioivat päiväkeskuksessa useimmiten päihtyneinä. Työskentelyotteen kannalta tämä merkitsee, että monia asioita joudutaan tekemään asiakkaan puolesta, sillä useimmiten he eivät siihen itse kykene. Sovitut tapaamiset tai tekemiset eivät usein onnistu, koska useimmiten juuri silloin asiakas ei tule paikalle. Työ on lähinnä kroonikoiden parissa tehtävää huolenpitotyötä, jolla saadaan elämänlaatua hetkeksi parannettua. Tavoitteeksi usein riittää asiakkaan täysi vatsa ja puhtaat vaatteet. Tavoitteena ei ole niinkään kuntoutua päihdeongelmasta, eikä kysymyksessä ole normaaliuden tai elämänhallinnankaan tavoite. Tavoitteena on antaa se onnenpipana tai mahdollisuus kohtaamiseen, joka joskus voi poikia jotain suurempaakin. Päiväkeskus on pysynyt perustoiminnoiltaan suhteellisen muuttumattomana koko toimintansa ajan. Vuonna 2001 kuitenkin tuli suuri muutos, kun päiväkeskuksen tehtäväksi annettiin myös opiaattiriippuvaisten metadoniylläpito-hoidon järjestäminen. Metadonihoito tuli päiväkeskukseen muiden palveluiden rinnalle samoihin tiloihin. Päiväkeskuksessa on 10 metadoniasiakkaille tarkoitettua paikkaa.

Yksikössä työskentelee kolme lähihoitajaa, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaaliohjaaja, kolme ohjaajaa, keittäjä, kaksi laitosapulaista sekä johtaja. Yhteensä henkilökuntaa on 13 ja lisäksi lääkärin ostopalvelut, joita on neljä tuntia viikossa. Johtaja vastaa yksikön toiminnasta ja sen sisällöstä, henkilöstöstä, taloudesta sekä toiminnan kehittämisestä sekä yhteistyöstä. Sairaanhoitajista toinen vastaa asunnottomien terveydenhuollosta ja toinen metadonityöstä, mutta molemmat työskentelevät myös toistensa työpisteissä. Ohjaajat työskentelevät enimmäkseen päiväkeskusasiakkaiden parissa ruoka-, hygienian sekä ohjaus- ja neuvontatehtävissä. Sosiaaliohjaaja hoitaa asiakkaiden sosiaaliturva-asioita sekä lisäksi toimii metadonihoidossa psykososiaalisen hoidon toteuttajana. Lähihoitajat tekevät sekä päiväkeskustyötä että metadonityötä. Metadonityöhön kuuluu lääkehoidosta huolehtiminen sekä psykososiaalisen hoidon toteutus. Keittäjä huolehtii yksikön ruokahuollosta ja laitosapulaiset toimivat keittiössä ja pesulassa sekä huolehtivat siivouksesta. Päiväkeskuksen

työntekijät hoitavat läheisen 10-hengen soluasunnon asukkaiden asumisen tukemisen sekä päiväkeskuksen sairaanhoitaja käy kaupungin ensisuojaissa hoitamassa sen asiakkaita kerran viikossa.

5.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni perusajatuksena on muodostaa mielikuva siitä, miten organisaatio on vuorovaikutuksessa ympäristöönsä ratkaissut ulkoisen sopeutumisen ja sisäisen eheytensä pääongelmia koskien ylläpitohoidon järjestämistä ja psykososiaalisen hoidon sisältöä. Kiinnostuksen kohteena eivät ole yksittäiset työntekijät, vaan se millaisen hoito-ohjelman ja hoitokulttuurin, asiantuntijuuden yhteisö on yhdessä luonut ja miten se on muuttunut kahden vuoden havainnointijakson aikana ja millaisia ongelmia on tullut eteen. Analysoin, millaisin resurssein työtä tehdään. Organisaation käännteentekevät tapahtumat ja konfliktit, jotka liittyvät organisaation ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin, ovat analyysin kohteena. Kentän konflikteissa on kysymys olemassaolosta, moniäänisyydestä ja oikeasta tiedosta, mikä on hyvää ja oikeaa huumehoitoa? Se on taistelua arkipäivässä. Tutkittavassa yksikössä konfliktit liittyivät epävarmuuteen huume politiikan ja päihdekuntoutuksen tavoitteista, organisaation mahdollisuuksiin sekä asiakkaiden valtaviin odotuksiin. Konfliktitilanteet ovat hedelmällisiä tutkimustilanteita, sillä niissä toiminta muuttuu ja normittuu. Ei ole olemassa yhtä ainoaa totuutta ja todellisuutta, vaan ne muuttuvat ajan ja ympäristön vaikutuksesta, niin myös käsitys siitä, mitä huume hoidon tulee pitää sisällään. Hoito sisältää perusoletuksia huumeongelmaisista ja heille sopivasta hoidosta, ja nämä käsityksetkin ovat jatkuvassa muutoksessa ja prosessissa. Se, miten yksikkö ratkaisee hoitoon sisältyvät ristiriitaisuudet ja odotukset, eli miten työ tulee tehdyksi, on havainnoinnin kohteena. Yritän saada perusoletukset esiin havainnoinnilla ja haastatteluilla. Yritän siis havaita asioita ja tulkita niiden syvempiä merkityksiä, jotka vaikuttavat konkreettisten yksilöiden ja tilanteiden taustalla. Havainnoinnin ja haastattelujen lisäksi käytän työntekijöiden tuottamaa kirjallista aineistoa.

Koska tutkimus on ammatillinen lisensoitutyö ja itse johdan tutkimaani yksikköä, näen tutkimuksella olevan merkitystä oman työn kehittämisen suhteen. Oman yksikköni työtä analysoimalla voin saada tärkeätä tietoa psykososiaalisen työn sisällöstä ja sen toteuttamisesta. Tämä tieto voi olla myös muille toimijatahoille tärkeää.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kuvaus yhden päihdehuollon yksikön asiantuntijuuden muotoutumisprosessista. Tavoitteena on siis kuvata kulttuurista, vuorovaikutuksellista ja toiminnallista prosessia, jonka kautta yksikkö kehittyi. Se käsittää ongelmia ja niiden ratkaisuja sekä fyysisiä olosuhteita. Kyseessä on ymmärtävä selittäminen, miten prosessi tapahtuu ja miksi? Kuvaus voi tuoda uuden tavan katsoa asioita muiden tapojen rinnalle.

5.3 Etnografinen tapaustutkimus

Tapaustutkimus ei ole tutkimusmenetelmä vaan tutkimuksellinen näkökulma. Se on useimmiten kvalitatiivista tutkimusta. Tapaustutkimukselle on luonteenomaista, että yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia tuotetaan yksityiskohtaista tietoa. Olennaista on, että käsiteltävä aineisto muodostaa tavalla tai toisella kokonaisuuden, siis tapauksen. Tapaustutkimuksessa tapaus voi olla yksilö, perhe, yhteisö, organisaatio, tapahtuma, tapahtumasarja, prosessi, fyysinen yksikkö tai tilanne. (Saarela-Kinnunen ja Eskola 2001, 159, 162.) Tapaus on rajattava muusta maailmasta ja kerrottava valintakriteerit. Prosessin alku- ja loppukohdat ja tilanneyhteydet on myös määriteltävä. Tutkimustapaus voidaan määritellä joko niin, että tutkittava tapaus on mahdollisimman tyypillinen, jonkinlainen rajatapaus, ainutkertainen, poikkeuksellinen tai opettava tai se voi olla myös paljastava, jolloin tutkijan on mahdollisuus päästä kiinni ennen tutkimattomaan ilmiöön. (Mt. 163.) Tapaustutkimuksella saadaan selville formaaleja ja epäformaaleja prosesseja. Tapaustutkimus mahdollista prosessinomaisen, kontekstisidonnaisen ja pitkäjännitteisen tarkastelun. Tapaustutkimus lisää ymmärrystä ja sopii tilanteisiin, jotka vaihtuvat, muuttuvat, ovat salaisia epätavallisia ja ei-muodollisia. (Hartley 1994, 210-214). Tapaustutkimus tuottaa luokitteluja, käsitteellisiä välineitä ja selityksiä erilaisille ilmiöille. Nämä auttavat ilmiön syvällisessä ymmärtämisessä. (Alasuutari 1994, 205.) Tapaustutkimuksessa teoriaa ei tarvitse olla välttämättä etukäteen, mutta jonkinlainen teoreettinen viitekehys on tarpeen, muuten voidaan tuottaa kuvausta, jolla ei ole laajempaa merkitystä. Teoreettisen viitekehyksen tulee olla laaja ja pystyä muuttumaankin. (Hartley 1994, 210, 217-218).

Tieteellisestä tiedosta on usein liian jäykkä käsitys. (Fook 2000, 3.) Tieteellisen teorianmuodostuksen mukaan tieto tulee voida yleistää niin, että kontekstin, ajan ja paikan vaikutus saadaan häivytettyä siten, että sitä voidaan testata yli ajan ja muutosten. Todellinen tieto on siten kontekstivapaata sekä epäpersoonallista ja tulkinnoista vapaata. Tämän mukaan

teoria sopisi kaikkiin tilanteisiin, mutta käytännössä näin ei käykään; teoria ei toimikaan eri konteksteissa. Tiedosta tulee vähemmän yleistettävää, käytäntöön sopimatonta. Etenkin sosiaalitieteissä on persoonallinen, kontekstisidonnainen, käytännöstä lähtevä kokemus arvokasta. (Fook 2001, 1-5.) Tavoitteena tulisi olla muodostaa teoriaa käytännöstä. Käytännöissä karttunut hiljainen tieto tulisi saada näkyväksi sekä myös arvostetummaksi, oikean teorian asemaan. (Fook 2000, 1.) Sosiaalityön käytännön tutkimuksen tarkoituksena on siis oman työn teoretisointi, niin että se on merkityksellistä myös muille. (Fook 2001, 1.) Käytännöllisellä tutkimuksella on vaikutuksia sosiaalisiin ohjelmiin ja käytäntöihin. (Hall 1996, 14.)

Tarvitaan sekä tieteellistä että kontekstuaalista teorianmuodostusta ja työntekijän rooli on sekä tutkijan että käytännön asiantuntijan. Tutkimusten tulisi enemmän perustua metodologialtaan tapaustutkimuksiin ja erilaisiin käytäntöihin ja sosiaalityön holistisuus sekä monitieteellisyys tulisi ottaa huomioon. Käytännöissä tulisi ottaa huomioon, että voitaisiin tehdä tutkimusta ja koulutuksessa olisi otettava huomioon sekä tutkimus että käytäntö (Fook 2001, 7.) Tiedolla, joka ei tavoita sosiaalityön moniulotteisuutta sen käytännöissä, ei ole suurta sovellusarvoa tai selitysvoimaa. Sosiaalitutkimuksessa on tärkeää soveltaa joustavasti useita erilaisia strategioita, lähestymistapoja ja menetelmiä. (Karvinen 2000,13.)

Fookin mukaan inklusiivinen näkökulma teoriaan soveltuu hyvin sosiaalitieteisiin.

Inklusiivisen teoriakäsityksen mukaan käytännön kokemus on erilaista eri näkökulmista katsottuna. Kokemus on sekä persoonallista että sosiaalista, mutta se on silti kokonaisvaltainen kokemus, jonka haluamme tutkittavaksi. Inklusiivisen näkökulman mukaan on tärkeää, että aikaisemmalla teorialla on mahdollisimman vähäinen vaikutus. Perspektiivien moninaisuus on oleellista ja metodien on sovittava kokemuksen arvioimiseen ja tutkijan ja käytännön asiantuntijoiden perspektiivien tulee näkyä yhdessä. (Fook 2000, 9.) Inklusiivisen näkökulman mukaan teorian muodostajia ovat sekä tutkijat että käytännön asiantuntijat. Teorian tulee olla tehokas auttaessaan muuttamaan ongelmallisia tilanteita sekä vähentäessään epätehokkaita ja huonoja käytäntöjä. (Mt. 13.)

Tapaustutkimuksen tuotoksena syntyneet teoriat, selittelyt ja luokitellut eivät ole suoraan yleistettävissä muihin tilanteisiin ja ilmiöihin, mutta tutkimus voi tuottaa jotain, mikä voi olla yleisemminkin kiinnostavaa ja olla siirrettävissä toisiin konteksteihin. (Fook 2000, 6.) Siksi se pyrkiikin universaalin teorianmuodostuksen sijasta spesifimpään teoreettiseen

tutkimuskohteensa kuvaukseen. Yleistettävyyttä tärkeämpi kriteeri on, että onnistutaanko tekemään teoreettisesti tiivistä kuvausta vai ei. (Pösö 1993, 30-31.) Tapaustutkimuksessa tapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen on tärkeämpää kuin yleistäminen. Siinä yleistäminen on analyyttistä yleistämistä. Kun tutkimus on kuvattu hyvin ja käsitteellistämisessä on onnistuttu, tapauksen monipuolinen erittely antaa aineksia yleistettävyyteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleistyksen tehdään suoraan aineistosta kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleistyksen tehdään tulkintoista ei suoraan aineistosta. (Saarela-Kinnunen ja Eskola 2001, 163.)

Tapaustutkimuksessa toistettavuus voi olla ongelmallista. Toistettavuutta voidaan lisätä aineiston luetteloinnilla, tutkintaoperaatioiden pilkkomisella vaiheisiin, ratkaisusääntöjen ja tulkintasääntöjen kuvaamisella. Eli luetellaan ne yksiköt, joihin tulkinta perustuu ja määritellään analyysiyksiköt, esimerkiksi lausumat puheen tulkinnassa. (Mäkelä 1994, 57.) Toistettavuutta voidaan parantaa kertomalla kuinka termit on määritelty, kuinka faktoja on kuvattu, selitetty tai ennustettu ja kuinka arviot ovat esitelty arvioinnissa.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa monin eri tavoin. Sitä voidaan lisätä kertomalla huolellisesti, miten tutkimus on tehty. (Saarela-Kinnunen ja Eskola 2001, 160.) Esihaastatteluilla voidaan parantaa reliabiliteettia, kun nähdään, miten kysymykset toimivat ja miten eri yksilöt ne ymmärtävät tai voidaan verrata kuinka kaksi eri tutkijaa analysoi samaa dataa. Voidaan myös miettiä tuloksia todennäköisyyden valossa: onko väite todennäköinen suhteessa tietoihin ja onko se uskottavaa suhteessa ilmiöön. Kirjallisuuteen ja muuhun tehtyyn tutkimukseen viittaamalla voidaan sekä triangulaatiolla voidaan parantaa luotettavuutta. (Hirsjärvi 1997, 215.) Triangulaatio voi vähentää perusteetonta varmuutta esimerkiksi tutkimustulosten suhteen sekä se voi rikastuttaa tulkintoja.

Tämä tutkimus on tapaustutkimus, joka tuottaa tietoa tietystä yksiköstä tiettyä ajanjaksona. Samanlaisena se ei varmastikaan ole toistettavissa eivätkä sen tulokset ole totuuksia eikä niitä sellaisenaan voi yleistää. Tutkimus voi parhaimmillaan kuitenkin lisätä tietämystä vaikeasti huumeongelmaisten asiakkaiden hoitamisesta ja hoidon haasteista. Tutkimus yrittää saada haasteellista ja usein vaikeaaakin työtä suorittavien ääntä kuuluviin. Saatava tietämys voi olla avuksi kun suunnitellaan uusia hoitoja ja mietitään niiden tarvitsemia resursseja. Se voi kertoa myös jotain siitä, mitkä voivat olla realistisia hoidon tavoitteita. Tutkimuksessa on seurattu yksikön tilannetta yli kahden vuoden ajalta. Havainnoista tehty analyysi ei perustu

mihinkään yksittäisiin, satunnaisiin asioihin, vaan niihin teemoihin, jotka ovat nousseet aineistosta ja ovat olleet ajankohtaisia havaintojakson aikana. Toinenkin tutkija olisi varmasti löytänyt samat teemat. Yksikön kokemuksia on vertailtu myös muiden yksiköiden kokemuksiin.

Etnografialla ei ole yleistä määritelmää. Etnografian erityispiirre on kulttuurisen tiedon esilletuonti, yhteisöjen syvälinen kuvaus tai seikkaperäinen vuorovaikutusmuotojen kuvailu. Käyttäytyminen on yhteisön ilmausta. Perustana ovat luonnolliset tapahtumat, mutta ne eivät ole itsessään puhdasta dataa, vaan niitä vasta tulkitaan. Myöskään tutkittavan näkemys ei ole selitys. (Silverman 2000, 287.) Etnografisessa tutkimuksessa kulttuuri ja sen merkitykset ovat yhteisiä ja jaettuja. Kulttuuri liittyy kontekstiin. Toimijat ovat kulttuurisen tiedon kantajia. Ymmärtävällä kuvauksella ei vain luetteloida ja kuvata vaan tulkitaan sosiaalisia tapahtumia, käyttäytymistä ja instituutioita ja niiden kontekstuaalisia merkityksiä. Merkityksiä luovilla tilanteilla on historiansa ja kiinnikkeensä laajemmassa tapahtumaympäristössä. Merkitykset ovat sosiaalisen todellisuuden tuotetta ja osallisina tämän todellisuuden tuottamisessa. Merkitysten tutkiminen ohjaa organisaation, ajan, tilan ja rutiinien tarkastelua. (Törrönen 1999, 25-26.) Etnografia voi tarkoittaa useammanlaisten tietolähteiden ja useiden metodien käyttöä tutkimuskohteen tutkimisessa. (Forsberg 1998, 81.)

Etnografinen tutkimus tapahtuu vaiheittain. Ensin valitaan yhteisö tai sosiaalinen tilanne, jota tutkitaan. Seuraavaksi kerätään aineistoa osallistuvalla havainnoinnilla ja tehdään havainnoista muistiinpanoja. Tämän jälkeen tehdään merkitysanalyysiä, jonka jälkeen tehdään fokuoituja havainnoita. Näiden havainnointien perusteella tehdään yksityiskohtaisempaa analyysiä, jonka jälkeen tehdään valikoivaa havainnointia, sitten tehdään osa-analyysiä ja lopuksi esitetään kulttuurinen malli ja kirjoitetaan etnografia. (Spradley 1980, 182.)

Etnografi ottaa osaa peitetysti tai salaisesti ihmisten elämään tietyn ajanjakson aikana, katselee ja kyselee. Etnografi kerää mitä tahansa materiaalia. Hän tuo esiin ne rutiinit ja tavat, joilla ihmiset selviävät ja toimivat arkisessa elämässään. Tutkijan metodit ovat tutkimuksen keskeisiä osia ja niin analyysin lähteitä kuin kohteita. Näin ollen tutkijan kenttäsuhteet kertovat tutkimuskohteesta sisällöllisesti paljon eikä niitä tule analysoida ainoastaan tutkimusmateriaalin validisuuden tai luotettavuuden nimissä. Oman tutkijuuden tutkimus ja

tutkimusprosessin näkyväksi tekeminen on tärkeää. (Pösö 1993, 28-30.) Tutkija vaikuttaa tutkittaviin ja myös tunteet vaikuttavat tutkimusprosessiin (Hartley 1994, 222).

Etnografia sopii organisaatioiden tutkimukseen. (Silverman 2000, 53). Etnografia avaa mahdollisuuksia ainutkertaisen tapahtumatilanteiden laajempien kulttuuristen ja institutionaalisten merkitysrakenteiden ja kontekstien huomioimiseen, mikäli ne osoittautuvat merkityksellisiksi sosiaalisten käytäntöjen tasolta lähtevissä tarkasteluissa. Etnografia tarjoaa mahdollisuuksia myös muiden kuin kielellisten ulottuvuuksien tarkasteluun, esimerkiksi materiaalin tai tilojen tarkasteluun. (Forsberg 1998, 68.) Myös valtasuhteiden tarkastelu on tärkeää, sillä valta liittyy aina organisaatioihin ja sen toimijoihin (Virkki 1997, 141). Ajatuksiamme, tunteitamme ja tapojamme muokkaavat ne suhteet, joihin olemme sosiaalistuneet. Sisäistyneet valta-, kommunikaatio- ja toimintasuhteet vaikuttavat meissä ja vuorovaikutuksessamme muiden kanssa. Ihmisten kohtaaminen tuo esiin aina joitakin kulttuurin puolia. (Laine 1997, 29.)

Etnografialla voidaan hahmottaa toiminnan perusulottuvuuksia ja maailmankuvallisia reunaehtoja, joiden kautta myös vieras voi ymmärtää yhteisössä esiintyviä erilaisia käyttäytymis- ja ajattelutapoja. Etnografia on tulkintaa, jossa tutkija yhdistää teoreettisen tietämyksen ja tutkittavien näkökulmat ja tulkitsee tutkittavien tulkintoja oman tutkimusprosessinsa läpi. (Tourunen 2000, 29.) Etnografisin menetelmin voidaan lisätä ymmärtämystämme organisaatioista, johtamisesta ja työelämästä yleensäkin. (Mt. 27.) Etnografisen tutkimusotteen avulla voidaan paljastaa organisaation jäsenten omaksumat arvot ja toimintatavat. Voidaan myös saada selville, millaiset ajattelutavat ja arvot toimivat kussakin tilanteessa sekä ihanteiden ja todellisuuden välinen ero. (Mt. 132.)

Etnografinen tiedonmuodostus perustuu induktiiviseen malliin, jossa edetään yksityisestä yleiseen. Etnografisessa lähestymistavassa käsitteelliset teemat nousevat aineistosta. Käsitteet myös kehittyvät tutkimusprosessin aikana ja tulevat aina vain kapeammiksi. (Hall 1996, 39.)

On olemassa erilaisia etnografisia suuntauksia. Holistisessa etnografiassa etnografi ottaa osaa ihmisten arkeen ja viettää aikaansa heidän kanssaan. Hän katselee, kuuntelee ja kyselee kysymyksiä. Hän kerää useammanlaista aineistoa tutkittavasta asiasta. (Hammersley ja Atkinson 1996, 1.) Käytännöllisessä etnografiassa huomio kohdistetaan tapoihin, joilla ihmiset antavat merkityksiä sosiaaliselle todellisuudelle ja järjestävät sitä erilaisiin

käytännöllisiin tarkoituksiin organisoituvassa sosiaalisessa toiminnassa. Ihmisiä katsellaan ja kuunnellaan heidän todellisuutensa ja kokemustensa luojina ei niinkään olemassa olevina todellisuuden selostajina. Tässä prosessissa tutkija on dialogissa tutkittavien kanssa. (Forsberg 1998, 69.).

Etnografista tutkimusta voidaan tehdä myös konfliktien näkökulmasta, jossa toiminnan osapuolet joutuvat omia tavoitteita ajaessaan intressiristiriitaan keskenään. Konfliktit syntyvät tilanteissa, joissa ihmiset eivät pyri vain kommunikoimaan ja ymmärtämään toisiaan, vaan yrittävät myös vaikuttaa toisten käyttäytymiseen ja toimia itse ympäristön kannalta hyväksyttävästi. Konfliktien syntymistä helpottavat asenteelliset stereotyyppiset kuvat toisista ryhmistä sekä tarve oman sosiaalisen identiteetin vahvistamiseen muista erottautumalla. Konflikteissa osapuolilla on erilaiset tulkintakehykset. Konflikti koskee sitä, miten kohteena oleva ilmiö tai tilanne olisi nimettävä, määriteltävä tai mihin kontekstiin sijoitettava. Kukin tulkintakehys on näkökulma todellisuuteen. Konfliktissa kyse siis todellisuuden luonteesta, siitä miten sitä tulkitaan ja tuotetaan näiden tulkintojen avulla. Konfliktitilanteen avulla luodaan maailmaan järjestystä ja määritellään toimijoiden asemaa ja roolia yhteisössä. (Mt. 28-31.) Konflikteilla voi olla myös myönteisiä seurauksia.

Tämä tutkimus on etnografinen tapaustutkimus konfliktien näkökulmasta. Se sisältää myös elementtejä holistisesta ja käytännöllisestä etnografiasta. Tässä tutkimuksessa etnografia tarkoittaa ylläpitohoitoa koskevien merkitysten tutkimista sosiaalisissa tilanteissa, toiminnassa, käyttäytymisessä ja ajattelutavoissa yhdessä yksikössä tietyn ajanjakson aikana. Yksikön ja sen työntekijöiden toimintaan ja ajattelutapoihin vaikuttavat yksikön sisäiset ja sen ulkopuoliset tekijät. Toiminta raamittuu ja muotoutuu erilaisissa konflikteissa. Näistä muodostuu yksikön ylläpito-hoidon kulttuuri, asiantuntijuus siitä, miten ylläpitohoitoa tulee toteuttaa. Aineisto kerätään useilla menetelmillä pitkän ajan kuluessa. Yritän tulkita tutkittavien tulkintaa asioista oman tutkimusprosessini läpi. Olen ottanut osaa työntekijöiden arkeen keräten kaikenlaista tietoa siitä, mitä ympärilläni tapahtuu. Olen kuunnellut ja katsellut sekä kirjoittanut muistiinpanoja yli kahden vuoden ajalta. Lisäksi työntekijät ovat kirjoittaneet minulle erilaisista teemoista. Waddingtonin mukaan kenttätö on vaativaa ja ristiriitaista toimintaa. Kenttätö merkitsee kiinnittymistä ja puolueettomuutta, lojaalisuutta ja petosta, avoimuutta ja salaisuutta, rakkautta ja vihaa (Waddington 1994, 121.) Voin yhtyä Waddingtonin sanoihin: Olen ollut osallisena ja sivustakatsojana, tukijana ja tuettavana, asiantuntijana ja maallikkona, työntekijänä ja johtajana sekä urkkijana ja tiedonjakajana.

Kaiken kaikkiaan tutkimusprosessi on temmannut mukaansa täysipainoisesti, niin että asioita tulee mietittyä kotona ja öisinkin. Tutkimusraportti tuntuu yhdessä työntekijöiden kanssa laaditulta ja uskon sen kertovan jotain tärkeää huumehoidon todellisuudesta.

5.4 Aineisto ja sen keruu ja käsittely

Tutkimuksen aineisto on kerätty yhdestä metadoniylläpitohoitoa toteuttavasta yksiköstä Tähän yksikköön kaikki potilaat tulevat erään sairaanhoitoyhtymän opioidiriippuvuuspoliklinikalta, poliklinikan valikoimina ja valmistelemina. Aineisto on kerätty teemahaastatteluilla sekä havainnoimisen menetelmällä. Lisäksi työntekijät ovat kirjoittaneet teemoista, joita olen heille antanut, ja jotka ovat nousseet esiin havainnoinnin seurauksena Aineistokokonaisuuksia ovat puretut teemahaastattelut, havaintomuistiinpanot, työntekijöiden kirjoittamat tekstit sekä yksikön hoitofilosofia, hoitosopimus, hoitosuunnitelma sekä viikkosuunnitelma.

Aineiston määrät: litteroitua haastatteluaineistoa on 50 liuskaa, muistiinpanoja 5 a5-vihollista, vapaamuotoinen ”kyselyaineisto” tietyistä teemoista 8 liuskaa, tapauselostuksia 20 sivua, yksikön virallisia muistiinpanoja esimerkiksi kokouksista 20 sivua sekä yksikön virallisia dokumentteja 10 sivua.

Erilaisia aineistoja olen käyttänyt erilaisten kysymysten tai prosessien tarkasteluun. Aluksi havainnoin aineistoani katsellen ja kuunnellen noin vuoden verran sekä keskustelin vapaasti työntekijöiden kanssa. Noin vuoden kuluttua tein teemahaastattelut sekä jatkoin havainnoimista. Noin puolestatoista vuodesta lähtien työntekijät ovat myös kirjoittaneet vapaasti minulle erilaisista teemoista, jotka olen heille antanut. Monia menetelmiä käyttämällä olen yrittänyt saada esiin yksikön yhteisen käsityksen ylläpitohoidon toteuttamisen omaksumisen prosessista, niin ettei se pohjautu yksittäisiin yllätyksellisiin asioihin, vaan että käsitellyt asiat ovat toistuvia ja kuvaavat koko aineistoa.

5.4.1 Haastattelu

Teemahaastattelut tein kaikille metadonihoidon työntekijöille, jotka työskentelevät kyseisessä yksikössä. Haastatteluja on kuusi. Haastattelut on litteroitu kokonaisuudessaan. Kukin haastattelu kesti noin tunnin ja ne tehtiin johtajan huoneessa. Haastattelut on annettu

tilanteessa, jossa yksikössä oli kriisi kaikkein suurimmillaan johtuen vaikeista asiakastilanteista. Työntekijät kertoivat mielellään kokemuksistaan.

Haastattelun tehtävänä on välittää kuva haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. Tutkijan käsitys todellisuudesta määrää, miten hän asiaa lähestyy. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, joka tähtää informaation keräämiseen ja on siis ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa. (Hirsjärvi 2000, 41-43.) Haastattelu on hyvä menetelmä esimerkiksi silloin, kun on kyse asiasta, josta ei paljon tiedetä tai halutaan tutkia arkoja tai vaikeita aiheita. (Mt. 35.) Haastattelut voidaan jakaa strukturoituun lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun sekä strukturoimattomaan haastatteluun.

Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt teemahaastatteluja. Teemahaastattelussa keskustelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin. Kysymysjärjestys ja kysymykset ovat avoimia. (Hirsjärvi ja Hurme 1993.) Teemahaastattelussa tutkittavat puhuvat vapaasti. Tutkijan vaikutus vastauksiin pyritään minimoimaan, koska kysymyksiä ei ole muotoiltu tarkasti. (Grönfors 1985, 106.) Haastattelijan tulee kuitenkin varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään haastattelussa läpi, mutta niiden laajuus ja järjestys vaihtelee haastattelusta toiseen. (Eskola ja Vastamäki 2001, 27.) Teemojen muodostamisessa tulisi käyttää sekä intuitiota, aikaisempaa aiheesta kirjoitettua kirjallisuutta ja aihetta koskevia teorioita. (Mt. 33.) Tutkimuksen tavoitteet saavutetaan parhaiten, kun haastattelijan ja haastatellun välillä ei ole hierarkkista suhdetta ja tutkija laittaa oman persoonansa peliin vuorovaikutussuhteessa. (Hall 1996, 13.)

Tässä tutkimuksessa olen itse haastatellut yksikön työntekijöitä. Olen työskennellyt yksikössä vuosia ja henkilökuntani on ollut pysyvää. En ole luonteeltani autoritäärinen ja minua on työntekijöiden mukaan helppo lähestyä. Yksikön vuosia kestänyt projekti on ollut oppia puhumaan vaikeistakin asioista suoraan ja heti. Yksikön avoimesta mielipiteiden vaihdosta on merkinä vähäinen työntekijöiden vaihtuvuus, vähäiset poissaolot ja hyvä työilmapiiri. Voisin otaksua, että haastatteluissa työntekijät ovat rehellisesti puhuneet niistä asioista, jotka ovat kokeneet tärkeiksi. Lisäksi haastatteluissa, havainnoinnissa ja vapaissa keskusteluissa samat asiat ovat nousseet samanlaisina esiin. Kysymysjärjestys on vaihdellut ja kysymykset ovat olleet avoimia, ja joissakin haastatteluissa on keskitytty enemmän johonkin teemaan kuin johonkin toiseen. Haastattelut tein johtajan huoneessa, jota siis myös työntekijät käyttävät tarvittaessa. Myös asiakkaat käyvät johtajan huoneessa antamassa virtsatestit, joten

huoneeseen ei liity suuria valta-asetelmia. Teemahaastattelut on tehty vuoden kuluttua metadonihoidon aloittamisesta. Haastatteluun valitut teemat ovat nousset havainnoinnin seurauksena. Tallennetut haastattelut olen purkanut kokonaisuudessaan auki tekstiksi.

Tutkimukseni pääteemoja ovat hoidon tuleminen jo toimivaan, muuta työtä tekevään yksikköön, käsitykset huumeongelmista, hoidon sisällöstä, asiakkaiden ongelmista, ongelman ratkaisusta, auttamisen tavoitteista sekä hoitosuhteesta ja sen ongelmista.

Strukturoimattomia haastatteluja olen myös tehnyt työyksikössä. Havainnoinnin yhteydessä on syntynyt luonnollisen keskustelun tilanteita työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa. Nämä keskustelut ovat hyvin tärkeitä luotaessa käsitystä työyksikön toiminnasta. (Robson 2001, 83.) Keskusteluista olen tehnyt muistiinpanot heti keskustelujen jälkeen.

5.4.2 Havainnointi

Havainnoinnin käsitettä ei käytetä tutkimuksissa yhdenmukaisesti. Havainnointi voi viitata kvalitatiivisiin metodeihin yleisesti tai suppeasti vain osaan kvalitatiivisista metodeista. Sitä käytetään toiminnan ja käyttäytymisen kuvaamiseen ja sen ymmärtävään tulkitsemiseen. Havainnointia on varsin yleisesti sovellettu tapaustutkimuksissa. Tutkimusvälineenä se on joustava ja sopii muuttuvien tilanteiden tutkimiseen. Lisäksi havainnointi soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa on olennaista säilyttää tuntuma tutkimuskohteeseen kokonaisuutena. Havainnoinnissa kohdetta ei irroteta ympäristöstään, vaan tutkimuskohteen ja ympäristön suhteen tarkastelu on osa tutkimusta. (Törrönen 1999, 29.)

Havainnointi voi olla systemaattista ja jäsennehtyä tai osallistuvaa havainnointia, joka on vapaasti tilanteissa muotoutuvaa. Toisin sanoen havainnointi voi vaihdella formaalisuuden ja tutkijan osallisuuden mukaan. (Hirsjärvi 1997, 201.) Havainnoinnin aste voi vaihdella. Tutkija voi olla pelkkä havainnoija ja olla osallistumatta lainkaan subjektien elämään ja toimintaan. Tavallista on kuitenkin se, että havaintojen tekeminen yhdistetään osallistumiseen. Joissakin tilanteissa tutkija osallistuu ja joissakin vain tarkkailee. Osallistuminen havainnoinnin apuvälineenä tuo aineistonkeräykseen myös muut aistit kuin kuulon ja näön, myös tunteet. Tutkimuksen subjektit itse päättävät, milloin osallistutaan ja milloin ei. Silloin voidaan välttää tutkittavien käyttäytymisen muutokset johtuen tutkijasta. (Grönfors 2001, 131.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty osallistuvaa havainnointia. Osallistuva havainnointi tarkoittaa arjessa elämistä, kuuntelua ja katselua, tilanteiden ja asioiden sekä ihmisten kohtaamista ja keskusteluja heidän kanssaan. Se on tilanteissa mukana olemista ja asioiden kirjaamista päiväkirjoihin. Osallistuvan havainnoinnin aikana tutkija perehtyy inhimilliseen kanssakäymiseen ja ryhmän ihmissuhteisiin. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija tarkkaillee omia ja muiden reaktioita. Hän on sekä osallinen että ulkopuolinen. Hänen pitäisi tiedostaa se, mikä jää muilta huomaamatta tai minkä muut pitävät annettuna. Havainnointi on yritystä ymmärtää rutiineja. Tutkija yrittää etsiä käyttäytymisen merkityksiä ja yrittää ymmärtää ihmisten tapaa elää. (Törrönen 1999, 29-30.)

Havainnoinnilla saadaan tietoa, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. (Hirsjärvi 1997, 199.) Osallistuva havainnointi sopii tilanteisiin, joissa tutkitaan asioiden merkityksiä, tulkintoja ja interaktiota. Se sopii sellaisiin tutkimuksiin, jotka ovat yleisölle tuntemattomia, riidanalaisia ja joista on vähän ymmärrystä. (Waddington 1994, 108.) Havainnointi myös kytkee tiedon sen kontekstiin. Havainnoinnin merkittävin anti on se, että se antaa tietoa siitä, mistä tutkittavassa asiassa on kysymys ja miten se toimii. Havainnointia tulee suorittaa joustavalla, tutkivalla ja strukturoimattomalla lähestymistavalla. (Robson 2001, 89.) Havainnointimenetelmän valinnalle tutkimuksen metodiksi tulisi kuitenkin olla aina selkeä perusteltu. Asiaa tulee miettiä tutkimuskohteen ja tarkoituksenmukaisuuden näkökulmasta, koska havainnointi on aika työläs menetelmä. (Grönfors 2001, 129.)

Havainnoinnissa tarvitaan vuorovaikutustaitoja ja pitää käyttäytyä niin, ettei tutkittavat tunne oloansa uhatuiksi. (Waddington 1994, 109.) Tutkijan sukupuoli, luokka-asema ja persoonalliset taidot sekä avoimuus vaikuttavat tutkimuksen suorittamiseen. (Mt. 120.) Havainnointia tehdessään tutkija käyttää omaa persoonaansa tutkimuksensa tärkeimpänä välineenä. Tutkijan on tunnettava omaan persoonaansa liittyvät tekijät, jotka saattavat vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Grönfors 2001, 125 ja Waddington 1994, 108.) Tutkija voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, siksi nämä tutkijakohtaiset näkökulmat on otettava huomioon. Havainnointia onkin kritisoitu siitä, että havainnoija saattaa muuttaa tutkittavia tilanteita. Tätä voidaan yrittää helpottaa sillä, että tutkittavien kanssa ollaan mahdollisimman pitkään, jotta tutkija ei läsnäolollaan muuttaisi todellisuutta. (Alasuutari 1989, 63-70.) Myös se, että tilanteissa ei tehdä muistiinpanoja vaan vasta sen jälkeen, voi auttaa siihen, että tutkija ei vaikuta niin paljon tutkittaviin. (Hirsjärvi 1997, 201.)

Havainnointimenetelmä tässä tutkimuksessa tarkoittaa havainnointia, joka on tilanteissa vapaasti muotoutuva. Eli havainnointi vaihtelee osallisuuden ja formaalisuuden mukaan. Joissakin tilanteissa olen osallistunut enemmän ja joissakin olen enimmäkseen vain tarkkaillut. Tässä tutkimuksessa havainnointia ei ole suoritettu salaa. Havainnointi on suoritettu noin kahden vuoden aikana. Havainnointimenetelmä on mielestäni tässä tutkimuksessa hyvä menetelmä, sillä aihe on arka ja siihen liittyy paljon asioita, joista ei saa ääneen puhua, leimautumatta huonoksi ammattilaiseksi. Havainnoinnilla saadaan myös tietoa tutkittavasta aiheesta kokonaisuutena, sillä siinä koetetaan saada ymmärrys tutkittavasta aiheesta suhteessa ympäristöönsä.

Tutkimuksessani olen havainnoinut yksikön arkea, arjessa tapahtuvaa vuorovaikutusta ja siihen liittyviä kriisejä, omia ja muiden reaktioita, tunteita, rutiineja, toimintakäytäntöjä, sääntöjä ja ilmapiiriä. Havainnoinnilla yhdistettyinä haastatteluihin ja keskusteluihin voidaan saada kokonaiskuva siitä, millaista ylläpitohoito on yhdessä sitä toteuttavassa yksikössä. Havainnointi kohdistui muun muassa seuraaviin asioihin: hoidon sisältö, struktuuri ja resursointi, käytäntö ja toimintatavat, hoitoideologia ja arvot, hoitosuhde, fyysiset tilat, ilmapiiri ja asiakkaiden suhtautuminen.

Määrällisesti suurin määrä havaintoaineistoa on syntynyt vapaissa keskusteluissa, koska niissä työntekijät tuntuivat puhuvan vapaimmin. Näissä keskusteluissa oli paljon tunteitakin mukana, ja ne ilmaisivat sen, mitä kulloinkin oli ilmassa.

Aluksi havainnointi kohdistui kaikkeen mahdolliseen. Myöhemmin se fokusoitui tiettyjen kysymysten ja teemojen ympärille, joita sitten analysoin. Tilanteita, joita havainnoin olivat lääkkeenjako, kokoukset, toiminnot, keskustelut eri tilanteissa myös vapaamuotoiset kahvihuonekeskustelut sekä erilaiset retket. Näistä tilanteista tein muistiinpanot, joista poimin tiettyihin teemoihin liittyviä tekstisegmentejä.

Tarvitaan ainakin kolmenlaisia muistiinpanoja: varsinaiseen vuorovaikutukseen keskittyviä, joissa kirjataan osallistujat, mitä he tekevät ja sanovat, muiden reaktiot ja muu välitön informaatio, joka liittyy itse vuorovaikutustilanteeseen. Kontekstietoja on myös tarpeellista kirjata, missä tilanteessa vuorovaikutus tapahtui, mihin kellonaikaan sekä muita olosuhdetekijöitä, jotka voivat vaikuttaa varsinaiseen vuorovaikutukseen. Tärkeää on, että eri muistiinpanotyyppit pidetään erillään. Näin mahdollistuu niiden erillinen käsittely

analyysivaiheessa, jolloin eri käyttäytymismalleja voidaan tarkastella eri konteksteissa. Muistiinpanojen teko on esianalyysiä. Kaikkea ei kirjata eikä ole tarkoituksenmukaistakaan kirjata. Kolmas muistiinpanotyyppi on sellainen, jossa tutkija käsittelee omaa itseään tutkijana, henkilönä ja tutkimukseen oleellisesti liittyvänä subjektina. Tunteet epäonnistumiset, niiden seuraukset tutkimuksen kulkuun. (Grönfors 2001, 135-136.) Muistiinpanot ovat tulkintaa siitä, mitä yhdessä on tuotettu. (Mäkelä 1990, 32.)

Tutkimuksessani olen kirjannut muistiinpanoihin kontekstitietoja, varsinaiseen vuorovaikutukseen keskittyviä tietoja. Lisäksi olen tehnyt muistiinpanoja omista tunteistani, omien ajatusteni kehittymisestä tutkimusprosessin aikana sekä tutkimusprosessin etenemisestä ylipäätensä. Havaintomuistiinpanoja on yli kahdelta vuodelta kokouksista, asiakastilanteista sekä keskusteluista.

Oma asemani tutkittavan yksikön johtajana voi johtaa ongelmiin, mutta se voi olla myös hyvä asia. Voin toisaalta kulttuurissa sisällä olevana helpommin ymmärtää, mistä on kyse, mutta toisaalta perusoletukset saattavat myös olla tiedostamattomia, niille jotka organisaatiossa toimivat. Johtajuuteen liittyvä hierarkkinen suhde saattaa jossain määrin olla ongelma, mutta olen työskennellyt työntekijöiden kanssa pitkään, joten he tuntevat minut hyvin. Havainnointijakso on ollut myös niin pitkä, että ei sitä monikaan ole oikeastaan havainnointina ajatellutkaan, vaan se on jopa unohdettu jossain määrin. On oikeastaan vaikea kuvitella, mitä työntekijät olisivat sanoneet toisin jollekin muulle haastattelijalle. Voi olla, että asioiden sanomista olisi pikemminkin jarruteltu vieraalle haastattelijalle. Se, että kertoo mielipiteitensä asioista, ei vaikuta työntekijän asemaan yksikössä. Kaikkien työntekijöiden mielipiteet ovat olleet myös hyvin samansuuntaisia. Mielipiteitä on lausuttu joskus hyvinkin tunteikkaasti ja voimakkaasti. Haastattelut ja havainnointi sopivat hyvin yhteen, sillä puhuessa voi sanoa eri asioita kuin käytännössä toimitaan. Haastattelut ja havainnointi voivat paljastaa ristiriitaisuuksia tai ne voivat tukea toinen toisiaan. Ristiriitaisuudet tai tukeminen kertovat jotain organisaation avoimuuden asteesta. Tässä tapauksessa haastattelu- sekä havaintoaineisto ovat olleet hyvin samanlaisia.

Haastatteluissa esittämiensä ajatusten lisäksi työntekijät ovat kirjoittaneet kokemuksiaan paperille esimerkiksi tietyistä teemoista. Teemoja ovat olleet ylläpitohoidon sisältö, käsitykset säännöistä, seuloista, lomista, lääkityksestä ja toiminnoista sekä asiakkaiden kohtaaminen. Työntekijät kirjoittivat hyvin mielellään kokemuksistaan ja käsityksistään. Kirjoituksia on

kirjoitettu noin 1,5 vuodesta eteenpäin toiminnan aloittamisesta. Ymmärsin vasta tuolloin hyödyntää heidän omaa kirjoittamistaan.

Tutkimuksessa käytän myös kirjallisia lähteitä. Ne voivat olla tiimin tulkintaa organisatorisista kysymyksistä. Esimerkiksi organisaation julkilausutulla visiolla voi olla organisaation imagea nostava merkitys. Ne voivat antaa tietoa struktuurista, suunnittelusta, koulutuksista ym. Niitä voidaan käyttää muun aineiston rinnalla. Ne kertovat organisatorisista malleista ja siitä miten saadaan työt tehdyksi. Ne ovat subjektiivisia ja fragmentaarisia. Niitä ei saa ottaa annettuina vaan ne ovat kontekstisidonnaisia. Ne voivat osaltaan auttaa organisaation käyttäytymisen ymmärtämisessä. (Forster 1994, 148-149.) Olen käyttänyt lähteenä yksikön hoitofilosofiaa, hoito-sopimusta, hoitosuunnitelmaa sekä viikko-ohjelmaa.

5.4.3 Analyysi

Havainnot ovat vasta johtolankoja jostain ilmiöstä. Havainto ei ole ilmiö itse, vaan sitä vasta tulkitaan. (Alasuutari 1998, 27). Teoriat ja tulkinnat tulee pitää erillään havainnoista. (Alasuutari 1989, 63-70.) Havaintojen tulisi sisältää kuvauksia ihmisistä, tapahtumista ja keskusteluista, niin kuin myös tutkijan toiminnasta, tunteista ja työhypoteeseista. Kaikki pitää kirjoittaa ylös, sillä se mitä ei ole kirjoitettu, ei ole myöskään tapahtunut. Triangulaatiolla voidaan havaintojen luotettavuutta parantaa. (Waddington 1994, 109-110.) Tapaustutkimuksessa paikallinen selittäminen on tärkeintä. Tulkintojen ja selitysten pitää perustua aineistoon. Selitysmallin tulee olla sisäisesti looginen ja johtolankojen tulee puhua sen puolesta. (Alasuutari 1994, 215-216.)

Alasuutari jakaa analyysin kahteen vaiheeseen: havaintojen pelkistämiseen ja arvoituksen ratkaisemiseen. Ne nivoutuvat toisiinsa käytännössä. Havaintojen pelkistämisvaiheessa aineistoa tarkastellaan tietystä metodologis-teoreettisesta näkökulmasta ja aineistoa tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on teoreettisten viitekehyksen kannalta olennaista. Havaintoja myös yhdistellään ja etsitään havaintojen yhteinen nimittäjä. (Alasuutari 1994, 31.) Toisessa vaiheessa tehdään merkitystulkintoja tutkittavasta ilmiöstä. Etnografiassa arvoituksen ratkaiseminen korostuu havaintojen yhdistämiseen verrattuna. (Mt. 1994, 40.) Etnografisessa tutkimuksessa aineiston analyysi alkaa jo kenttätöyövaiheessa. Aineistoa tulisi lukea jo heti ensimmäisestä kenttätöypäivästä lähtien. Aineistoa tulee alkaa tarkastella välittömästi ja etsiä siitä kulttuurisia symboleja, joita tutkittavat ovat usein

tuottaneet. Uusia havaintoja ja haastatteluja tehdään sitten koko ajan lisää. Tekstiä luetaan ja luettua luokitellaan. (Hirsjärvi 2000, 160.) Tässä tutkimuksessa aineiston analyysiä ja järjestelyä on tapahtunut koko tutkimusprosessin ajan.

Analyysissä kuvaillaan, luokitellaan ja yhdistellään. Aineiston kuvailu on itse analyysin perusta. Kuvauksissa on tärkeää, että asiayhteyttä kuvaava tieto kuvaillaan, jotta voidaan ymmärtää tapahtuman tai asian laajempi sosiaalinen tai historiallinen merkitys. Luokittelu on olennainen osa analyysiä. Sen varassa aineistoa voidaan myöhemmin tulkita. Eli luokat pitää voida perustella sekä käsitteellisesti että empiirisesti. Aineiston luokittelussa voidaan käyttää apuna seuraavia seikkoja: tutkimusongelma ja alaongelmat, tutkimusmenetelmät, käsitteet ja luokittelut, joita muut tutkijat ovat käyttäneet, teorit, aineisto itse sekä tutkijan mielikuvitus. Aineiston yhdistelyssä yritetään löytää luokkien esiintymisen välille joitakin säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. (Hirsjärvi 2000, 146-150.) Varsinaisen analyysin tuloksena syntyy merkitysten tiivistämistä, luokittelua ja tulkintaa. Tulkitessaan tutkija ei tyydy pelkän näkyvissä olevan tarkasteluun vaan pyrkii löytämään piirteitä ja merkityksiä, jotka eivät ole suoranaisesti tekstissä lausuttuina. (Mt. 137.)

Vertailuasetelma ja poikkeavien tapausten analysointi on myös tärkeää laadullisessa analyysissä. Elämysmaailmojen rinnakkain asettaminen samasta ilmiöstä on myös hyvä asia. Esimerkiksi vertaillaan asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia samasta ilmiöstä.. (Aarnos 2001, 156.) Myös muuhun tutkimukseen vertailu on tärkeitä. Tulokset suhteutetaan osaksi laajempaa kokonaisuutta. (Alasuutari 1994, 217-221.) Vertaileva näkökulma kannattaa sisällyttää jo yhdessäkin tapauksessa (Mäkelä 1990, 45.) Olen vertaillut aineistoani muiden yksiköiden kokemuksiin sekä muuhun tutkimukseen mm. Munkkisaaren palvelukeskuksen, Kurvin huumeopoliikan sekä Yö-kahvila Kalkkersin kokemuksiin. Olen myös havainnoinut, miten asiakkaat ja työntekijät kokevat saman asian.

Analyysissä tulisi välttää sitä, että aineistoa jäsennettäisiin ja luokiteltaisiin ikään kuin tutkittavan yhteisön ulkopuolelta käsin. Luokitteluja tulisi tehdä aineistosta käsin. Tämä tarkoittaa käytännön ymmärtämistä kokonaisvaltaisesti. Etnografinen haastatteluaineiston analyysi on kulttuurin osien ja niiden suhteiden etsintää ja esiin tuomista siten kuin tutkittavat ne käsitteellistävät. Usein tämä tieto on piiloista ja tutkijan olisikin löydettävä tämä piilotieto. (Hirsjärvi 2000, 160.) Kaikki seikat tulee kyetä selvittämään siten, että ne eivät ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. (Alasuutari 1994, 29.) Analyysin on oltava myös

kattavaa, mikä tarkoittaa, että tulkinta ei perustu satunnaisiin poimintoihin. (Mäkelä 1994, 52.) Analyysini perustuu aineistoon, joka on monella tavalla ja pitkän ajan kuluessa kerättyä. Se perustuu teemoihin ja käsitteisiin, jotka ovat tulleet aineistosta voimakkaasti esiin. Se ei perustu yksittäisiin, poikkeuksellisiin asioihin. Analysoidut asiat ovat olleet vahvasti vaikuttamassa hoidon ja sen asiantuntijuuden kehittymisessä.

Analyysiä tapahtuu koko tutkimusprosessin ajan, sillä aineiston keruu on saadun tiedon analyysiä ja tulkintaa. Aineiston analyysi on tehty aineistolähtöisesti eli käsitelty teemat ovat nousseet aineistosta. Aluksi havainnoin kaikkea mahdollista, mikä liittyi ylläpitohoitoon ja sen toteuttamiseen ja siitä puhumiseen. Tein monenlaisia muistiinpanoja. Yritin saada selville, millaisia merkityksiä ja sisältöjä ylläpitohoitoon liittyy. Aineistosta nousi teemoja, jota käsitelin teemahaastatteluissa. Sen jälkeen tarkensin havainnointiani teemoja koskeviksi. Teemoista kokosin sellaisen käsitteen kuin ylläpitohoitokulttuuri ja siihen liittyvä ylläpito-hoidon asiantuntijuus. Ylläpitohoitokulttuurikäsite kuvaa mielestäni tutkittavaa ilmiötä. Halusin analysoida aineistoa kehityskulkuna, siksi ylläpitohoitokulttuurin asiantuntijuuden muodostumista on kuvattu prosessina. Prosessin eri vaiheissa korostuivat erilaiset teemat ja konfliktien aiheet. Jotkin teemat olivat koko ajan esillä kuten esimerkiksi säännöt.

Tässä tutkimuksessa aineisto nähdään todellisuutena itsessään ja sitä pyritään analysoimaan omassa kontekstissaan. Kulttuuri on asioiden ja tilanteiden määrittystä, ja tutkittavat ovat kulttuurisia toimijoita ja tutkija tulkitsee ja analysoi itsestäänselvyyksiä kielen avulla. Toimijat toimivat sosiaalisissa tilanteissa, joilla on aika, paikka, osalliset, tarkoitus ja päämäärä. Aineiston käsittelyssä on käytetty sitä kieltä ja niitä sanoja, joita työntekijätkin käyttävät. Koska aihe on arka, kuvauksissa on käytetty mahdollisimman vähän tunnistetietoja.

Tutkimuskohteena on siis yhden organisaation prosessi työyhteisön näkökulmasta. Merkityksiä on tuotettu toistuvuuden ja teemojen etsimisellä. Olen kiinnittänyt huomiota sisäisiin teemoihin, havaintoihin tilanteista, käännekohtiin, siirtymiin, strategioihin ja erilaisiin suhteisiin ja yhteenliittymiin. Teemojen pohjalta rakensin tyypittelyn ja selvitin sitä, mitkä asiat esiintyvät yhdessä ja suoritin vertailuja. Aluksi siis aineisto oli kokonaisuus, jota luin uudestaan ja uudestaan, sitten pilkoin sen osiin ja luokittelin eri teemojen alle, joita taas yhdistelin ja muodostin synteisin. Päädyin siihen, että sijoitin aineistosta nousevat teemat

ylläpitohoitoasiantuntijuuden omaksumisprosessin alle. Prosessiin vaikuttavat taas organisaation sisäiset ja ulkoiset tekijät. Koko hoidon omaksumisprosessiin ja hoidon käytännön toteutukseen vaikuttaa huumehoitopolitiikan epäselvyys ja hämäryys, jonka selkiyttäjänä toimivat työntekijät ja asiakkaat.

Tutkimukseen haettiin tutkimuslupa maaliskuussa 2002. Tutkimuslupa tuli helposti ja nopeasti. Aluksi oli tarkoitus vertailla kolmea eri ylläpitohoitokulttuuria, mutta ajatus kaatui rahoitusongelmiin, joten tutkimus rajattiin vain yhteen yksikköön. Kentälle pääsy oli helppoa, koska toimin itse työyhteisön jäsenenä. Oli joskus ristiriitaista poukkoilla asiakastyötä tekevän työntekijän, johtajan ja tutkijan roolin välillä. Oma johtajuus, se että edustaa organisaatiota ja se että kuvaa asioita työntekijöiden näkökulmasta oli joskus ristiriitaista. Ei oikein tiennyt kenen puolella tulee olla. Johtajan velvollisuutena on pitää huolta siitä, että asiakkaat, työntekijät ja johto ovat tyytyväisiä ja että asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuus voidaan taata. Tutkijan position liittäminen siihen oli joskus ongelmallista. Aineistoa on kerätty kevästä 2001 syksyyn 2003 asti. Tänä aikana ylläpitohoito vakiintui osaksi päiväkeskuksen toimintaa, ja pahimmat kriisit tuntuivat tällä erää olevan ohi: yksi ylläpitohoitokulttuuri oli syntynyt. Aineistosta ei noussut enää uusia teemoja.

6 Ylläpitohoitoasiantuntijuuden omaksumisprosessi organisaatiossa

6.1 Organisaation ulkoiset ehdot

6.1.1 STM:n asetus ja hoidolle asetetut vaatimukset

Organisaatio joutuu toimintoja toteuttaessaan ja suunnitellessaan ottamaan huomioon monenlaisia ulkoisia ja sisäisiä reunaehdoja. Organisaation tavoitteet tai lainsäädännölliset tehtävät ja erilaiset ohjeet asettavat ulkoisia ehtoja toiminnalle. (Forsberg 1998, 64.) Tutkittavassa yksikössä keskustelua herättivät kysymykset lääkkeellisiä hoitoja koskevasta asetuksesta ja sen tulkinnasta sekä sosiaaliviraston johdon sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen vieraantumisesta asiakastyöstä ja sen vaatimuksista.

Ylläpitohoitoa normittaa STM:n lääkkeellisiä hoitoja koskeva asetus. Asetus määrittelee, mikä on vierointi, korvaus- tai ylläpitohoitoa. Se määrittelee, että hoidossa tulee tehdä hoitosuunnitelma ja että lomapulloja voi saada, jos asiakas on hoitomyönteinen. Asetuksen

mukaan hoidon tulee sisältää psykososiaalista kuntoutusta, mutta se ei määrittelekään psykososiaalisen hoidon sisältöä, ei hoitomyyntyvyyttä tai sitä, miten hoitoa tulee käytännössä toteuttaa. Tutkittavassa yksikössä yöntekijät kokivatkin asetuksen epämääräiseksi erityisesti silloin, kun hoito oli vielä uutta yksikölle. Vaikea asiakastapaus sai aikaan suurta epävarmuutta ja turhautumista psykososiaalisen hoidon sisällön ja sen toteuttamisen suhteen, koska lopullisen tulkinnan ylläpitohoidosta ja sen sisällöstä joutuvat tekemään sitä toteuttavat yksiköt. Työntekijät toivoivatkin, että asetuksessa määriteltäisiin tarkemmin, mitä psykososiaalinen hoito on. (ks. Myös Jokinen ja Tourunen 2003, 17.)

Koska asetus ei määrittele psykososiaalisen hoidon sisältöä eikä toteuttamistapaa, asiakkaan ja työntekijän välille aiheutuu erilaisia ristiriitatilanteita eli vääntötilanteita esimerkiksi seuloista, päihteidenkäytöstä tai lomista. Asiakkaat vetosivat jatkuvasti asetukseen ja sen tulkintaan, joten työntekijät kokivat suurta epävarmuutta erityisesti silloin, kun hoitoa aloiteltiin; olihan lääkkeellinen hoito uutta työntekijöille. Työntekijöille oli yllätys, että asetus ja sen tulkitseminen nousi niin tärkeäksi asiaksi asiakkaiden taholta. Välillä työntekijöistä tuntui siltä, että työn sisältö oli asetuksen tarkastelua ei päihdekuntoutusta.

(H= haastattelija ja T= työntekijä, aineistokohdat kurssiivilla)

H: Mitä sanoisit asetuksesta?

T: Asetus on tyhmä, koska se on niin väljä. Ei siinä ole mitään tolkkua, sehän on tuommoista yleistä löpinää, yleisellä tasolla, vaan joku juttu et näin olis hyvä tehdä, ei siitä saa kiinni ollenkaan. Ei siitä ole meille hyötyä kun ei siinä sanota juuta eikä jaata. Kyllä siinä pitäisi olla jotakin psykososiaalisen tuen antamisesta ja ties mistä. Siinä ei ole selkeää ohjeistusta, että näin ja näin että tämmöistä asioita pitää olla, vaikka niistä seuloista. H3

H: No mitä mieltä sä olet tästä asetuksesta ja sen sisällöstä ja mitä se sinussa herättää?

T: Asetus on hirveen hieno, mutta käytännössä se ei toimi. Että tota sehän on kaikissa paperiasioissa, nehän on kauniita paperilla, muuta kun ollaan ihmisten kanssa tekemisissä, niin ei ne aina toimi. Välillä saattaa olla vaikeeta kädenvääntöä. H5

H: Mitäs sanoisit asetuksesta?

T: Asiakkaat tarttuu tähän asetukseen. Oli yllätys kun ne kamalasti tarttu siihen, että tämä on ylläpitohoitoa, eikä siihen kuulu tuota ja tuota, vaan saa käyttää päihteitä. Ristiriitainen asetus kun saa käyttää päihteitä, mutta psykososiaalinen kuntoutus kuuluu kuitenkin. H6

Kokeneelle päihdetyöntekijälle oli vaikeaa, kun päihdetyössä ei pyrittykään päihteistä irrottautumiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta perustuu eettisiin periaatteisiin. Ohjelmia toteuttaessaan organisaatio ei välttämättä toimi käytännössä eettisten periaatteiden mukaisesti, vaan toimitaan taloudellisin perustein, sillä kuntien taloudellinen tilanne on heikentynyt. Tämä taas vaikuttaa suoraan palveluihin ja niiden resursointiin. Yksiköt joutuvat käytännössä toteuttamaan palvelujen joustotarpeet, ja taloudellisuusvaatimukset vaikuttavat suoraan asiakastyöhön ja asiakkaita priorisoivat ratkaisut tehdään professionaalisesti asiakastyön sisällä. (Kaukonen 2002, 153.)

Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon väki on lähes yhtenä rintamana sitä mieltä, että päättäjät murentavat säästövaatimuksillaan sosiaali- ja terveydenhuollon arvoperustan. Vain kolme terveydenhuollon ammattilaista sadasta katsoo, että päättäjät tuntevat potilaan tarpeet. Eettisen kuormituksen koetaan kasvaneen työssä paljon, sillä potilaiden kanssa työtä tekevät ihmiset joutuvat loppujen lopuksi soveltamaan käytäntöön ne päätökset, joita päättäjät ovat kokouksissaan tehneet. Työtyytyväisyystutkimuksessa kasvottomat päättäjät, liika työ ja eettiset ongelmat vaativat puuttumista. Vallan ja vastuun jakoa viranhaltijoiden, luottamushenkilöiden ja henkilöstön välillä pitäisi pohtia uudelleen. Hoitohenkilökunnan valinnan vaikeudet ovat lisääntyneet: kenelle annetaan hoitoa ja mitä ja miten vähät rahat käytetään tehokkaimmin. Koulutuksessa tulisi huomiota kiinnittää eettisen kuormituksen tunnistamiseen ja vähentämiseen. (Lindberg 2002.)

Myös tutkimassani yksikössä työntekijät joutuvat miettimään, kenen kannettavaksi resurssien niukkuus jää. Päättäjien, potilaan vai hoitopäätöksiä tekevien? Mikä on potilaan vastuu valinnoistaan? Miten jakautuu hoitoväen vastuu eri potilaiden kohdalla? Yksikössä jouduttiin miettimään myös sitä, että milloin asiakas tulisi poistaa hoidosta, koska lääkkeellisiä hoitoja ei ole tarjota kaikille halukkaille. Tulisiko priorisoida niitä, jotka hoidosta hyötyvät, ja poistaa hoidosta ne, jotka käyttävät jatkuvasti lääkkeen ohella muita huumeita, tekevät rikoksia ja käyttäytyvät väkivaltaisesti? Vai olisiko hoito juuri heille tarpeen? Tällaisia kysymyksiä työntekijät miettivät kokouksissaan ja vapaissa keskusteluluissa, mutta vastauksia niihin ei kukaan osannut antaa. Työntekijät joutuvat kuitenkin nämä valinnat tekemään, ja lehtien palstoilta voidaan sitten lukea kannanottoja asiaan. Työntekijöiden mielestä lehdissä

kirjoitetaan kritiikittömästi asioita asiakkaiden kannalta, mutta viranhaltijoiden on vaikea puolustaa itseään.

Mediassa, kuten Suomen lääkärilehdessä, on kirjoiteltu runsaasti syksyn 2003 aikana korvaus- ja ylläpitohoidoista. Salaspuro on perännyt korvaus- ja ylläpitohoitojen lisäämistä ja samanaikaisesti hän arvostelee voimakkaasti tämän työn toteuttajia. Hän on verrannut hankalien väkivaltaisten asiakkaiden poistamista hoitopaikoista pyövelin toimintaan. Hän arvostelee sitä, että hoitopaikoissa käytetään hoitosopimuksia. (Salaspuro 2003, 4856-4857.) Kuitenkin juuri hoitosopimukset toimivat huumehoidoissa asiakkaiden rajattomuuden takia. Tutkimassani yksikössä työntekijät ihmettelivät, kuinka ja ketkä näitä asiakkaita tulevaisuudessa hoitavat, jos asiakkaille ei saa asettaa mitään rajoja eikä heiltä saa mitään vaatia? Jo nyt sosiaalityötä ja päihdetyötä rasittaa työntekijäpako.

Tutkittavassa yksikössä jouduttiin kahden vuoden jakson aikana poistamaan yksi asiakas hoidosta jatkuvan huumeiden käytön, seuloista kieltäytymisen ja uhkaavan käytöksen takia. Yksikössä katsottiin, että jos hoidossa tapahtuu liikaa rikkomuksia, jopa niin, että hoito huonontaa potilaan tilaa ja aiheuttaa jatkuvaa pelkoa tai turvallisuusriskejä henkilökunnalle tai muille potilaille, on hoito syytä keskeyttää. Ylläpitohoidostakin pitää matalan kynnyksen periaatteen mukaisesti olla hyötyä, jotta noudatettaisiin haittoja minivoivaa periaatetta. Jos potilaiden rikollinen elämä, ruiskuhuumeiden käyttö ja tautien leviäminen jatkuvat ennallaan, ei tätä tavoitetta saavuteta.

(Laine 2003, 4622.)

Päiväkeskuksessa toivottiin, että päättäjät tuntisivat käytännön toimintaa ja sen vaatimuksia työntekijänäkökulmasta, että päättäjät tuntisivat paremmin työn päivittäisen kosketuspinnan ja suhteen asiakastyöhön. (ks. myös Törmä ym. 2002, 42.) Asetuksessa sanotaan, että kun asiakas on hoitomyöntyväinen, hänelle voidaan antaa lomapulloja. Hoitomyöntyvääisyyttä ei kuitenkaan määritellä asetuksessa. Kun asiakkaalle annetaan lomapulloja kotiin lomapäiviksi, joudutaan miettimään asiakkaan mahdollista muuta päihteiden käyttöä, hänen mahdollisesti aiheuttamaansa vaaraa vaikkapa lapsille, jos hän unohtaa tappavan myrkylliset metadonit esimerkiksi raitiovaunuun. Siksi asiakkailta otetaan säännöllisesti seulat, jotta voitaisiin edes jossain määrin arvioida asiakkaan kykyä huolehtia lomapulloistaan sekä omasta että muiden turvallisuudesta. Siksi asiakkaiden kanssa myös käydään omahoitajakeskusteluja, jotta nähdään minkälaisessa kunnossa asiakas on psyykkisesti.

H: Mitä sinä näet, jos puhutaan ylläpitohoidosta, miten asiakkaat tän näkee?

T: Asetuksen tekijän kannalta on eri asia. Se ei ole välttämättä se todellisuus minkä näkee paperilta. Että tää on helppo toteuttaa näin ja näin, mutta käytännössä se ei olekaan niin yksinkertaista. Että se ei käy niin kuin he ovat miettineet ja ajatelleet.

H: Mikä siihen on vaikuttanut?

T: Sä joudut näkeen sen ihmisen ja päättämään esim. lomapulloista. Asetuksessa lukee että ihminen on oikeutettu lomapulloihin, kun hoito on tietyssä asteessa. Vaikeeta on sitten kuitenkin se, että me joudutaan päättämään, kun se ihminen on vastapäättä, että onko hänen tilansa ja vaiheensa sellainen, että hänelle voidaan antaa 8 pulloa mukaan kotiin. Mun mielestä tästä työstä on päättäjillä toinen käsitys kuin mitä todellisuus on. Että tää on helppoa, et se on vaan et kaadetaan metadonia kuppiin ja kuppi asiakkaalle ja keskustelaan ja se on siinä. Mutta kun se oikeesti ei olekaan sitä, vaan paljon muuta. Näillä meidän ihmisillä on paljon muitakin ongelmia kuin huumeongelmia, että on tietynlaisia mielenterveysongelmia ja persoonallisuushäiriöitä, et on ihmisenä vaikeita kohdata. Päättäjien tulis nähdä tätä työtä käytännöstä, että tämä ei ole niin yksioikoista. H1

Työntekijöiden mielestä päättäjillä on epärealistinen kuva lääkkeellisistä hoidoista ja niiden käytännön toteutuksesta. Päättäjät eivät työntekijöiden mielestä ymmärrä, kuinka paljon työtä vaatii esimerkiksi seula tai lääkkeenanto. Siinä joudutaan kommunikoidaan rajattoman, usein päihteessä olevan henkilön kanssa ja keskustelemaan asioista, jotka eivät ole aina mukavia asiakkaille kuten positiivisista seulavastauksista. Asiakkaila on myös usein eri käsitys kuin henkilökunnalla siitä, mitä he tarvitsevat..

Johdon julkilausumat ja visiot saattavat olla myös ristiriidassa käytännön toimien kanssa. Esimerkiksi julkilausumissa saatetaan todeta, että palvelun laatua tulee nostaa mutta samanaikaisesti määräaikaista työntekijöitä vähennetään ja työntekijöitä korvataan muilla, vähemmän maksavilla työntekijöillä, ja tosiasiasa työntekijöiden työtaakka vain kasvaa ja laatu ei välttämättä nouse. Päiväkeskuksessa toteutettava ylläpitohoito on elinikäistä hoitoa, mutta sitä toteuttavat työntekijät ovat usein määräaikaaisessa työsuhteessa, jonka jatko on aina epävarma, koska toiminnasta tehdään päätös aina vain vuodeksi kerrallaan. Lisäksi johto ei aina tunne omien toimintojen vaatimuksia. Kun toimintaa oli tehty vuosi, tuli johdon taholta ilmoitus, että asiakkaiden hoito tulee lopettaa tai työtä pitää tehdä vain päiväkeskuksen vakinaisen väen turvin. Ongelmana on vain se, että päiväkeskuksen työntekijöiden koulutus ei

riitä huumausaineeksi luokiteltavan lääkkeen jakamiseen. Kyseinen tilanne kertoo sen, että kuntien taloudellinen suunnittelu on lyhytnäköistä eikä ylin johto tunne omia toimintoja ja niiden vaatimuksia.

Kyseisessä tilanteessa korkeinta johtoa jouduttiin painostamaan erilaisin kirjelmin, ja painostuksen tuloksena saatiinkin taas vuosi jatkoaikaa, mutta päätös tuli vasta 23.12.02 Jos päätös olisikin ollut kielteinen, joulupyhien aikana olisi pitänyt saada hoidossa olevien asiakkaiden jatkohoito järjestettyä. Asiakkaita ei voida siirtää tuosta noin vaan ja minne vaan, vaan heidän siirtämisensä vaatii aikaa, jotta se myös onnistuisi ja olisi asiakkaiden oikeusturvan mukaista.

6.1.2 Tilat

Huumehoitoa ja –kuntoutusta toteutetaan erilaisissa fyysisissä tiloissa. Fyysinen tila asettaa ihmiset tilaan. Tila määrittelee kohtaamisia ihmisten välillä kehystämällä tilanteita, toimintoja ja vuorovaikutusta. Tila ei ole neutraali, vaan se rakenteistuu ja liittyy vallan käyttöön rakennuksessa, sen yksityiskohdissa, symboleissa ja koristelussa sekä materiaaleissa. (Laine 1997, 51-52.) Valta näkyy tilankäytössä esimerkiksi siten, että kaikki tilat eivät ole asiakkaiden eikä kaikkein työntekijöiden käytössä. Valta näkyy myös asiakkaiden välisessä tilan käytössä. Se voi näkyä myös suljettuina ovina.

Metadoniasiakkaat ovat omineet itselleen yhden tietyn pöydän päiväsalista ja metadoninjakohuone on heidän mielestään tarkoitettu vain heidän käyttöönsä.

Metadoniasiakkaat ovat omineet metadonihuoneen itselleen. Jos muut tulee koputtamaan, niin sanovat, että älä mene, se on metadonihuone. Metadoniasiakkaat ovat ottaneet yhden pöydän omaan käyttöön. Jättivät kupit merkiksi koko päiväksi. Etenkin alussa tätä tapahtui. 24.9.03

Tilaratkaisut vaikuttavat myös asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuuteen ja matalan kynnyksen toiminta asettaa erityisiä vaatimuksia fyysiselle ympäristölle ja tiloille. Matala kynnyks myös edellyttää oikeaa henkilökuntamitoitusta. (Törmä ym. 2002, 116.) Tiloilla on suuri vaikutus turvallisuuteen. Esimerkiksi Munkkisaaren palvelukeskuksen

arviointitutkimuksessa haastateltavat näkivät tärkeän merkityksen olevan asianmukaisilla tiloilla. (Mt. 35.)

Päiväkeskuksen tilat ovat kokonaisuudessaan erittäin pienet ja turvallisuuden kannalta ongelmalliset. Tila on erittäin sokkeloinen, ahdas ja pimeä. Päiväkeskuksen pinta-ala on 250 neliötä, ja vuoden aikana asiakaskäyntejä on 25 000, keskimäärin 72 käyntiä per päivä. Tilat sisältävät ruokasalin, keittiön, kokoushuoneen, johtajan huoneen, lääkkeenjakohuoneen, sairaanhoitajan/lääkärinhuoneen sekä ohjaajien huoneen, pesulan, saunan ja suihkun sekä henkilökunnan tilat sekä wc:t. Virtsanäytteet annetaan johtajan huoneen yhteydessä olevassa wc:ssä. Kun virtsanäytettä annetaan, johtaja ei voi olla omassa huoneessaan ja kun omahoitajakeskustelu on käynnissä lääkkeenjakohuoneessa, kukaan ei voi hakea lääkettä, eikä johtajan huoneeseen pääse eikä sieltä myöskään pääse pois, ettei omahoitajakeskustelu häiriintyisi. Kun lääkäri pitää vastaanottoaan ei sairaanhoitaja pääse huoneeseensa, sillä molemmat käyttävät samaa huonetta.

Kaikki työntekijät näkivät tilat ongelmallisiksi erityisesti niiden pienuuden ja turvallisuusseikkojen takia.

H: Kun tää on tällainen organisaatio, jossa on tehty aikaisemmin vain päiväkeskustoimintaa, et millaiset vaikutukset täällä ohjelmalla on et se tuotiin tällaiseen paikkaan?

T: Tilat on ongelmat, koska nää on muutenkin niin pienet, et miten saadaan soviteltua kaikki omahoitajakeskustelut ja näin, mutta muuten on soluttautunut ihan hyvin.H1

H: Mikä niissä tiloissa?

T: Ongelma on just tää meidän tila. Pari pientä huonetta lisää, jossa vois omahoitajakeskusteluja käydä. Ja sitten että lääkkeenjakohuone olis ihan erikseen, että se ei olis kenenkään työtila ja sitten pari huonetta lisää, se olis loisteliasta tähän tilanteeseen verrattuna.H2

Työntekijät laativat paperin toimitilojen rakenteellisista epäkohdista työturvallisuusnäkökohdista katsottuna. Paperin mukaan yksikön kaikki tilat ovat työturvallisuuden näkökulmasta vaarallisia. Huoneissa ei ole toista poistumistietä, tilat ovat ahtaat, jolloin asiakkaan ja työntekijän välimatka on niukka, lähes olematon. Lisäksi jotkin tilat ovat vaikeasti valvottavia ja joissakin pisteissä koneet aiheuttavat niin suurta meteliä, että

mahdolliset avunhuudot eivät kuulu. Näistä seikoista aiheutuu, että työntekijä joutuu miettimään, mitä sanoo ja kelle ja missä tilassa. Eli asioita jää sanomatta, koska työntekijä on epävarma asiakkaan reaktiosta ja pakomahdollisuutta ei ole. Huonot työtilat aiheuttavat työntekijässä ahdistusta, mielipahaa, turvattomuutta ja pelkotiloja. Joulukuussa 2003 pidettiin yksikössä työsuojelupalaveri, jossa todettiin, että toimitiloissa on suuria puutteita, joihin tullaan jatkossa puuttumaan. Luultavimmin toiminta tullaan siirtämään toisiin tiloihin. Terveystarkastaja kävi myös tammikuussa 2004 ja totesi, että yksikön ilmanvaihto ei täytä vaatimuksia.

6.1.3 Matala kynnys ja turvallisuus

Munkkisaaren palvelukeskuksen päivätoimintojen keskeinen kysymys oli työntekijähaastattelujen mukaan se, miten saavuttaa optimitila, jossa kynnys on juuri niin matala, että asiakkaat pääsevät palveluihin, mutta ettei työviihtyvyys eikä myöskään asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuus vaarannu. Arviointiajanjaksona toiminta haki tätä rajaa. (Törmä ym. 2002, 3.) Asiakkaan aggressiivisuus nähtiin myös Kurvin huumehoitoyksikössä helposti kynnystä nostavana tekijänä. Hyvin väkivaltaista asiakasta on vaikea hoitaa. Työntekijöiden haastatteluissa nousi esiin kysymys, pitäisikö kynnystä nostaa joidenkin sellaisten ryhmien kohdalla, joita ei voi Kurvissa hoitaa. Tällaisiksi ryhmiksi mainittiin esimerkiksi psyykkisesti sairaat ja terminaalivaiheessa oleva hiv-positiiviset huumeiden käyttäjät. Matala kynnys tarkoittaa suuria asiakasmääriä, joten henkilöresurssien riittävyydestä olisi pidettävä erityistä huolta. Asiakaskunta on muuttunut myös työläemmäksi, mutta riittävän miehityksen avulla voidaan huolehtia turvallisuuden säilymisestä. (Törmä ym. 2003, 87.)

Organisaatiolla on taipumus itse nostaa kynnystä monin eri tavoin. Organisaatiolla on huono kyky sietää epävarmuutta, kaaosta ja rajattomuutta, jota asiakaskunnassa esiintyy. Siksi organisaatiot sekä tiedostamattaan että tiedostetusti suojautuvat vaikeilta tilanteilta ja vaikeilta asiakkailta luomalla organisaation tarpeista lähteviä sääntöjä ja käytäntöjä. Sekä Kurvin että Munkkisaaren Hiv palvelukeskuksen tutkimuksessa tuli ilmi sama tilanne: matalalle kynnykselle ja asiakaslähtöisyydelle asetetut vaatimukset ovat palveluyksikön ja sen henkilöstön kannalta rankkoja. Henkilöstö pitää vaatimuksia osittain jopa epärealistisena, sillä asiakasmäärät ovat lisääntyneet ja asiakaskunta on vaikeahoitoisempaa, moniongelmaisempaa ja huonokuntoisempaa. Muodostui jännitettä akselille, asiakkaat, henkilöstö ja johto. Täysin

kynnyksetön malli sopii yksiköihin, joissa on vain vähän palveluja. Heti kun palveluja on enemmän ja niihin liittyy hoidollisia tavoitteita, tämä nostaa jo itsestään kynnyksen. Myös joidenkin palvelujen sisään on jo rakennettu tietty kynnyks, joka on myös laadun tae. (Törmä ym. 2003, 85-86.)

Matala kynnyks on hyvä asiakkaiden tavoittamisen kannalta, mutta pulmallinen sellaisten kannalta, jotka yrittävät rajoittaa huumeiden käyttöään ja välttää rankimmin käyttävien seuraa. Päiväkeskuksen asiakkaista suuri osa on päihtyneitä. Hankalinta oli työntekijöiden mukaan asiakkaiden päihtymys. Silloin he olivat arvaamattomia ja aggressiivisia eikä heihin saanut kontaktia. (Törmä ym. 2002, 44.) Asiakkaiden käytös on usein hyvin rajatonta matalan kynnyksen paikoissa. Munkkisaaren työntekijät kertoivat haastatteluissa, ettei asiakkaiden käyttäytymisellä eikä puhumisella ole rajoja, mikä on monelle työntekijälle varsinkin alussa hyvin raskasta. Asiakkaat haluavat luokitella työntekijöitä ja laittavat heidät tosi koville. Kielenkäyttökin on sellaista, että se vaatii henkilökunnalta tavallista enemmän. Monet Munkkisaaren palvelukeskuksen haastatelluistakin olivat sitä mieltä, että käyttäytymiseenkin pitäisi voida jollain tavalla puuttua eikä työntekijöiden tarvitsisi sietää mitä vain. (Törmä ym. 2002, 43.)

Päiväkeskus toimii matalan kynnyksen periaatteella ja se merkitsee, että toimintaa ei aina voi ennakoida, koska asiakasmäärät ja heidän kuntosaa vaihtelevat. Ongelmana päiväkeskuksessa on se, että päiväkeskuksen asiakkaat voivat tulla melkein millaisena tahansa; heille ei ole asetettu mitään vaatimuksia, mutta sen sijaan ylläpitoahoitoasiakkaiden tulisi toimia tiettyjen sääntöjen mukaan. Päiväkeskuksessa sekä päiväkeskuksen että ylläpitoahoidon asiakkaat käyttäytyvät rajattomasti. He haistattavat, uhkailevat ja jankuttavat saadakseen tahtonsa läpi. Ongelmana on usein se, että puhe ei mene perille. Sitä ei ymmärretä tai sitä ei haluta ymmärtää tai puhutut asiat muistetaan tai halutaan muistaa väärin. Omat tarpeet nähdään usein kaikkein lähimpänä olevina, eikä jakseta muistaa, että samoista rajallisista resursseista taistelevat myös muut asiakkaat. Myös päiväkeskuksessa asiakkaat jakavat työntekijät nipottajin ja reiluihin. Nipottaja on sellainen, joka pitää kiinni yhdessä sovitusta asioista. Reilu on sellainen, joka tekee juuri niin kuin asiakas tahtoo.

Matala kynnyks on tiiviissä yhteydessä turvattomuuden kanssa. Suurin turvallisuusriski on asiakkaiden arvaamaton ja ajoittain väkivaltainen käytös. Henkilökunta joutuu olemaan jatkuvasti valppaana, koska matalasta kynnyksestä johtuen ei voi tietää, minkälaisia ja missä

kunnossa olevia asiakkaita milloinkin joudutaan palvelemaan. Munkkisaaren palvelukeskuksen kaikki haastatellut työntekijät olivat sitä mieltä, että johonkin mittaansa asti uhkaa piti sietää, koska muutoin ei tätä asiakaskuntaa voinut auttaa. Turvallisuuden parantaminen nähtiin kuitenkin tärkeänä. Turvallisuuskysymys ei koskenut ainoastaan henkilökuntaa vaan myös asiakkaita. Matalan kynnyksen periaate merkitsi sitä, että voitiin tulla päihtyneenä ja vanhat kaunat ja maksamattomat velat kiristivät asiakkaiden välisiä suhteita. Pienissä tiloissa syntyy helposti aggressioita. (Törmä ym. 2002, 34-35.)

Monet työntekijöistä olivat tyytymättömiä Munkkisaaren palvelukeskuksen projektin johdon suhtautumiseen turvallisuuskysymykseen. Koettiin, että matalan kynnyksen periaatetta noudatettiin jopa työntekijöiden kustannuksella. Sitä henkilökunnan osaa, joka päivittäin joutui paineen alla kohtaamaan arvaamattomia tilanteita ja ottamaan riskejä ei oltu työntekijöiden mielestä kuunneltu tarpeeksi. (Törmä ym. 2002, 37.) Johdon toimintafilosofia voi olla kontrollia välttävää ja kynnyksettömyyttä korostavaa, mutta työntekijöiden mielestä kontrolloikeinoja pitäisi lisätä ja matalaa kynnystä tulisi jossain määrin nostaa, jotta työssä tuntuva turvattomuus vähenisi. (Mt. 117.) Oikea henkilökuntamitoitus sekä lisääntyneet keinot antaa asiakkaille rajoituksia huonosta käytöksestä parantaisivat myös turvallisuutta. (Mt. 35.)

Sankaruuden ihannointi päihdehuollon työntekijöiden keskuudessa on yleistä. Ei uskalleta tunnustaa omia pelkojaan ja heikkouttaan ongelmatilanteissa. Työntekijät usein yrittävät enemmän kuin on pakko, säilyttääkseen ammattitaitoisen vaikutelman. Mutta mitä lähempänä henkilö on fyysisesti matalaa kynnystä, sitä suuremman merkityksen hän antaa turvallisuuskysymyksille ja sitä stressaavampana hän kokee jatkuvan väkivallan uhan. Joissakin työyhteisöissä turvallisuuskysymyksistä ei saa kuitenkaan puhua, sillä turvajärjestelyjen katsotaan heikentävän asiakaspalvelua tai sanotaan, että turvajärjestelyt, esimerkiksi vartijan käyttö, ei sovi ideologiaan.

Tutkimassani yksikössä työntekijöiden mielipide on se, että heillä on oikeus työskennellä mahdollisimman turvallisissa olosuhteissa. Sosiaaliviraston johdossa ymmärretään turvallisuusasioiden merkitys ja avoin keskustelu on sallittua. Turvajärjestelyt ovat nykypäivää, sillä asiakaskunta on erilaista kuin 10 vuotta sitten. Päihdehuollon yksiköitä rasittaaakin tällä hetkellä työntekijäpako. Vaihtuvuus yksiköissä on suuri ja työntekijät ovat turhautuneita. Jatkuva pelon alla työskentely ei ainakaan ole hyväksi ihmisen hyvinvoinnille.

Pelko yksikköjen ja oman työpanoksen puolesta saa kuitenkin aikaan sen, että ikävistä asioista ei haluta julkisesti puhua. Voi myös leimautua epäammatilliseksi, jos nostaa esiin kysymyksiä, jotka liittyvät asiakkaiden käyttäytymiseen.

Päiväkeskuksessa jouduttiin noin 10 kuukautta toiminnan aloittamisen jälkeen kiristämään kontrolloikeinoja, sillä asiakkaat rupesivat käyttäytymään aggressiivisesti ja rajattomasti.

Laadittiin muun muassa uusi hoitosopimus, koska asiakkaiden kohdalla ongelmia tuli sen suhteen, että kaikki eivät tulleet aukioloaikoina, eivätkä antaneet seuloja ja lisäksi käyttäytyivät uhkaavasti. Entiset liukuvat lääkkeen hakuajat jouduttiin laittamaan kiinteiksi ja huonoon käytökseen ruvettiin puuttuman välittömästi.

6.2 Ensimmäinen kriisivaihe

6.2.1 Uuden toiminnan tulo yksikköön

Havaintoaineistosta nousi esiin erilaisia vaihteita, jotka liittyivät hoidon toteuttamisen ja sen asiantuntijuuden omaksumiseen. Olen jaotellut vaiheet ensimmäiseksi kriisivaiheeksi, toiseksi kriisivaiheeksi sekä seestymisen vaiheeksi. Eri vaiheissa korostuvat eri kysymykset, mutta jotkin kysymykset ovat mukana koko ajan. Vaiheet eivät tietenkään ole tarkkarajaisia, vaan ne limittyvät ja lomittuvat keskenään, mutta havainnointijaksolla ne tulevat kyllä selvästi esiin. Yleinen epävarmuus siitä, mitä hoidon tulisi olla, jotta se olisi huumepolitiikan ja asetuksen mukaista oli läsnä molempien kriisivaiheiden aikana. Seestymisvaiheessa uskallettiin jo luottaa omaan kokemukseen ja näkemykseen siitä, mikä on hyvää hoitoa.

Metadonihoito tuli päiväkeskukseen, jonka toiminnot olivat vakiintuneita ja jossa työntekijät olivat toimineet pitkään. Oltiin totuttu työskentelemään omana yksikkönä, omalla tavalla ja irrallaan muista. Hoito toi yksikköön uusia työntekijöitä. Päiväkeskuksessa oli vastakkain vanhat ja uudet työntekijät ja siihen liittyi valta-asetelmia. Uusien työntekijöiden pelättiin vievän vallan. Uusia työntekijöitä ei ensin millään meinattu hyväksyä joukkoon. Uudet työntekijät taas ihmettelivät vanhojen työntekijöiden jämähtyneisyyttä. Päiväkeskustyöntekijät ovat ohjaajia, joiden työnkuva on ohjausta, neuvontaa ja hoivaa kun taas metadonityöntekijät ovat hoitotyön koulutuksen saaneita, joiden työnkuvaan kuuluu professionaalisen hoitotyön toteutus integraatiotavoitteineen. Työntekijät puhuivat kahden työntekijäryhmän välisestä kuilusta. Sen syvyys on vaihdellut kahden vuoden aikana. Jonkin asteinen kuilu on jäänyt, mutta sen kanssa on opittu elämään.

Kriisi tulee, jos uusi toiminta tuodaan työntekijöiden yläpuolelta ja heitä kuulematta. Ensimmäisen kriisin yksikössä aiheuttikin tieto uuden toiminnan aloittamisesta. Toiminta tuotiin yksikköön siltä kysymättä. Päätös vain annettiin kirjallisena yksikön johtajan loman aikana. Koko yksikkö joutui sekasorron vaiheeseen, jossa vihamielisyyksiä oli kaikkien välillä. Vanha toiminta ja uusi toiminta joutuivat vastakkain. Sen kautta myös vanhat ja uudet työntekijät joutuivat vastakkain. Professionaalinen päihdekuntoutus, elämänhallinta ja normaalius tavoitteineen asettuivat myös vastakkain vanhan hoivaan suuntautuneen työn kanssa.

Uusi toiminta aiheutti vastusta päiväkeskuksen vanhoissa työntekijöissä, erityisesti niissä, jotka jatkossakin suorittivat yksikön muita tehtäviä kuin varsinaista metadoniylläpitohoitoa. Erilaiset roolit ja epäselvyys siitä, kuka toimii missäkin työpisteessä sekä valtataistelut kuvaavat ensimmäistä kriisivaihetta. Ylläpitohoidon tulo aiheutti monenlaisia pelkoja, mutta myös kiukkua ja vihaa. Työntekijöiden mielikuvissa ylläpitohoito näyttäytyi pelottavana asiana, joka toisi tullessaan vakiintuneeseen työyhteisöön monenlaisia muutoksia. Vanhat työntekijät pelkäsivät oman asemansa puolesta. Uudet työntekijät olivat innostuneita, olihan heidät palkattu juuri siihen tehtävään. Heidä kuitenkin ahdisti, että miten työyhteisön käy ja hyväksytäänkö heidät työntekijöinä siihen. Oman kokemuksen puute nähtiin ongelmana ja ahdistuksen aiheena. Työntekijät pelkäsivät huumeiden käyttäjien lisääntymistä asiakaskunnan keskuudessa sekä sitä, että muut asiakkaat jäävät vähemmälle huomiolle.

Myös tilat nähtiin ongelmana sekä työntekijöiden että asiakkaiden näkökulmasta; vähäiset tilat jouduttiin jakamaan vielä useamman kesken. Työntekijät arvelivat myös, että varkaudet ja huumausaineiden myynti lisääntyisivät päiväkeskuksessa. Pelot laimenivat vasta, kun työntekijät saivat itse suunnitella tulevaa toimintaa. Tässä vaiheessa käytiin runsaasti keskusteluja ylläpitohoidon sisällöstä ja osallistuttiin metadoniylläpitohoidon koulutukseen. Pelot tulivat voitetuksi vasta, kun yksikön ylläpitohoidon toimintapaketti saatiin aikaiseksi paperille ja paperin sisältö esitellyksi koko työryhmälle. Kun toiminta vihdoinkin syksyllä käynnistyi, oli suurin osa peloista voitettu ja lähdettiin innolla uutta toimintaa toteuttamaan.

H: Yritetäänkö muistella minkälaisia fiiliksiä sulla oli silloin, mitä sinä ajattelit silloin kun ylläpitohoito asia alkoi?

T: Aluksi kun kuultiin siitä että mahdollisesti tulee metadon, niin sivuutettiin koko asia, että eihän se tänne sovi tällaiseen paikkaan. Kun tulin lomilta ja näin paperin, niin oli aika

inhoittavat fiilikset. Tuli kiukkua ja vihaa. Kun kaikki kerran muuttuu täällä, täytyy vaihtaa työpaikkaa. Metadonikoulutuksen jälkeen kuitenkin päätin katsoa loppuun asian. Muutosvaihe itselle: kestän ja sulatan ja muutun. H2

H: Millaisia fiiliksiä sulla silloin oli kun aloiteltiin metadonihoidoa?

T: Alussa päällimmäinen fiilis oli pelkoa, ahdistusta ja jännitystä ja myös suunnatonta innostusta. Pelotti että miten sitä selviää ja miten asiakkaat sopeutuu tähän ympäristöön. Täällä on syrjäytyneitä asiakkaita, jotka käyttää kaikkea, et miten se provosoi näitä asiakkaita. Sitte pelotti, että miten tää alkaa toimia, kun kellään ei ole kokemusta ja itsekin on ihan noviisi, et jos kaikki meneekin pieleen ja joku kuolee, jos tulee joku moka kun on tollaisista vaarallisista aineista kysymys.

H: Ajattelitko jotain tästä työyhteisöstä, et miten tää vaikuttaa siihen?

T: Pelkäsin miten vaikuttaa työyhteisöön. Ajattelin että, kun tiesin lähtökohdan, että metadonihoidon tulo tänne oli vaikea hyväksyä, että rikkooko tämä nyt sitten kaiken ja jäänkö ihan yksin ja ulkopuoliseksi, koska nämä muut ihmiset ovat kuitenkin olleet täällä, ja muut tekee kaikkea ja minä en, että hyväksyykö ne toiset. Että miten jos nää työntekijät ei sopeudukaan tähän. Nyt vuoden kuluttua kuitenkin tilanne rauhoittunut ja oma rooli selkeytynyt. Minut on hyväksytty ja yhteistyö on sujunut hyvin. H3

H: Sä olit töissä täällä silloin kun tää ylläpitohoito tuli, niin millaiset fiilarit?

T: Fiilikset hyvät mutta sekavaa, kun kaikki uutta. Hyvä kun sai olla itse mukana suunnittelemassa toimintaa, että tuli oman näköinen. Henkilökunnan puolesta tulee ongelmat ei asiakkaiden. Työntekijäasiassa alusta puolen vuoteen saakka oli sotimista. Siihen auttanut työnohjaukset sekä yhteinen keskusteleminen. Erilaista niille, jotka olleet aikaisemmin ja ne jotka uusia. Helpompaa uusille kuin vanhoille. Kun vanha rutiini, että asiat tehdään näin.. kysymys on valta-asemasta.. että kaikki mikä tulee uusille on vanhoilta pois.. eivät saa huomiota samalla tavalla... kaikki rahat panos ja energia laitetaan ylläpitohoitoon. H1

Ylläpitohoidon tulosta yksikköön kuultiin toukokuun lopussa vuonna 2001 ja kesäkuussa toimitusjohtajalta tuli päätös toiminnan aloittamisesta, jonka piti tapahtua syyskuun 15 päivään mennessä. Marraskuussa 2001 toiminta alkoi. Kun asiasta ensimmäisen kerran kuultiin, niin henkilökunnan alkureaktiot olivat tyrmistyneitä. Kesän aikana suurin meteli hiljeni, mutta elokuussa yksikön ilmapiiri oli todella huono. Syyskuussa tilanne tasaantui. Elokuussa ihmiset uhkailivat irtisanomisilla sekä halusivat lisää palkkaa. Elokuun lopussa

myös itse yksikön johtajana olin ihan loppu. Työnohjaus helpotti tilannetta sekä muiden ulkopuolisten kanssa keskustelu. Koska koin työntekijöiden hyökkäävän voimakkaasti henkisesti kimppuuni, vetäydyin kaikesta ylimääräisestä kanssakäymisestä heidän kanssaan. Siihen asti työntekijät olivat tottuneet siihen, että olin aina heidän kanssaan jakamassa heidän asioitaan. Jälkikäteen ajatellen se oli oman eloonjäämisen kannalta välttämätöntä, varsinkin kun tukea johdolta ei saanut.

Elokuussa metadonihoidon tuloa käsiteltiin yhdessä ja koetettiin kartoittaa siihen liittyviä hyviä ja huonoja asioita. Hyvinä asioina nähtiin työn monipuolistuminen, näkemysten avartuminen, uranuurtavan toiminnan aloittaminen, suuremman ammattitaidon käyttämisen mahdollisuus, uusi toimenkuva, juuri tähän tehtävään valikoidun henkilökunnan, erilaisten kokemusten ja uusien yhteistyökumppaneiden saanti, uuden toiminnan suunnittelu, vastuun kasvaminen ja pilottiyksikkönä oleminen. Huonoina asioina nähtiin tiedonkulun ongelmat, huhut ja arvailut sekä työaikojen muuttuminen. Asian ei nähty koskevan tasapuolisesti kaikkia. Pelättiin, että tulee kaksi eri työntekijäryhmää ja asiakasryhmää, joiden välikätenä joutuvat jotkut työntekijät olemaan. Työnkuvan muutokset, liiallinen vastuun kasvu, viikonlopputyöt, levottomuuden ja murtojen lisääntyminen, huonot tilat ja väkivalta ahdistivat. Hoito koettiin aivan vieraaksi. Pelättiin narkomaanien lisääntymistä asiakaskunnan keskuudessa, ilmapiirin kiristymistä, työntekijämuutoksia, lisääntyviä työpaineita, ja työnjaon epäselvyyksiä. Hyvät ja huonot puolet menivät osittain päällekkäin: jotkin asiat olivat sekä hyviä että huonoja. Suurinta pelkoa aiheutti yleisesti ottaen muutos ja epävarmuus.

Syyskuussa 2001 oltiin tilanteessa, jossa voitiin solmia työsopimuksia. Syyskuun lopussa tehtiin työsopimukset lähihoitajan sekä sosiaalihoitajan kanssa, mutta lääkäri ja sairaanhoitaja vielä puuttuivat. Muuten hoitopaketti alkoi olla kasassa. Syyskuussa eniten puhutti sairaanhoitajan valinta, jonka tein itse. Työntekijät olisivat halunneet valita itse sairaanhoitajan. Ilmapiiri oli niin tulehtunut ja klikit niin suuret, ettei siitä olisi tullut mitään. Työntekijät valittivat myös lähihoitajan valinnasta. Sairaanhoitaja tuli syyskuun lopussa käymään yksikössä. Tilaisuus oli ihan mukava. Sairaanhoitajaa pelotti. Henkilöstö oli nyt innokkaampi, kun se oli käynyt metadonikoulutuksessa. Syyskuun lopulla saatiin nimetyksi lääkäri. Lääkärin saaminen tuntui lääkäripulan takia olevan vaikeaa. Tilannetta vaikeutti vielä sekin, ettei huumehoitotyö tuntunut lääkäreitä kiinnostavan. Uusien rekrytointien myötä yksikössä jouduttiin tekemään huonejärjestelyjä, mikä jälleen kiristi tunnelmaa.

Lokakuussa 2001 kaikki olivat innostuneita, mutta pienistä asioista kiisteltiin. Myös väkivalta-asiat puhuttivat kovasti. Asiakkaille yritettiin saada aikaiseksi keskusteluryhmiä, mutta siinä ei onnistuttu. Ei ollut käytettävissä tarvittavaa vartijaa tai sitten ei ollut tiloja, koska ne olivat jatkuvasti muussa käytössä. Keskusteltiin myös siitä, että yksikköön oli muodostunut kaksi työntekijäryhmää, mutta yksikössä oli kuitenkin sama perustehtävä. Keskusteltiin siitä, että tärkeintä ei ole se, että on kivaa vaan perustehtävän tekeminen. Työyhteisössä koettiin, ettei kaikille kerrottu asioita, vaan oltiin salamyhkäisiä. Koettiin, että jotkut supisivat suljettujen ovien takana. Työyhteisö oli jakaantunut kahteen leiriin: niihin jotka toteuttivat päiväkeskustyötä ja niihin jotka toteuttivat metadoniyläpitohoitoa. Työntekijät käyttäytyivät provokatorisesti toisiaan kohtaan ja aiheuttivat pienistä asioista kähinää keskenään. Osa työntekijöistä näki tässä vaiheessa metadonihoidon luonnollisena osana toimintaa, kun taas perusryhmän pelkona oli, että siihen kuuluvat jäävät huonompaan ja ei-arvostetumpaan asemaan.

Lokakuun puolivälissä metadonihoitopaketti eli hoidon periaatteet, sisältö ja käytännön toteutus esiteltiin sairaanhoitoyhtymän edustajille sekä omalle johdolle. Palaute oli erittäin myönteistä. Rakenne ja sisältö nähtiin hyvänä. (ks. paketin sisältö seuraavassa luvussa.) Seuraavaksi metadonipaketti esiteltiin kaikille työntekijöille. Työntekijät olivat helpottuneita ja tyytyväisiä eikä ollut enää murinoita. Asiakkaiden keskusteluryhmien perustamista suunniteltiin jälleen, mutta asia kaatui taas, kun ei ollut tiloja eikä vartijaa samanaikaisesti käytettävissä. Keskustelua hoitopaketista käytiin myös A-klinikan kenttäihmisten kanssa. He näkivät että hoitomalli on ihan hyvä, mutta heitä mietitytti, miten toimitaan metadonin annon kanssa, jos asiakas on päihtynyt? A-klinikan vastaavan yksikön kanssa käytiin keskusteluja suhtautumisesta hoidossa olevien alkoholin käyttöön. A-klinikalla oltiin sitä mieltä, että lääkettä ei voi antaa päihtyneille. Keskusteltiin myös lähihoitajien pätevydestä antaa lääkettä. Kuun puolivälissä tuntui, että työyhteisön ilmapiiri oli paranemaan päin. Metadonikoulutuksen käyminen oli selvä käänne parempaan. Nähtiin, että hoidon tulo yksikköön oli väistämätöntä ja siitä tulee yksikön työ. Konkreettinen tekeminen ja suunnittelu helpottivat ahdistusta. Huhut ja luulot olivat jyllänneet ihmisten mielikuvituksessa. Kuukausi sitten kaikki oli sekaisin: työntekijät olivat stressaantuneita ja masentuneita. Nyt tilanne oli paranemaan päin, mutta koville se oli ottanut.

Lokakuun loppua kohti mentäessä tunnelmat taas kiristyivät. Esiintyi runsaasti pelkoja ja epävarmuutta tulevasta. Pelättiin erityisesti kovan luokan huumeiden lisääntymistä päiväkeskuksessa sekä huumekauppaa. Pelättiin myös, miten muut asiakkaat reagoivat.

Kuilu työntekijöiden välillä alkoi kasvaa ja esiintyi runsaasti riitoja. Vanhan päiväkeskustytön ja uuden metadonityön ja näiden työntekijäryhmien välille muodostunut kuilu aiheutti klikkiytymistä ja valtataistelua, pikkuasioista tappelua sekä taistelua työtiloista. Kohdassa Vanhat ja uudet työntekijät olivat omilla puolillaan toisiaan vastaan. Esiintyi molemminpuolista ilkeyttä. Kumpikin ryhmä syytti toinen toisiaan. Tapeltiin tulevien hoidettavien omahoitajuudesta. Toimenkuvien epäselvyys vaivasi työyhteisöä sekä metadoniasiakkaiden puute, sillä he olivat tulossa vasta seuraavassa kuussa. Pelättiin myös, että muut asiakkaat joutuvat kärsimään. Työnohjaus koettiin hyvänä ja helpottavana asiana tässä tilanteessa. Itse johtajana koin olevan täysin lopussa, mutta kenelläkään ei ollut aikaa jutella kanssani. Teki mieli lähteä ja jättää kaikki.

Marraskuussa tulivat ensimmäiset asiakkaat. Asiakkaiden lipsuminen hoitoajoista aiheutti ongelmia ajankäytössä, kun työntekijä joutui olemaan odottamassa. Päiväkeskustytöntekijät tunsivat itsensä ulkopuoliseksi hoitorinkiin nähden. Metadonityöntekijät viettivät aikaa yhdessä eivätkä he osallistuneet muihin työtehtäviin. Metadonihoito vei paljon aikaa, kun se ei ole vielä rutinoitunut. Yksikön tila koettiin hieman paremmaksi, muutosvastarintaa ei ollut, mutta työntekijät miettivät, onko tämä sopiva paikka metadonihoidolle ja pillerikauppakin oli pelästyttänyt työntekijöitä. Tilojen koettiin olevan suuri ongelma. Se aiheutti jopa valtataistelua ja pienistä asioista kuten reiittäjästä tappelua.

Kriisi tulee, jos organisaatio ja ympäristö sopivat huonosti yhteen. Yksikkö oli liian kauan tehnyt samoja asioita samalla tavalla ja samalla henkilökunnalla. Kun tieto metadonihoidon tulosta tuli, se sotki kaiken. Nykyaikana yksiköltä vaaditaan jatkuvaa valmiutta muutokseen, sillä ympäristön muutokset aiheuttavat muutoksia resursseihin, prosesseihin ja strategioihin. Kriisitilanteessa saattaa helposti käydä niin, että keskinäiset valtasuhteet määräävät kaikkea ja valtataistelu vähentää voimia suhtautua ympäristöön. Eri ryhmät riitelevät keskenään ja yhteinen päämäärä unohtuu. Eli omat edut tulevat tärkeimmiksi. Päiväkeskus oli vuosikausia toiminut samalla tavalla ja samoilla työntekijöillä, periaatteella, että kaikkien tulee tehdä kaikkea. Päiväkeskus oli eriytynyt omaksi linnakkeekseen.

Marraskuussa tilanne kriisiytyikin ja jouduttiin keskustelemaan siitä, että virasto määrittelee sen, mihin se yksikköä tarvitsee. Työyksikkö on osa virastoa ja yksikön virat ovat viraston virkoja. Työyksikkömme on yksi yksikkö, jolla on monia tehtäviä. Organisaation on vastattava ympäristössä tapahtuviin muutoksiin tässä tapauksessa huumeiden käyttäjien määrän ja heidän tarvitsemansa hoidon määrän kasvuun. Yksikölle on annettu uusi tehtävä, asiakkaita varten on tilat ja virat, työnjaon tehtävä on turvata asioiden tekeminen, se ei ole itsetarkoitus. Kaikki eivät voi tehdä samoja asioita. Työntekijöillä on erilaiset taidot ja eri vakanssit.

Muutos aiheutti siis yksikölle ja yksittäisille työntekijöille kriisin, joka olisi ollut vältettävissä tai ainakin se olisi helpommin mennyt ohi, jos yhteisö olisi saanut olla vaikuttamassa asioihin jo silloin, kun asiasta käytiin keskusteluja ja sitä suunniteltiin. Yksikkö jätettiin kylmästi kaiken tämän ulkopuolelle. Mutta alkuhämmennyksestä selvittyään työyhteisö alkoi keskuudessaan miettimään, miten tästä selvitään ja miten tätä hoitoa näissä tiloissa ja näillä resursseilla aletaan toteuttaa. Yhteinen suunnitteluvaihe muodostui hedelmälliseksi: saatiin aikaiseksi kelvollinen hoitopaketti sekä työntekijät oppivat keskustelemaan avoimemmin ja löysivät toinen toisistaan tukea.

Metadoniylläpitohoitotyössä koettiin onnistumisen iloa kahden porukan kuilusta huolimatta. Metadonityöntekijäryhmän toimivuutta ja avointa keskustelua korostettiin usein. Työntekijät kertoivat kasvaneensa myös ihmisinä ja työ koettiin haasteelliseksi ja mielenkiintoiseksi.

(Keskustelua säännöistä. Keskustelu kääntyy loppuaan kohden ja työntekijälle tulee vielä nämä mieleen.)

H: Tulisko sulla vielä jotain muuta mieleen?

T: Oon sillä lailla yllättynyt, että jos ajattelee viime syksyä ja nyt, niin on ihan erilaiset, että on ihan kauhean iloinen ja tyytyväinen siitä, että ite pystynyt muuttamaan asenteita ja käydä läpi ja oppinut uutta hirveen paljon, ja se on kamalan hyvä asia, ja sitten minusta on kauheen ihana asia tämä meidän ryhmä, että pystytään puhumaan ihan vaikeistakin asioista eikä kukaan ota sitten tällä hetkellä henkilökohtaisesti mitään, ja minä koen että jokainen saa sanoa ja uskaltaa sanoa mielipiteensä, ettei tarvitse jäädä yksinään miettimään eikä hautomaan.... Olen tällä hetkellä ihan hyvällä fiiliksellä ja haluan jatkaa metadonihoitoa. Nyt tässä on semmoisessa paikassa, että jos pitäis valita päiväkeskusasiakkaat tai

metadoniasiakkaat, niin enpä tiedä kumman valitsisin, voi olla että kallistuisin metadoniasiakkaiden puolelle loppujen lopuksi. H2

Päiväkeskustyöntekijä joka tekee myös metadonityötä kertoo:

T: Metadoniryhmässä avoin keskustelu. Mielipiteille annettu arvoa. Onnistumisen iloa. Epäonnistumista on se, että on kaksi porukkaa, niiden välissä sukkulointi. Toisinaan on kiinnostunut metadoniasioista toisinaan toisista. Omahoitajuus ollut mukavaa. Tyytyväinen menneeseen jaksoon. On joutunut käymään läpi asenteita, tyytyväinen, kasvanut vuoden aikana henkisesti. Haluaa pysyä ajan hermolla. Ei koe taantumista, tyytyväinen itseän, antanut tärkeän panoksen työyhteisölle. Harvoin marttyyrisiä fiiliksiä enää. 1.10.02

6.2.2 Asiakasryhmät

Nuorvalan mukaan huumeiden käyttäjien ja alkoholin väärinkäyttäjien hoidon tulisi huumeiden käyttäjien mielestä olla erilaista ja se pitäisi toteuttaa erillisesti. Huumeiden käyttäjät näkivät eroja kulttuurisissa ja statuseroissa: alkoholisteja pidettiin ala-arvoisempina. (Nuorvala 1999, 36-37.) Anneli Pienimäen keräämien päihdetyöntekijöiden näkemysten mukaan samat hoitomenetelmät kyllä sopivat sekä alkoholi- että huumeongelmallisille, mutta he eivät aina sovi saman pöydän ääreen: nuoren narkomaanin on vaikea samaistua keski-ikäiseen alkoholistiin ja päinvastoin. (Pienimäki 2002, 6.) Huumeiden ja alkoholin käyttäjät kokevat olevansa erillisiä ryhmiä eivätkä he mielellään käytä samoja palveluita, koska heillä on erilaiset palvelutarpeet (Törmä ym. 2003, 86.) Huumeidenkäyttäjillä onkin todettu huomattavaa palvelutarvetta juuri perusasioiden hoitamisessa kuten viranomaisten kanssa asioimisessa, sosiaalisten etuuksien hakemisessa, asumisasioiden hoitamisessa. Huumeiden ongelmakäyttäjät eivät usein osaa hallita jokapäiväistä elämäänsä. Monilla myös perustarpeet ovat tyydyttämättä eivätkä esimerkiksi ruoan saanti, hygieniasta huolehtiminen ja yöpymispaikka ole heille itsestäänselvyksiä. Tämä koskee lähinnä syvimmällä alakulttuurissa eläviä narkomaaneja. (Mt. 104-105.)

Päiväkeskuksessa palvellaan rinnakkain sekä alkoholin väärinkäyttäjää että huumeidenkäyttäjää. Päiväkeskusasiakkaat ovat asunnottomia erittäin syrjäytyneitä sekä alkoholin että huumeidenkäyttäjää, ja nyt näiden rinnalle tulivat myös metadoniasiakkaat. Koko metadonihoidon ajan on aina silloin tällöin mietitty sitä, että voidaanko molempia ryhmiä hoitaa samassa paikassa. Toisaalta nähdään, että metadonistit hyötyvät

päiväkeskuksen muista palveluista, mutta joskus työntekijöistä tuntuu, että he myös ottavat suuremman huomion itselleen ja päiväkeskusasiakkaat jäävät vähemmälle huomiolle. Aina kun joudutaan jotain priorisoimaan, voittajaksi tulevat metadonistit. Joskus jotkut työntekijät puhuvat jopa metadonistien hyysäämisestä. Hyysäämisellä he tarkoittavat, että metadonisteja palvellaan heti ja muiden kustannuksella. Koettiin, että tätä ryhmää priorisoidaan ja heille annetaan kaikki periksi ja joustetaan liikaa, sillä juuri rajattomuuden koettiin olevan heidän suurin ongelmansa. Metadonistien erikoisaseman koettiin tulevan myös metadonihoidajille.

(Puhetta uuden ja vanhan toiminnan ja uusien ja vanhojen työntekijöiden välisestä kuilusta.)

H. Miten nyt näät kun vuosi on kulunut, et miten nyt on?

T: Joskus kuitenkin tuntuu että ihan täysin ei ole tullut hyväksytyksi, koska noi muut työntekijät tuntevat että metadoniasiakkaita kohdellaan eriarvoisesti eli paremmin. Että me tehdään kaikki näiden metadoniasiakkaiden hyväksi eikä muiden. Että itte on erikoisasemassa ja myös asiakkaat. H3

Asiakkaat eriarvoistavat myös toisiaan. Metadonistit pitävät itseään fiksumpina kuin juoppoja.

Asiakkaat ottaisi kaiken minkä irti sais, ne on parempia ja fiksumpia kuin noi luuserit juopot. (Työntekijän käsitys asiakkaiden mielipiteestä). Metadoniasiakkaat usein puhuvat päiväkeskuksen asiakkaista luusereina. 30.9.02

Ensimmäinen metadoniasiakas yksikköön tuli 5.11.2001. Seuraavat tulivat vähitellen. Yleisesti ottaen asiakkaat siirtyivät yksikköön mielellään, mutta siirtoihin liittyi jännitystä, erityisesti sen suhteen, että säilyvätkö saavutetut edut myös uudessa yksikössä. Jotkut myös pelkäsivät näkevänsä entisiä käyttäjäkavereitaan. Yksikön ruokailumahdollisuus nähtiin hyvänä asiana. Usein siirtoihin liittyi myös edellisen hoitopaikan arvostelu. Lääkeannoksen pienuutta moittivat kaikki paitsi yksi. Joillekin tuotti ahdistusta, että omahoitaja olikin lähihoitaja eikä sairaanhoitaja ja joku pelkäsi, että joutuu antamaan seulat asiakasvessassa. Yksi asiakas toivoi joustavuutta ja ilmaisi samaan hengen vetoon, että yksiköstämme ei voi potkia ketään pois käyttäytyi, miten hyvänsä. Eräs asiakas kertoi, että ei edes käytä opiaatteja. Asiakkaalla olikin juoppohabitus, tarvitsisiko hän enemmän mielenterveysapuja, käyttääkö edes heroiinia? Työntekijöistä tuntui, että olikohan asiakas nyt oikeassa hoitopaikassa ongelmiensa kanssa.

Päiväkeskuksessa metadoniasiakkaita on 10. Asiakkaiden keski-ikä on 43 vuotta. Naisia on kaksi ja miehiä kahdeksan. Avo- tai avioliitossa on kuusi, naimattomia on kolme ja eronneita yksi. Omassa tai vuokra-asunnossa asuu yhdeksän ja asuntolassa yksi. Työttömänä on neljä, työssä kaksi ja eläkkeellä neljä. Viisi asuu huumeongelmaisen kanssa ja viisi yksin. Lapsia on samassa taloudessa kahdella ja muualla asuvia lapsia kahdella asiakkaalla. Peruskoulun on käynyt kolme asiakasta ja keskiasteen neljä asiakasta. Ensi kerran hoitoon on tultu keskimäärin 32-vuotiaana. Ensi kerran huumeita on käytetty 13-vuotiaana ja ensi kerran alkoholia 12-vuotiaana. Opiaatti on kaikilla pääpäihde. Toinen päihde on useimmiten amfetamiini tai bentsodiatsepiini tai kannabis. Suonensisäinen käyttö on alkanut noin 15-vuotiaana. Kaikki ovat käyttäneet monia päihteitä elämänsä aikana. Toisena lääkkeenä metadonin rinnalla on kaikilla Diapam ja kolmantena lääkkeenä unilääke Tenox on kuudella asiakkaalla. C-hepatiitti on kaikilla ja B-hepatiitti viidellä asiakkaalla, HIV:ä ei ole kenellekään. Useimmalla on persoonallisuushäiriöproblematiikkaa, osa tekee rikoksia, osalla on jatkuvaa oheiskäyttöä toisilla vain toisinaan ja muutamat ovat kokonaan päässeet laittomista päihteistä eroon, mutta heilläkin on suuret lääkeannokset suuren metadoniannoksen lisäksi. Uhkaavaa ja aggressiivista ja impulsiivista käyttäytymistä esiintyy jonkin verran. Suurin osa asiakkaista on ns. tavallisten perheiden lapsia. Lastensuojelutaustaa oli vain kahdella.

Työntekijät pelkäsivät asiakkaiden välisiä riitoja sekä lieveilmiöitä, esimerkiksi pillerikauppaa. Myös lääkehoito nähtiin pelottavana, koska se oli uutta ja vierasta.

H: No, mitä sinä olet tykännyt organisaation kannalta näiden muiden työntekijöiden ja muiden asiakkaiden kannalta, minkälaisia odotuksia oli tästä toiminnasta?

T: No siitä hirveen paljon puhuttiin niin kuin työkavereitten kanssa, just tällaisista asioista ja oli niin kuin semmoinen pelkokin, että muut päiväkeskusasiakkaat jää vähemmälle ja fiilis, että nää narkomaanit on niin vieraita ja erilaisia ihmisiä ja niiden mukana voi tulla kaikenlaisia lieveilmiöitä. Paikkana ei oikea kun tämä perushoitoa eikä eikä tämä ole mikään hoitopaikka, lääkejuttu tuntu kerta kaikkiaan niin vieraalta. Aluksi pelotti asiakkaiden väliset ristiriidat. Mutta niitä ei ole tullut se on jännä asia, ihan muutama, noin 5 asiakasta. Ne valittaa että narkomaanit valtaa pöydät ja toisinpäin taas valitetaan hajuista. (että päiväkeskuksen alkoholistit haisevat). H2

Toisaalta työntekijät myös miettivät, tarvitaanko jokaiselle ihmisryhmälle erilaiset erityispalvelut vai yritettäisiinkö ihmisiä sopeuttaa toinen toisiinsa. Nyt käy helposti niin, että kaikki haluavat itselleen sopivaa hoitoa itselleen sopivassa hoitopaikassa, kun on niin erityinen.

Munkkisaaren palvelukeskuksen ylläpitohoitoasiakkaista osa on voimakkaasti alakulttuuriin kiinnittyneitä ja heidän ympärillään liikkuu sekä aineita että myyjiä. Oleskelu palvelukeskuksessa ei ollut hyväksi kaikille, vaan osa jopa pelkäsi aggressiivisia huumeiden käyttäjiä. (Törmä ym. 2002, 33-34.) Myös metadonistit pelkäsivät aluksi tulla päiväkeskukseen, koska siellä voisi törmätä vanhoihin käyttäjäkavereihin. Myös muiden päihtymystila nähtiin myös ongelmana, kun itse haluttiin pysyä päihteettömänä. Toisaalta taas ajateltiin, että joillekin voi olla hyötyä siitä, että näkee jonkun toisen, joka on päässyt laittomista päihteistä eroon.

Metadoniasiakkaiden pelot ovat osoittautuneet aiheettomiksi: keskinäisiä nujakointeja ei ole ollut ja asiakkailla, joilla ei ollut laittomien päihteiden käyttöä edellisessä paikassa, ei ollut sitä päiväkeskuksessakaan. Vartijalla on myös selvästi rauhoittava vaikutus, sillä yhtään kertaa ei ole tarvinnut kutsua poliisia paikalle. Asiakkaat pitävät vakituista vartijaa yhtenä henkilökunnan jäsenenä, jonka kanssa voi myös keskustella tärkeistä asioista. Yhteispalavereissa jotkin muut yksiköt kehuskelevat sillä, ettei vartija kuulu heidän ideologiaansa, mutta samanaikaisesti he kertovat, että väkivaltilanteita on päivittäin, poliisi käy viikoittain eivätkä kaikki asiakkaat eivätkä uskalla käyttää palveluita. Päiväkeskuksen ideologiaan kuuluu, että kaikki asiakkaat saavat asioida turvallisesti ja myös työntekijät voivat työskennellä turvallisesti.

Yleisesti ottaen muut asiakkaat eivät ole paljon kommentoineet metadonilaisia, vaikka ovat varmasti huomanneetkin, että joissakin huoneissa tapahtuu jotain siihen liittyvää. Asia herätti lähinnä ihmetystä. Huumeiden käyttäjien lisääntyminen palvelujen käyttäjinä on vaarassa karkottaa alkoholiongelmaiset pois palveluyksiköistä. (Törmä ym. 2003, 86.) Päiväkeskuksessa joskus mietittiinkin, että kuinka paljon päiväkeskuksen muita asiakkaita on jäänyt pois, kun metadonistit tulivat. He voivat joistakin ihmisistä tuntua pelottavan oloisilta, koska he ovat usein kovaäänisiä, vaativia ja määräileviä. Tähän kysymykseen tutkimus ei anna vastausta, sillä asiakkaat tulevat ja menevät, ja heiltä ei kysytä henkilötunnuksia.

H: No mitä sä ajattelet, et mitä noi muut asiakkaat ajattelee?

T: Olen kiinnittänyt huomiota siihen, että muut asiakkaat katsoo, kun laitetaan ovi kiinni kun metadoniasiakas tulee. Et herättää heissä kummastusta. H5

Joskus asiakkaat ovat kateellisia toisen ryhmän saamista palveluista. Esimeriksi Kluuvin palvelukeskuksessa törmättiin muiden kuin HIV-infektoituneiden huumeidenkäyttäjien kysymyksiin siitä, pitääkö hankkia HIV saadakseen palveluita. (Törmä ym. 2002, 32.) Päiväkeskuksessa alkoholistit taas kyselivät, että miksi narkomaanit saavat kaman ja asunnon ja alkoholisti ei saa kumpaakaan. Asiakkaat peräänkuuluttivat viinan korvaushoidon arviointipistettä.

H: No mitä mieltä sä oot siitä, että näitä päiväkeskusasiakkaita ja metadonasiakkaita on samassa paikassa?

T: En minä siinä mitään haittaakaan ole keksinyt. En tiedä sitten mitä niin kuin päiväkeskuksen asiakkailla? Heillä voi olla vaikka minkälaisia mielikuvia tästä, mitä täällä tapahtuu ja niin kuin joillakin asiakkailla on tullut sellaista, että ei siedä noita narkkareita (metadonisteja) ja vähän semmoinen niinku mustasukkaisuus, et ne niin kuin ajattelee, et joku tuolla saa jotain parempaa kuin me tässä. H4

Munkkisaaren palvelukeskus oli ensimmäinen yksikkö Suomessa, joka alkoi toteuttaa ylläpitohoitoa metadonilla HIV-positiivisille narkomaaneille. Munkkisaaren palvelukeskuksen teettämän ns. ulkoisen arviointitutkimuksen mukaan palvelukeskuksen asiakaskunta muodostui vaikeasti syrjäytyneistä, joilla oli psyyken sairauksia, skitsofreniaa sekä persoonallisuushäiriöistä. He olivat usein arvaamattomia, levottomia ja väkivaltaisia. Asiakaskunta oli todella vaativaa, tämä leimasi koko toimintaa ja asetti sille reunaehdoja. Asiakkaat olivat sisäistäneet huumeidenkäyttäjien alakulttuurin. Heillä oli rikollisuutta, prostituutiota ja lisäksi heillä oli HIV. (Törmä ym. 2002, 33.)

Tutkittavan päiväkeskuksen metadoniasiakkaat olivat huonokuntoisempia kuin oli odotettu ja lähettävän tahon puolelta annettu ymmärtää. Työntekijät olivat odottaneet, että asiakkaat ovat hyväkuntoisempia kuin he sitten olivatkaan. Asiakkaiden lääkehakuisuus ja elämän pyöriminen lääkkeen ympärillä tuli myös yllätyksenä. Tunnettiin epävarmuutta siitä, miten tätä asiakasryhmää tulisi hoitaa. Omahoitajakeskustelujen merkitys koettiin tärkeänä, koska

asiakkaiden psyykkinen kunto oli niin huono. Niissä koettiin pystyttävän tukemaan asiakasta. Asiakkaiden arjen tukeminen nähtiin tärkeänä.

H: Millaiset käsitykset sulla on tällä hetkellä, et mitä tän ylläpitohoidon tulis olla ja mitä sen psykososiaalisen hoidon tulis olla, millaiset käsitykset sul on asiakkaista et mitä ne tarvitsee?

T: Mulle oli yllätys kuinka paljon asiakkaat tarvitse tukea ja apua tällaisissa jokapäiväisissä asioissa. Että kun elävät niin lääkkeen ympärillä, että semmoset jokapäiväiset asiat ovat hyvin vieraita, että semmoissa tarvitse enemmän apua, tukea ja neuvoja ja kannustusta. Sitten ihan tommoiset henkilökohtaiset keskustelut, mulla on sellainen käsitys, että ne koetaan hyvinä. Että aika luottamuksellisiakin asioita on ruvettu puhumaan näissä keskusteluissa.

H: Millaisia ongelmia tai yllätyksiä on ollut?

T: Yllätys on ollu että olin kuvitellut, että nämä asiakkaat ovat paljon terveempiä psyykeltään kuin ne sitten loppujen lopuksi on. Että olis tällaiset jokapäiväiset asiat selviä ja järjestyksessä ja se olis vain pieni osa, se heidän täällä käyminen ja lääkkeen hakeminen, mutta ettei ole mitään muuta tärkeätä elämässä, ja että silloin kun lääkettä tullaan hakemaan ei ehditä muuta tekemään. Et se on niin ku työntekoa. Että olin kuvitellut että vain käydään hakemassa lääkkeitä ja vähän vaihdetaan kuulumisia ja eletään normaalia elämää sen jälkeen., mutta ei se onnistu. H2

H: Minkälainen käsitys sulla oli, et minkäkuntoisia nää asiakkaat olis ja onko käsitys muuttunut?

T: Aattelin että se omahoitajan rooli olis pienempi tai suppeampi, kyllä minä sen sillä tavalla koin, että ne olis niinku tasapainossa ja hyväkuntoisia. Niin ja ehdottomasti ajattelin, että ne olis ollu parempikuntoisia ja olin tavallaan pettynyt siihen, että minkä takia me ei mitenkään tiedetty sitä eikä kukaan meille kertonut, ettei ne oikeesti voikaan niin hyvin kuin piti voida. Epäreilua ettei tavallaan voinut mitään tehdä, kaikki oli meille tullut ja niin pois päin, niin se tuntui epäreilulta. Koska eihän nää mitenkään hyvässä kunnossa ole, että sen takia mä en niin kuin suurimman osan kohdalla näkisi, et ne olis senkuntoisia, et ne hakisi lääkkeen apteekista. Se ei mun mielestä käy, että ennemmin joskus sitten myöhemmin, kun se hoito on vielä edistyneempi tai hoito on pidemmälle edistynyt. Jos se siitä sitten edistyy pidemmälle.

H: Mitkä on sen kunnon mittarit on tai mitkä asiat oli sulle sellaisia, jotka oli sulle yllätyksiä?

T: Ihmisen vointi. Psyykkinen ja fyysinenkin, että käsikädessä ne siin menee. Sosiaalinen puoli tuntuu olevan sillä tavalla kunnossa. Kaikilla on asunnot ja rahat tulee säännöllisesti,

mutta se psyykkinen puoli pääasiallisesti, johon olen pettynyt. Koska sitten kun tulee se huomio, et nää ei voikaan niin hyvin eikä nää olekaan tasapainossa, et miten mä osaan hoitaa näitä. Ja miten näitä ihmisiä voi hoitaa, ku on kaikenmaailman muuta problematiikkaa mukana. H3

6.2.3 Hoidon periaatteet

Suunnitteluvaiheen aikana aikaansaatu metadonihoitopaketti eli yksikön ylläpitohoito-ohjelma sisälsi yksikön käsityksen siitä, mitä ylläpitohoito on ja miten sitä käytännössä toteutetaan. Siinä oli ilmaistuna hoidon filosofia, hoitosuunnitelma, hoitosopimus sääntöineen, linjaukset päihteiden käytön ja lomien suhteen sekä viikkosuunnitelma hoidon käytännön toteuttamiselle. (Ks. liitteet 3-5.) Hoitopaketin sisältö suunniteltiin työyhteisön kanssa yhdessä. Ensin mietittiin pareittain joitain teemoja, joita käsiteltiin yhdessä ja sen seurauksena laadittiin yhteistuotos hoidon periaatteista ja käytännöistä.

Yksikön ylläpitohoito-ohjelmassa asiakas tulee päivittäin hakemaan valvotusti metadonilääkkeen sovittuina lääkkeenhakuaikoina. (Ks liite 6.) Lääkkeen annon aikana hoitaja seuraa asiakkaan kliinistä tilaa ja keskustelee hänen kanssaan. Asiakas antaa henkilökunnan pyytäessä virtsanäytteen noin kaksi kertaa kuukaudessa. Jos asiakas on hoitomyönteinen eli esimerkiksi hänen virtsanäytteensä ei sisällä laittomia huumeita, hän voi saada lomapäivän, jolloin hänen ei tarvitse tulla hoitoyksikköön, vaan hän saa edellisenä päivänä lomapullon mukaansa. Mitä kauemmin päihteettömyyttä on kestänyt sitä useamman lomapullon hän voi saada mukaansa. Enimmillään pulloja voi saada mukaan yhdellä kertaa asetuksen mukaan kahdeksan kappaletta. Käytännössä yksikön kymmenestä asiakkaasta seitsemällä on lomapulloja. Yksi asiakas käy vain kerran viikossa hakemassa pulloja ja kolme käy kaksi kertaa ja kolmella on kaksi lomapäivää viikossa. Kolmella ei ole lomapäiviä jatkuvan huumeidenkäytön takia. Lomapäivien määrä vaihtelee siis asiakkaan päihteettömyyden mukaan. Retkahdusten jälkeen kerätään taas uusia lomapäiviä. Alkoholipuhallutuksia joudutaan myös tekemään, sillä alkoholi ja metadoni ovat vaarallinen yhdistelmä. Jos veressä on alkoholia, joudutaan annettavan annoksen kokoon ja mahdolliseen antamiseen puuttumaan. Asiakkaiden kanssa tehdään retkiä ja heillä on mahdollisuus saada korva-akupunktiohoitoa. Sen lisäksi asiakkaiden kanssa on leivottu, pesty pyykkiä ja askarreltu. Jotkut myös syövät päiväkeskuksessa. Hoidon oleellinen osa on ajanvarauksella

sovitut omahoitajakeskustelut. Lääkärin kanssa keskustellaan tarvittaessa, kuitenkin vähintään kerran kolmessa kuukaudessa.

Tutkittavassa yksikössä metadoniasiakkaita hoitaa moniammatillinen tiimi, joka koostuu lääkäristä, hoitajista sekä sosiaaliohjaajasta. Asiakkaan verkostoa käytetään hyväksi aina silloin, kun se havaitaan tarpeelliseksi ja kun asiakas siihen suostuu. Hoitomenetelminä käytetään sekä lääkkeellistä hoitoa, että psykososiaalista hoitoa, mikä on tutkimuksissa todettu hyväksi yhdistelmäksi. Hoito perustuu omahoitaja- ja lääkäritapaamisiin, infotilaisuuksiin (asiakaskokouksiin), yhteisiin ja yksilöllisiin toimintoihin. Asiakkailta kerätään palautetta kolmen kuukauden välein systemaattisesti, mutta myös jatkuvaa palautetta otetaan vastaan ja se käsitellään heti. Asiakkaan toivomukset otetaan huomioon hoidon järjestämisessä sekä sisällöissä.

Tutkittavassa yksikössä kaikkien asiakkaiden kanssa tehdään yksilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma ja sitä päivitetään kolmen kuukauden välein. (Katso liite 5.) Suunnitelmaan kirjataan mm. psykososiaalisen hoidon tavoitteet. Psykososiaalinen kuntoutus on asiakkaiden integroimista normaaliin toimintaan, tukea päihteettömään elämään, asiakkaiden käytöksen rajaamista vastaamaan heidän ikäänsä, yksilöllisyyden huomioimista, yhdessä tekemistä ja arjessa tukemista. Läsnaololla pyritään olemaan helposti lähestyttävissä. Omahoitajakeskustelujen määrä vaihtelee asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan parista kerrasta viikossa kerran kuukaudessa tapahtuviin keskusteluihin. Pienempiä keskusteluja käydään jokaisen lääkkeenhaun yhteydessä.

Hoidosta tehdään hoitosopimus, jonka asiakas ja työntekijä allekirjoittavat. (Katso liite 3). Jokaiselle asiakkaalle sovitaan omahoitaja ja asiakasta koskevista jatkotoimista sovitaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan jatkohoidoista sovitaan aina jatkohoitoa suorittavan tahon kanssa. Pelkkä päihteiden ei ole koskaan hoidon este.

6.2.4 Ulkoiset paineet ja vuorovaikutuksen ongelmat

Ensimmäisessä kriisivaiheessa yksikkö joutui käymään läpi monenlaisia asioita. Ulkoinen hallinnollinen päätös aiheutti kriisin, jossa kaksi työntekijäkulttuuria sekä kaksi asiakaskulttuuria joutuivat vastakkain. Metadonihoidon aloittaminen ja hoidon käytännön järjestelyt aiheuttivat paljon pään vaivaa. Hoidon tulo aiheutti pelkoja ja suoranaista vihaa.

Pelkoa aiheutti muutos ja epävarmuus tulevasta ja siitä, miten selvittää uuden aivan erilaisen toiminnan kanssa vanhoissa pienissä tiloissa. Yksikkö oli tottunut tekemään hoivatyypistä päiväkeskustyötä, ja lääkkeellinen hoito tuntui kovin vieraalta ja ahdistavalta. Pelättiin, miten erilaiset asiakasryhmät sopivat yhteen. Epäiltiin myös, että uusi asiakasryhmä tuo lisähuumeongelmaa, pillerikauppaa ja turvallisuusongelmia yksikköön. Pelättiin myös, että työyhteisö ja asiakaskunta hajoavat kahteen leiriin; metadonityöntekijöihin ja päiväkeskustyöntekijöihin sekä päiväkeskus- ja metadoniasiakkaisiin. Pelättiin myös, että asiakasryhmät ja heidän työntekijänsä olisivat eriarvoisessa asemassa, että kaikki metadonin ympärillä tapahtuva olisi arvokkaampaa, koska juuri siihen jouduttiin tässä vaiheessa enemmän panostamaan.

Keskinäisten vihanpurkausten lisäksi vihan kohteeksi jouduin myös minä keskuksen johtajana. Työntekijöistä tuntui, että johtaja oli syyllinen siihen, että uusi toiminta tuli yksikköön, sen työntekijöitä kuulematta. Tosiasiassa en itsekään ollut kuullut asiasta yhtään aikaisemmin. Työntekijöitä oli loukattu antamalla työyhteisölle uusi tehtävä työntekijöiltä kysymättä. Itse johtajana olin aivan loppu eikä minua ei näyttänyt ymmärtävän kukaan. Kaiken kaikkiaan yksikkö oli joutunut kaaokseen.

Ensimmäisestä sokista selvittyään yksikössä alettiin pohtia, miten tästä selvittää. Alettiin suunnitella yhdessä toimintaa ja sen toteuttamista ja käytiin metadonikoulutuksessa ja työnohjauksessa. Metadonikoulutus antoi itsevarmuutta. Keskustelimme runsaasti ja joskus hyvinkin kiivaasti asioista. Yksikkö sai aikaiseksi metadonihoitopaketin, johon oltiin tyytyväisiä. Metadoniohjelma esiteltiin johdolle, joka ilmaisi tyytyväisyytensä. Hoidon toteuttamisen sisällöstä ja järjestelyistä oltiin yhtämielisiä. Työntekijät jakautuivat kahteen leiriin oman perustehtävänsä ympärille. Jonkinasteinen rauhanomainen rinnakkaiselo kuitenkin mahdollistui, ja toiminta pääsi alkuun.

6.3 Toinen kriisivaihe

Lainsäädäntö, ohjeet ynnä muut vaikuttavat toimintoihin. Nämä eivät kuitenkaan vaikuta suoraviivaisesti toimijoiden tulkintoihin varsinkin, kun ne ovat useimmiten suuntaa antavia, eivät suorita ohjeita antavia. Pikemminkin erilaiset muodolliset organisatoriset kontekstit yksittäisine työntekijöineen tarjoavat tulkinnallisia resursseja. Kiinnostavaa onkin, miten organisatoriset ehdot näyttäytyvät arkisissa toimintatilanteissa. Ihmiset soveltavat niitä eri tavoin. (Forsberg 1998, 64.).

Vaikeat asiakastilanteet ja niihin liittyvät kysymykset asiakkaan subjektiudesta, hoidon tavoitteista, sisällöistä, säännöistä ja hoitosuhteen kuormittavuudesta sekä resursseista kuvaavat toista kriisivaihetta. Vaikeat asiakkaan kohtaamistilanteet hallitsevat ja suorastaan lamaannuttavat työyhteisön. Toiminnan sääntöjä joudutaan kiristämään sekä muuttamaan hoitosopimusta tiukemmaksi. Asiakkaiden vaatimukset saada lisää metadonia (annoskeskustelu) kuvaavat myös tätä vaihetta. Kaikki edellä luetellut asiat ja niiden ratkaisut ja ratkaisuyritykset vaikuttavat siihen, millaisen metadoniylläpito-hoidon mallin yksikkö itselleen luo: minkä se katsoo olevan oikeaa asiantuntijuutta metadoniasiakkaan hoitamisessa.

6.3.1 Ylläpito-hoidon tavoitteet ja sisältö

Tavoitteet

Lääkkeellisiä huumehoitoja koskevan asetuksen mukaan ylläpito-hoidon tavoitteet Suomessa ovat haittojen minimointi sekä elämänlaadun parantaminen. Hoito toteutetaan moniammatillisesti ja se sisältää lääkkeellistä sekä psykososiaalista hoitoa. Hoito perustuu asiakkaan kanssa laadittuun hoitosuunnitelmaan. Päiväkeskus pyrkii asetettuihin tavoitteisiin hoitofilosofialla, joka perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen, yksilöllisyyteen, kokonaisvaltaisuuteen ja empaattisuuteen. (Katso liite 4.)

Professionaalisuus ja hoiva asettuvat joskus vastakakkain päiväkeskuksen toiminnassa, koska niiden tavoitteet ovat erilaiset. Päiväkeskuksessa on ristiriita sen suhteen, että professionaalisessa päihdetyössä pyritään asiakkaat integroimaan yhteiskuntaan, mutta käytännön työ onkin muuta. Metadoniylläpito-hoidossa asiakas on myös riippuvainen hoidosta. Hän saa erityisryhmälle tarkoitettua hoitoa usein erityisyksiköissä. Hänen narkomaaniudesta johtuvaa toiseuttansa myös pidetään yllä. Hänen ei tarvitsekaan integroitua muihin, vaan muiden pitää integroitua häneen, hänen ehdoillaan. Ongelmana on, että päiväkeskuksen asiakkaat ovat usein juuri hoivattavia ja metadonihoito on enemmän professionaalista toimintaa. Samat työntekijät joutuvat vaihtamaan rationaliteettia koko ajan. Kuitenkaan metadonihoidon asiakaskunta ei ollutkaan niin terapiakelpoista kun professionaalinen päihdehoito olisi edellyttänyt, vaan joskus enemmänkin hoivattavaa. Tämä aiheutti joskus hämmennystä, varsinkin kun asiakkaista kerrottiin yksikölle niin, että heillä on

vain huumeongelma, mutta muuten he ovat ”normaaleja”. Käytännössä asiat eivät kuitenkaan sujukaan samalla tavalla kuin ihmisillä, jotka eivät ole lääkkeellisissä hoidoissa.

Keskustelua metadonityöryhmässä: *Yksikön vanha ja uusi kulttuuri joutuivat vastakkain. Päiväkeskuksen työ on hoivasuuntautunutta, jonka tavoitteena on huolenpito ja elämänlaadun parantaminen, edes hetkeksi. Kohteena ovat usein kroonikot. Päihdekuntoutus yleensä kuntouttavaa ja sillä on normaaliustavoite. Metadoniylläpitohoitokin on professionaalista päihdekuntoutusta, mutta metadoniasiakkaat ovat useimmiten kroonikkoja ja kiinni huumeekulttuurissa, niin heidän integraationsa ja normalistamisensa on hyvin vaikeaa.*

6.2.03

Metadonityöntekijä kertoo:

Integraatio on oppimista tavallisen elämän sietämiseen. Mutta näille kaikki pitää tulla valmiina, ei omaa vastuuta. 13.3.03

Päiväkeskuksen työssä nähdään päihdeongelma monimuotoisena ongelmana, johon tarvitaan erilaisia hoitomahdollisuuksia ja moniammatillista työskentelyotetta. Tämä käsitys koski myös huumeongelmaa. Opiaattiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoidoissa riippuvuus ymmärretään sairaudeksi, joka voidaan hoitaa lääkkeellä. Tämä ristiriita aiheutti yksikössä hämmennystä, varsinkin kun metadonistit käyttivät sairautta usein syynä olla tekemättä jotain tai syynä huonoon käyttäytymiseensä.

Metadonityöntekijä kertoo:

Huumeputilaat menee huumeongelman taakse. Ei tarvitse vastata siitä ja siitä. Alusta asti asiakas sanoi, että kun tullut ylläpitohoitoon saa tehdä mitä hyvänsä eikä joudu pois. Ei alusta alkaenkaan minkäänlaista motivaatiota päihhteettömään elämään. Tympäisee, kun aina sanoo, että huomenna kaikki on toisin ja luottamuksen puute, kun mikään sopimus ei pidä. Kun aina seula positiivinen, mutta koskaan ei ole käyttänyt aineita, mutta itse peräänkuuluttaa luottamusta. 12.8.02

Metadonityöntekijä kertoo:

Aivoperäinen sairaus, sen taakse vedotaan. Vastuu unohdettu. Jos ei toimi yhteisössä, pitää heittää pellolle. 15.10.02

H: Millainen käsitys sulle on tullut ylläpitohoidosta?

(Juttua tulee ylläpitohoitoon tulemisesta asiakkaan kannalta ja seuraavaksi...)

Siinä tulee sitten noi lipsumiset. Luotetaan siihen, että kun olen virallisesti hoidossa, se on iskostunut päähän, että olen sairas, sairasta täytyy ymmärtää. H6

Ylläpitohoidossa tavallaan joudutaan hyväksymään se, että jotkut ovat reunalla, eivätkä sieltä pois ehkä tulekaan. Osa asiakkaista käyttää laittomia päihteitä jatkuvasti. Toiminta on tietyllä tavalla paradoksaalista. Toisaalta toiminta on integraation pyrkivää, asiakkaiden häiriökäyttäytymiseen puuttuvaa ja yhteiskuntaan sopeuttavaa mutta toisaalta se myös ylläpitää asiakkaiden alakulttuurista toimintaa. (Laapio 2000, 28 ja 71.) Joidenkin mukaan ylläpitohoito ei ole tehokas tapa estää alakulttuurien syntyä. Hollantilaiset kokemukset osoittavat että metadonihoidossa olevat pitävät yllä kiinteitä yhteyksiä muihin huumeiden käyttäjiin. (Mäkelä ja Poikolainen 2001.) Myös tutkittavassa yksikössä asiakkaat olivat yhteyksissä aktiivikäyttäjiin ja erilaiset pillerit vaihtoivat silloin tällöin omistajaa. Myös ulkopuolisten henkilöiden mukaan yksikön asiakkaat harrastivat pillerikauppaa.

Sosiaalityön asiakkaat joudutaan myös usein kategorisoimaan esimerkiksi aktivointikelpoisiin ja aktivointikelvottomiin. Aktivointipolitiikassa on kyse modernin asiantuntijuuden integrointitavoitteesta sekä postmodernin kovenevasta suhtautumisesta toiseuteen, jossa poikkeavat yritetään saada hallintaan, etäälle keskuksista. Sosiaalityö päättyy itsekin yhteiskunnan reunalle samalla kun se tuottaa toiseutta. Osallistavassa sosiaalityössä sosiaalityö asettuu reunoille, reunoilla elävien ihmisten kumppaniksi, mutta mitä tapahtuu ei osallistuville, jotka suhtautuvat välinpitämättömästi kaikkeen, oma elämänsä mukaan lukien. Sosiaalityössä kumppanuus, kontrolli ja integroivuus ovat läsnä yhtäaikaaisesti. (Juhila 2002, 14-18.)

Lääkkeellisissä hoidoissa korvaushoidot ovat voimakkaammin integraatioon pyrkiviä, ylläpitohoitoon siirtyvät pikemminkin ne asiakkaat, jotka eivät taivu integroitaviksi, ollaan tavallaan luovutettu. Mutta ylläpitohoitoihin siirretään myös asiakkaita, joiden elämäntilanne on stabiili, mutta he eivät voi mielestään olla ilman lääkitystä.

H: Mitä mieltä olet siitä, että asetus antaa luvan käyttää päihteitä?

T: Ylläpitohoito ei pyri huumeettomuuteen. Elikkä kuolleet sielut halutaan unohtaa ja pakataan jonnekin ja tota niistä ei tarvitsekaan välittää. Mutta jonkin on pidettävä huolta,

että ne pysyy hengissä. Ylläpitohoito tarkoittaa, että pidetään yllä jotain, mihin päädytään kun sen takia, kun mitään muuta keinoa ei ole. Oletetaan että keino on paras mahdollinen. Tavallaan on luovutettu. Sisältö tulisi olla terapiaa tai ainakin jotain keskusteluja. Jos haettais pelkkä annos, hoidon vois siirtää vaikka nakkikioskeille. Virallisesti koettu turhaksi joukoksi, eivät ryöstä ketään ja ne ei kuole yliannostukseen. H6

Murron (2002, 182) mielestä opiaattiriippuvaisten lääkehoidolle on asetettu epärealistisia tavoitteita. Myös tutkittavan yksikön metadonihoidoa leimaa sama ongelma. Toisaalta taustalla on asiakkaiden integraatio yhteiskuntaan, mutta integraatio ei ole kovin helppoa, kun asiakkaat ovat kiinni alakulttuurissaan ja heidän kuntonsa on kovin huono. Asiakkaiden hoito on käytännössä enemmänkin hoivaavaa ja heidän integroimisensa yhteiskuntaan esimerkiksi työelämän kautta on aika harvinaista. Siinä mielessä hoito voi normaalistaa, että asiakkaan niin halutessaan ei tarvitse tehdä rikoksia ja hän voi silti saada päivittäisen annoksensa yhteiskunnan järjestämänä.

Asiakkaiden tavoitteet voivat olla myös erilaiset kun hoidon. Asiakkaiden julkilausutut tavoitteet ovat myös usein erilaiset kuin heidän käyttäytymisensä. Huumepotilaan pitkäaikaisen kuntoutuksen keskeinen kysymys on muutosmotivaation herättäminen ja jatkuva tukeminen, jotta potilas voisi käyttää hyväkseen hoitokeinoja ja muita yhteiskunnan mahdollisuuksia pyrkiessään vapautumaan huumeista ja niihin liittyvistä olosuhteista. Kuntoutuksen tavoitteiksi on syytä hyväksyä vähäisetkin välitavoitteet, joiden kautta on mahdollista ajan myötä päästä irti huumeista kokonaan.

Päihdehuollon ominainen piirre on, että huollon ja hoidon tavoitteeseen pääseminen edellyttää asiakkaan voimakasta motivaatiota. Asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos asiakas kieltäytyy hoidosta, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvitys on annettava niin, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Koivuranta 2002, 84.) Joskus asiakkaan oman toimintakyvyn puutteet tai esimerkiksi jatkuva päihteessä oleminen, pitkäjännitteisyyden puute ja väkivaltaisuus vaikeuttavat asiakastyötä ja estävät näin tavoitteeseen pääsyn. (Valokivi 2002, 180 ja Niiranen 2002, 63.)

Asiakkaiden kognitiiviset rajoitteet toimivat joskus myös esteinä hoidon tavoitteiden saavuttamiselle. Kemppisen (2003, 3465) mukaan monet addiktit ovat heikkolahjaisia tai heillä on vaikeita oppimishäiriöitä, vaikeita mielenterveysongelmia, vaikeita aivo-orgaanisia ongelmia tai he ovat dementoituneet. Ennen hoitoa tarvitaan hänen mukaansa perusteelliset tutkimukset, jotta voidaan suunnitella oikea hoito sen sijaan, että tuotettaisiin vain sellaisia hoitoja, joissa vain lääkärin reseptikäsi ja kukkaro sekä addiktipotilaan toivomukset täyttyvät. Suuret bentsodiatsepiiniannokset pudottavat Kemppisen mukaan potilaan neurokognitiivisen tason heikkolahjaisen tasolle.

Myös tutkittavassa yksikössä kognitiiviset rajoitteet vaikeuttavat joskus tavoitteiden saavuttamista. Kaikki asiakkaat käyttävät runsaasti bentsodiatsepiineja, sekä reseptillä olevia että katukaupasta ostettuja. Välillä asiakkaat ovat todella tokkuraisia. Rauhoittavien lääkkeiden lisäksi heillä on suuret metadoniannokset. Välillä puhe ei mene perille, vaikka kuinka monta kertaa selittää. Lisäksi muisti on usein kovin huono. Ei muisteta tapaamisaikoja ja asioita, joista on sovittu ja puheesta ei saa aina selvää.

Kapea psyyken kapasiteetti, pitää tietyn päänsä kuin jääriä, kun on tietyllä tavalla saanut aina. Ei voi antaa periksi, huomattava tason lasku. Vuorovaikutuksessa ei voi olla varma ymmärtääkö toinen. 4.2.03

Hoidon tavoitteiden saavuttamista vaikeuttaa myös se, jos asiakkaan todellista kuntoa ei arvioida. Pahimmillaan saattaa käydä niin, että pitkän kuntoutumisprosessin aikana ei arvioida ollenkaan kuntoutuksen todellista työkykyisyyttä, ei lääketieteellisessä eikä psykososiaalisessa mielessä, jolloin paluu yhteiskuntaan ei ehkä onnistu toistuvista yrityksistä huolimatta joko piilevän psykiatrisen sairauden tai harjoitteluvaiheen tuen puutteen vuoksi. (Lepistö 2002.) Tutkittavassa yksikössä monet asiakkaat ovat työttöminä työnhakijoina eikä heidän työkykyään ole arvioitu, vaikka he ovat olleet edellisessäkin hoitopaikassakin jo vuosia. Ongelmana on, että heidän eläkehakemuksensa tulevat hylkynä takaisin Kelasta, sillä Kelassa näiden asiakkaiden todellisesta toimintakyvystä ei paljoa tiedetä.

Korvaushoitopotilaiden kognitiota onkin alettu tutkia kansanterveyslaitoksen tutkimuksessa. Korvaushoitopotilaiden kognitiiviset puutokset voivat ilmetä tilannekohtaisina ohimenevinä häiriöinä (väsymyksenä, vieroitusoireina), persoonallisuuteen tai mielialan epävakauteen liittyvinä ajoittain toistuvina ongelmina tai pysyväisluontoisina kykyrakenteen poikkeamina.

Tutkimuksen mukaan tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään nähden on työmuistissa, kontrollin nopeudessa (reaktionopeudessa) ja prosessinopeudessa (jatkuva laskutehtävä). Bentsodiatsepiinin sekä suuren korvauslääkityksen annokset saattavat vaikuttaa kognitioon. Kognitiiviset puutokset altistavat päihderiippuvuudelle ja toisaalta ne korostuvat päihderiippuvuuden aikana, heikentävät hoitoon sitoutumista ja haittaavat psykososiaalista kuntoutusta. (Rapeli, 2003.) Myös työterveyslaitos on aloittamassa tutkimusta keväällä 2004 opiaattiriippuvaisten psyykkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä tilasta nimenomaan työkykyisyyden näkökulmasta.

Sisältö

Järvenpään sosiaalisairaala teki kyselyn sosiaalisairaalan koulutuksessa olleille korvaushoitoa toteuttaville yksiköille; 105 kyselyä lähetettiin ja 52 vastasi kyselyyn. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa käytännöllisen työn opettelu sekä rikollisesta elämästä irrottautuminen, uudet ihmissuhteet ja toimintaverkosto nähtiin tärkeinä. Osassa vastauksia toivottiin selkeitä toimintamalleja. Toivottiin kirjallisia pelisääntöjä, joihin kaikki sitoutuisivat. (Jokinen ja Tourunen 2003, 16.)

Tutkimassani yksikössä psykososiaalinen kuntoutus tarkoittaa paitsi yritystä päihderiippuvuudesta irtioppimiseen, myös sisäisten psyykkisten rakenteiden vahvistumista ja yhteiskuntaan soveltuvien sääntöjen oppimista sekä opettelua käyttäytymään ikätasoaan vastaavalla tavalla. Yhteiskunnan sääntöjä opetellaan hoitoyksikössä sen sääntöjä noudattamalla. Psykososiaalisen kuntoutuksen välineenä käytetään omahoitajasuhdetta.

Päiväkeskustyöntekijä, joka tekee myös metadonihoitoa kertoo:

Ei ole hoitoa, että saa vain lääkkeen. Täytyy sisältää terapeutista elementtiä lääkkeenjaossa. Eli olis kuntoutus mukana. Kuntouttavaa ylläpitoa. Ryhmiä, yhdessäoloa, ja omahoitajakeskusteluja. 15.10.02

Annoin työntekijöille kirjoitustehtävän, johon he kirjasivat ajatuksiaan ylläpitohoidon sisällöstä seuraavista teemoista: ylläpitohoidon sisältö, lääkitys, säännöt, lomat, seulat ja muut asiat. Kirjoitustehtävä on tehty syksyllä 2002 vuoden työskentelyn jälkeen.

Työntekijöiden mielestä ylläpitohoito tarkoitti seuraavia asioita: (numerot viittaavat vastauspaperin numeroon, yksi ei vastannut sisältökohtaan).

Ylläpitohoito on haittojen vähentämistä (4) ja kokonaisvaltaista hoitamista, tukemista arkipäivän asioissa, mutta se edellyttäisi vastaanottavaisia asiakkaita (5). Ylläpitohoito on kevyttä, rajautuen muutamiin rajoissa pitäviin struktuureihin. Lääke on pääasiallisin sisältö, tarpeen mukaan omahoitajakeskusteluja supportiivisessa mielessä. Se on psykososiaalista tukea ja ohjausta ulkopuoliseen toimintaan henkilön kiinnostuksen ja voimavarojen mukaan. (3). Ylläpitohoidossa hyväksytään tiettyjen ihmisten huumeiden käyttö. Ne joilla tulee satunnaisia retkahduksia, niin tietty sanktioiminen näyttäisi joihinkin tepsivän. Joten toteutetaan mahdollisimman kevyttä hoitoa. Kun vuosienkaan kestoinen hoito ei auttanut (tehnyt normaaliksi) niin hyvin ilmeistä on että ei ylläpitohoitokaan. Asiakkailla on voimakkaasti vääristynyt kuva lääkityksestä. Metadoni tekee normaaliksi, annoksilla ei kattoo. Annokset kuitenkin todellisuudessa titrattu edellisessä hoitopaikassa kohdalleen, joten yksikössä ei tule ruokkia lääkkeiden nälkää. Asiakkaiden vaatimuksilla ei kattoo, joten hoidon lieveys ja struktuurit tuntuvat nyt parhaalta hoidolta, supportio lisäksi sitä haluaville. Haittoja vähentävä mentaliteetti (3). Toivoisin, että hoito olisi muutakin kuin lääkettä ja sen jakamista. Omahoitajakeskustelut tarpeellisia. Suututtaa asiakkaat, kun kaikkea kivaa pitäisi olla mutta sitten kun on tekemisen aika ei ole tekijöitä (4).

Sekä kirjoitustehtävässä että haastatteluissa ylläpitohoidon sisällöksi nähtiin arjen oppimisen opetteleminen. Omahoitajuus oli työntekijöiden mielestä paras keino, jolla pystytään antamaan psykososiaalista tukea ja auttamaan normaalin elämän opettelussa. Lääke on kaiken perusta ja hoidon tulee olla strukturoitua ja mahdollisimman kevyttä. Ylläpitohoito nähtiin tärkeäksi niille, jotka eivät pysty irrottautumaan hoidossa käytetystä lääkkeestä. Työntekijät olivat sitä mieltä, että tavoitteiden tulee olla realistisia. Ongelmana nähtiin joidenkin asiakkaiden jatkuva huumeidenkäyttö

H: Minkälaiset käsitykset sulla on, et mitä ylläpitohoidon tulis sisältää tässä yksikössä?

T: Psykososiaalinen hoito on tässä vaiheessa erittäin tärkeitä. Ne tarttee just kaikista enemmän sitä omahoitajuutta. Kyllä se on semmoinen tukeminen ja supportiivinen, miten se nyt sanotaan, että semmoinen näille on varmaan tärkeää juttu, toki se lääke on tärkeä, mutta jos ajattelee sitä psykososiaalista tukea, niin tota kyllä ne tarttee sitä. Että joskus on itellä semmoinen olo, että sitä on yksi äiti täällä, ja ollaan heitä varten. Jos heillä on jokin pienikin ongelma niin sen on kyllä heti omahoitaja, jonka puoleen käännytään, ja halua tavata säännöllisesti, ja tulla puhumaan hyvinkin pienistä asioista. Kaikki halua

omahoitajakeskusteluja. Paitsi yksi. Tuki on tärkeää ja mä näkisin, että se omahoitajasuhde on tärkeä ja sitten ne lääkärintapaamiset ja sitten jotain pientä toimintaa, josta ovat kiinnostuneita.

H: Minkälaisia asioita ne ottaa esiin omahoitajakeskusteluissa? Ihan kaikkia, toki annosasia on tärkeä, mistä me puhutaan paljon, mutta sekin menne sillä tavalla että välillä siitä jauhetaan jatkuvasti ja välillä siitä ei puhuta mitään, ihan kaikkea puhutaan, annoksesta puhutaan, psyykkisestä voinnista puhutaan, ihmissuhteista, seksistä, narkomaani-identiteetistä, ihan kaikesta. H3

H: Miten sä olet kokenut tän ylläpitohoidon ja sen sisällön, et mitä sen pitää olla?

T: Tällaisella ylläpitohoidolla on selkeesti tilausta, et on osa niitäkin, jotka eivät voi koskaan irrottautua aineesta kokonaan, mutta että kuitenkin siitä päähuumeesta erossa pysyminen. Joskus on kyllä ristiriitainen olo, kun näillä joillakin rupee ole jatkuvaa aineiden käyttöä, että hetkinen mikä täs onkaan tää juttu. Psykososiaalinen työ on lähinnä rinnalla kulkemista ja tukemista tässä arkipäivän elämässä, et ei mitään suurisuuntaisia tavoitteita. Et realistisia tavoitteita. Näiden kohdalla on tehty sitä ja tätä, on satsattu ja yritetty, kyllä se on kantanu sen hedelmän, minkä se oli kantaakseen. Tärkein hoidon sisältö on aine. Omahoitaja keskustelut tärkeitä jollain tavalla, et on joku jonka kanssa käy asioita läpi. Se että on tiedossa se mahdollisuus. H4

Ylläpitohoito on työntekijöiden mielestä haittojen vähentämistä ja rikollisuuden ja laittomien päihteiden käytön vähentämistä. Se on tarkoitettu niille, jotka eivät pysty olemaan ilman korvaavaa lääkettä. Ylläpitohoito nähtiin kevyempänä hoitona suhteessa korvaushoitoon. Sen tulisi rajoittua muutamiin rajoissa pitäviin struktuureihin.

H: Onks se selvää, mitä ylläpitohoito on?

T: Korvaushoidon ja ylläpitohoidon raja on epäselvä minun mielestäni, mutta jotenkihan, mitä olen sen käsittänyt, että ylläpitohoito olis niinku vähän löysempää. Miten se löysyys ilmenee? No esimerkiksi meillä on kyllä sillä lailla löysennettävä, että seuloja on vähemmän eikä olla niin kamalan tarkkoja aikatauluista ja on niin kuin jollain lailla kevennetty verrattuna siihen, mistä nää asiakkaat on tullu. H2:

H: Miten sä näät tän uuden sanan ylläpitohoito, et mitä se suhteessa korvaushoitoon, ja sit konkreettisesti, et minkälaista se meidän hoidon sisältö tulis olla, et se olis mahdollisimman hyvää?

T: Korvaushoidossa yritetään päästä vieroittavasta aineesta eroon, ylläpito­hoidossa se on mun mielestä tämä rikollisuuden vähentäminen ja laittomien päihteiden käyttämisen vähentäminen, vaikka näitä retkahduksiakin tulee, niihin ei tule takertua hirveesti, vaan autetaan enemmän ihmistä, ja sitten se tosiasia, että ihminen, jos on siinä vaiheessa, että ei voisi olla ilman mitään ainetta, niin mikä tukee sitä sillä hetkellä ja katsoo sitten tulevaisuudessa että ehkä joskus on sitten niin, että he irrottautuu metadonista tai Subutexista mikä se sitten onkin. Että kyllä nää ylläpito­hoitoasiakkaat mun mielestä on siinä suhteessa hyvä, että heidän huumeiden käyttö ei jatku pidemmälle, kun korvaushoidossa on kuitenkin sitten joskus tarkoitus irrottautua siitä korvaavasta aineesta, että heillä on kuitenkin semmoinen joku, mitä nyt sanoisin, joku semmoinen et he ei tarvitse hero­iinia, mikä sitten käyt ihmiselle joka irrottautuu metadonista eikä olekaan valmis siihen, ja sitten alkaa uudestaan käyttää hero­iinia. H1

Hoidon sisältöön kuuluvat myös erilaiset asiakkaille järjestetyt toimin­nat. Päiväkeskuksessa on ollut toiminnallisia ryhmiä kuten leipomista, askartelua ja saunomista. Lisäksi on käyty retkillä, teatterissa, grillaamassa ja keilaamassa sekä jääkiekko-otteluissa. Keskusteluryhmiä asiakkaat eivät ole halunneet. Korva-akupunktiota asiakkaat käyttävät säännöllisesti.

Toiminnoista oli selvästi kaksi mielipidettä, toinen vastustava ja toinen perään kuuluttava. Toiminnoissa koettiin turhauttavana se, että asiakkaat ensin pyysivät ja vaativat toimintaa, mutta kun sitten oltiin johonkin lähdössä ja liputkin jo hankittu, ei lähtijöitä ollutkaan.

Asiakkaat itse vastuussa elämästään ja valinnoistaan, ryhmätoiminnot sais lopettaa, aivan turhaa, menkööt keskenään. (4.)

Toisessa mielipiteessä perättiin toimintojen perään:

H: Mitä sä ajattelet tosta hoidosta, et mitä sen tulis olla et se tukis ihmisen hyvinvointia?

T: Ne pitäisi jotenkin saada liikkeelle nämä ihmiset. En tiedä olisiko keskusteluryhmistä mitään iloa. Mutta kun pitäis jotain tehdä tai mennä jonnekin, niin aina tulee jotain veruketta. Jollakin keinolla pitäisi saada jotain tekemään.

H: Onko sulla jotain keinoja?

T: Minun käsittääkseni jotain terapiaa ja yhteydenpitoa. Miten tavanomainen elämä sujuu, sen opettelemista. Kyllä olisi luovutettu jos jotain ei yritettäis. Sekä keskustelut olis hyväksi että toimintaa tulis olla. Jokainen haluaa toimintaa. Pitäisi olla puolipakollista. H6

H: Millaiset käsitykset sulla on tällä hetkellä huumeongelmaisista ja heille tarjottavasta hoidosta ja sen sisällöstä?

T: Toimintoihin pitää saada itte vaikuttaa. Ja sitte semmoiset yhdessä tekemiset on loppujen lopuksi aika mukavia, ja niistä jää asiakkaille hyvä fiilis, ainakin vaikuttaa, vaikka se on hirveen vaikeeta saada niitä lähtemään jonnekin retkelle tai tekemään jotakin yhdessä, mutta sitten kun ne saa itsestään irti, sitten niille jää kyllä hyvä fiilis. Että nää nämä asiakkaat tarvitsisivat semmoista yhdessä olemista ja tekemistä että pitäisi saada niitä liikkeelle. H2

Toiminnoista tuli siihen osallistuneille hyvä ”fiilis”. Vaikeinta oli usein lähteminen, mutta kun oli matkaan lähdetty, lopputulos tuntui yllensä hyvältä.

Seuraavassa muistiinpanot retkestä eläintarhaan. Nimet on muutettu.

Aamulla Pekka oli oven takana klo 8 ja odotti pääsevänsä sisään ruokkimaan kaloja. Ovet avattiin asianmukaisesti 8.30. Kaikki tulivat ajoissa ennen 10. Kymmeneltä satoi vettä, joten päätettiin odottaa josko sade loppuisi ja sitten lähdettäisiin matkaan.

10 ihmisestä lähti kova meteli, meteli oli suurempi kuin silloin kun sisällä on 50 ihmistä! Kaikki tarvitsivat koko ajan jotakin, jos ei muuta niin huomiota. Mirjan kanssa ehdittiin vaihtaa vain muutama sana koko aamun aikana, koska kaikilla oli koko ajan kovasti asiaa. Huomautettiin lääkkeiden ylimääräisestä syömisestä mikä koettiin ”valittamiseksi” ja ”pitihän se arvata että aina teidän pitää keksiä jotakin”- jutuiksi.

10.30 lähdettiin Korkeasaareen. Mukaan lähtivät Teppo, Pekka, Pasi, Mirja ja Kaija. Pekka tapasi heti kurvissa ”tuttuja” ja siinä vaivihkaa meiltä vaihdettiin jotakin epämääräisiä sanoja. Teppo ja Pasi menivät motskarilla (Pasi ja Pekka vaikuttivat syöneen rauhoittavia tms). Me muut mentiin metro ja bussi yhdistelmällä. Kaija kantoi mukanaan muovikassia josta näkyi läpi siideripullo(ja). Hän oli myös ostanut Ärrältä kameran ja Pleikkari pelin??!

Pyydettiin laittamaan kamat kassiin jottei häviä. Ei ostanut lippua metrolta, halusi esittää meille omaavansa lipun jota muka näytti tarkistuslaitteelle.

Kaija osti lipun Hertsikan metrikseltä, kun pyydettiin. Hän puhui koko matkan ajan meille (itseksseen) ja otti kaikesta megainnoissaan valokuvia. Jatkuvasti piti huomauttaa, että pitää tavaransa kassissa eikä levittele niitä ympäriinsä.

Ensin mentiin katsomaan hylkeitä ja haisunähtiä. Matkalle hylkeiden luo Kaija päätti ottaa kuvia linnuista joilla oli poikasia. Hän meni liian lähelle ja lintu hyökkäsi päälle (ei sattunut). Puhe oli kaikkien asiakkaiden osalta hyvin kovaäänistä ja kirosanoja lenteli paljon varsinkin Pasin suusta. Kaija innostui aivan hirveästi hylkeistä, kiipesi aidalle ottamaan kuvia mistä piti huomauttaa. Hän puhui koko ajan itseksseen. Välillä käytiin kahvilassa istumassa. Terassilla miehet puhuivat jumalattoman kovalla äänellä lääkityksistään ja amf. seuoloista + ummetuksesta. Sovittiin terassilla että ko. asioista puhutaan hoitopaikassa eikä täällä. Kaija meni vessaan eikä häntä kuulunut sieltä pois. Mentiin Mirjan kanssa katsomaan niin vessaanhän hän oli lukkiutunut (sidukkaa juomaan?). Tuli sitten pois sieltä niin , että hiukset sojottivat joka suuntaan, oli pessyt ne. Pyydettiin kampaamaan. Samalla laittoi lateksikäsineet käsiinsä joita sitten pitikin koko ajan käsissään (ei tuu esim. salmonellaa). Tutki kahvilan pihassa kyykkysissään kukkapenkkejä. Fiilis oli kaikilla rento, mukava ja innostunut. Teppo sanoi jopa olevansa ”onnellinen”. Amazonia talo oli kaikista mielenkiintoinen. Kaija kuvasi kaikkea ja ryntäili innoissaan joka paikkaan. Jossakin vaiheessa oltiin hukassa toisiltamme, joten Kaija kailotti täysii ”Tuijaaaaa”. Hän kiipeili aitojen päällä kuvaamassa ja tutki kaikkea suurennuslasilla. Laittoi myös yhden kiven kassiinsa. Hän törmäili puolilasittunein silmin ihmisiin ilman anteeksipyyntöjä.

Asiakkaat halusivat parin tunnin jälkeen pois paitsi Kaija. Hän halusi eläintenhoitajaksi ja sanoikin tulevansa joku yö takaisin. Tai sitten ”sammuvansa” ja teeskentelevänsä saaneensa auringonpistoksen, jotta saisi olla yön siellä?? Kiukustui kun sanoin ettei siellä voi olla yötä.

Venematka takaisin: Pekka osoitteli kaikkea ja pyysi katsomaan. Kaija seisoi koko matkan ja kaiveli kassiaan. Suuttui jumalattomasti kun me ei Mirjan kanssa suostuttu lähtemään Sörnäisten ärrälle todistamaan, ettei pleikkari-lehden välissä ollut jotakin peliä. Alkoi mesoamaan annoksesta ja jotakin oikeuteen menemisestä. Avasi siinä sitten housunsa ja alkoi asetella kalsareitaan paremmin. Sitten otti arpalipukkeita kassista ja alkoi valokuvata niitä

nenä kiinni pöydässä ja suu kävi koko ajan. Pekka ja Teppo välillä ihmettelivät kovasti Kaijan touhuja.

Retki kertoi ihmisten lyhytjänteisyydestä. Pari tuntia näytti olevan ihan maksimi, jonka jaksoi jotenkuten keskittyä. Muiden ihmisten huomioon ottamista ei ollut lainkaan havaittavissa; oli metelöintiä, kiroilua ja törmäilyä muihin. Lapsenomainen ilo tuli kuitenkin voimakkaasti esiin.

6.3.2 Hoidossaoloa koskevat säännöt

Sääntöjen merkitys

Suomen huumestrategian mukaan korvaus- ja ylläpitohoito-ohjelmien tulee olla tiukkaan valvottuja, moniammatillisesti suunniteltuja ja toteutettuja ja hoitoon tulee olla kytkettynä psykososiaalista kuntoutusta. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että etenkin metadonihoitoihin tulee liittää tiukka valvonta, varsinkin kun on kyseessä suuret metadoniannokset. Suuret annokset ja löysä valvonta on erittäin paha yhdistelmä, sillä metadoni on hyvin myrkyllinen aine. Vaaroja saattaa aiheutua paitsi potilaalle itselleen myös sivullisille, jos ainetta joutuu väärin käsiin. (Seivewright 2001, 185). Suomen korvaushoito-ohjelmissa käytetyt annokset ovat kansainvälisesti katsottuna erittäin suuria.

Säännöt strukturoivat hoitoa. Sääntöjä on päihteiden käytöstä ja sen vaikutuksista, lomista ja seuloista sekä lääkkeenhakuajoista. Säännöt nähdään tarpeellisiksi toiminnan sujumisen, turvallisuuden sekä asiakkaiden kuntoutumisen kannalta. Ilman sääntöjä toiminta johtaa kaaokseen.

Hoidon yksi tukipilarista, säännöt ohjaavat heitä normaalisuuteen. Ilman sääntöjä asiakkaat voivat yrittää ottaa vallan itselleen (2.) Sääntöjen tarkoituksena on, että kaikkia kohdellaan samanvertaisesti, kaikkiin pätevät samat säännöt eikä kukaan saa erikoiskohtelua (1.) Tarpeellisia toiminnan sujuvuuden kannalta, selkeyttä asiakkaille ja työntekijöille. Säännöt tällä hetkellä hyvät ja toimivat. (5.) On oltava, yksinkertaiset ja selkeät. Ristiriita välillä, kaikille samat tai yksilöllisyys. (4.) Säännöt ovat välttämättömiä. Pitää ihmistä kuosissa ja on tavallaan yhteiskuntaan integroimista (3.)

Metadonityöntekijä kertoo:

Ei ole kuin muutama sääntö, annettava seurat ja tultava ajoissa, siinä kaikki. mutta joskus siinäkin on liikaa. 30.3.03

Päihdehuollossa puhutaan joustavuuden tavoitteesta, mutta huumeongelmaisen kohdalla sitä on vaikea toteuttaa. Mitä enemmän annat nautia, sitä enemmän sitä vedetään. Työntekijöiden kokemuksen mukaan joustaminen ei onnistu, sillä edellisenä päivänä joustaminen tarkoittaa seuraavana päivänä enemmän joustamista. Lopulta ei olisi enää sääntöjä vaan kaikki toimisivat, miten sattuu. Yksikössä kokeiltiin joustamista hoidon alussa ja se johti kaaokseen.

Säännöt aiheuttavat joskus myös konfliktitilanteita.

Sattui konfliktitilanne. Eräälle asiakkaalle ei annettu metadonilääkettä, koska hän tuli hakemaan lääkettään vasta lääkkeenjakojen päätyttyä. Lisäksi asiakas oli päihtynyt ja hänellä oli takana pitkä huumeidenkäyttöjakso, jonka aikana hän oli käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Asiakkaat ovat myös sitoutuneet huumeetesteihin, mutta tämän kohdalla testiä ei voitu ottaa, sillä ajankohta oli myöhäinen. Asiakkaan turvallisuutta vaarantamatta lääkettä ei voitu tässä tilanteessa antaa. Asiakas soitti välittömästi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lääkärille, joka kehotti hoitajia antamaan lääkettä asiakkaalle. Lääkettä ei kuitenkaan annettu. Seuraavaksi Teon lääkäri soitti vielä johtajalle, joka kertoi, että lääkettä ei edellä olevista syistä ollut annettu. Sovittiin, että asiasta vastataan vielä kirjallisesti. Teon lääkäri lähetti kuitenkin pitkän virastoja asiasta muistion, jossa hän paheksui yksikön toimintaa. Muistio siis lähetettiin, ennen kuin yksiköltä oli pyydetty omaa vastinetta. Työntekijät ja lääkäri kuitenkin ihmettelivät suuresti Teon lääkärin toimintaa: kuinka on mahdollista, että hän kehottaa hoitajia antamaan puhelimitse tappavan annoksen huumausainetta asiakkaalle, jota hän ei tunne ja jonka tilannetta hän ei tiedä. Yksiköissä joudutaan ottamaan huomioon asiakkaan, muiden asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuus. 2.10.03

Tällaiset TEO:n kommentit ja touhuamiset vievät työntekijöiden mielestä pohjan koko huumehoidolta. Työntekijöistä tuntui, että TEO:n taholla puuttuu tietämys vaikeasti huumeriippuvaisen asiakkaan hoidosta. Työntekijöille toki olisi helpompaa tehdä niin kuin asiakas haluaa, mutta pitkällä tähtäyksellä se johtaisi kaaokseen eikä suinkaan asiakkaan tilanteen paranemiseen. Työntekijät pohdiskelivat, että miten olisi käynyt, jos asiakas olisi

kuollut lääkkeen antamisen seurauksena? Silloin olisi suureen ääneen huudettu, että miten voidaan antaa lääkettä puhelimitse tuntemattoman ihmisen käskystä, ihmiselle, jota toinen ei tunne?

Metadonityöntekijä kertoo:

Mutta kaikkein rasittavinta on se että suuret viisaat kammioissaan kaukana asiakastyöstä kertovat meille, kuinka tätä työtä tulee tehdä. Ihmiset tekevät työtä henkensä kaupalla 1400 euron bruttopalkalla ja palkaksi tulee tämä. Suurimmat mielialat lääkärin ja koko henkilökunnan keskuudessa ovat, että voidaanko tällaista työtä tällaisilla edellytyksillä enää jatkaa: työolot ovat turvallisuuden kannalta ala-arvoiset, palkka ei ole suhteessa työn vaativuuteen mutta suurimpana kaikesta on johdon työtä kohtaan osoittama ymmärtämättömyys. 16.10.03

Tässä johdolla tarkoitettiin nimenomaan TEO:n toimintaa. Työntekijät peräänkuuluttivat ymmärtämystä sen sijaan, että puututaan käytännön työn tekemiseen, varsinkin silloin kun tiedot kyseisestä asiasta ovat puutteelliset. Antti Särkelän (Särkelä 1993, 74) mukaan ”hallinnon on pidettävä huolta niistä, jotka työn tekevät. Älä nujerra niitä, jotka tuloksen tekevät. Tuloksen tekijöiden tulee olla vahvoja ja tasapainoisia, voimaa ja luottamusta heille on jaettava. Tahallinen hävittäminen on yllättävän yleistä.”

Asiakkaiden on tultava hakemaan lääkkeensä lääkkeenhakuaikoina, jotta toiminta voisi pienissä tiloissa onnistua. Toisinaan asiakkaat tulevat vasta kun yksikköä ollaan sulkemassa. Silloin asiakkaan kohtaaminen ja ikävien asioiden kertominen aiheuttavat suonaista pelkoa työntekijöissä.

Asiakkaan kiukustuminen, kun kahtena päivänä tuli myöhässä hakemaan lääkettä, eikä saanut sitä. 5 henkilöä meni piiloon, koska pelotti hänen kohtaamisensa. Edellisenä päivänä hän huusi ja jouduttiin pyytämään vartija. 27.2.03

Lääke eli annos

Järvenpään sosiaalisairaala tekemän kyselyn mukaan lääke nähdään hoitosuhteen syntymisen tärkeänä elementtinä. (Jokinen ja Tourunen 2003, 16.) Tutkimassani yksikössä lääke nähtiin

myös tärkeänä hoidon elementtinä. Seuraavassa työntekijöiden käsityksiä lääkityksestä eli annoksesta:

(Ensin juttua siitä, mitä ylläpitohoidon tulis olla sisällöltään, sitten juttu jatkuu metadonin merkitykseen.)

T: Kun he saavat metadonia niin he eivät tarvitse heroiniä. Että saavat metadonia, eikä pakoteta irrottautumaan metadonista, jos ei ole siihen valmis, ettei tarvitse alkaa uudestaan heroinin käyttöön. H1

Työntekijät kirjoittivat metadonilääkityksestä ja sen merkityksestä paperille. Kaikki näkivät lääkityksen hoidon tärkeimpänä elementtinä, mutta sen määrääminen ja annostus nähtiin kuuluvan henkilökunnalle. Asiakkaiden lääkehakuisuus nähtiin myös joskus ongelmana.

Lääkitys kaiken a ja o kuppi käteen ja ulos (4.) Lääkitys tarpeellinen, jokaisella henkilökohtainen annos, annoksien kokoon tulisi puuttua hyvässä ja pahassa, nousut ja laskut, välillä tuntuu että ylläpito ei ole muuta kuin lääkettä (5.) Auttaa asiakasta selviytymään jokapäiväisessä elämästä (1.) Tarpeellinen, asiakkaat tarvitsevat lääkkeensä pysyäksään erossa huumausaineista (2.) Lääkitys yksilöllinen, mutta henkilökunta määrittelee perustellusti lääkeaineen määrän, pitkä seuranta, asiakkaat eivät ole asiantuntijoita, jotkut myöntävätkin lääkehakuisuuden (3.)

Lääkehoidossa oli huumeidenkäyttäjien mielestä parantamisen varaa. Yli- tai aliannostus oli tavallista. Huumeidenkäyttäjien päihdehistoria tulisi ottaa hoidoissa myös paremmin huomioon. (Nuorvala 1999, 49.)

Tutkimassani yksikössä asiakkaat halusivat pääsääntöisesti mahdollisimman suuren metadoniannoksen. Annoskeskustelua eli sitä, että annosta pitäisi nostaa, on käyty koko yksikön toiminnan ajan. Lähes kaikki asiakkaat ovat sitä mieltä, että heidän annoksensa on liian pieni. Päiväkeskuksen asiakkailta on runsaasti persoonallisuushäiriöitä ja lisäksi skitsofreniatyypistä oireilua. Kolmannes tai melkein puolet opiaattiriippuvaisista kärsii psyyken ongelmista. Silloin, kun on kyse persoonallisuushäiriöistä tai skitsofreniatyypisistä sairauksista, on parempi, että opiaattiriippuvainen asiakas saa pikemminkin suuren annoksen kuin pienen. *Näytöt* osoittavat, että mitä vaikeampi riippuvuus sitä suurempi annos ja

pidempi hoito. (Verster ja Bunning 2000.) Päiväkeskuksen annokset ovat kansainvälisesti katsottuna erittäin korkeita.

Metadoniannoksen koko puhutti kaikkia lukuun ottamatta yhtä asiakasta. Metadoniannos oli asiakkaiden mielestä liian pieni. Kaikki ongelmat johtuivat annoksen pienestä koosta. Pieni annos nähtiin ihmisoikeusrikkomuksena, joka aiheuttaa inhimillisiä kärsimyksiä. Tosiasiassa yksikön annokset ovat kaikkein suurimmat verrattuna muiden yksiköiden annoksiin. Annoskeskustelu kävi suurimmillaan koko kevään 2002. Sitä käytiin pitkin kevättä työryhmäkokouksissa.

Keskusteltiin myös hoitajan roolista annoskeskustelun yhteydessä: ei ehkä pitäisi mennä siihen mukaan, vaan puhua jotain muuta. Annoskeskusteluissa tulisi päästä siihen, että maailmassa on muutakin kuin metadoni. Pieni vai suuri annos, entä annos ja kotihoito? Suuri annos pelottaa työntekijöitä, mutta suuri annos on asiakkaiden toive. Henkilökunta pääsisi vähemmällä, kun se antaisi, mitä asiakkaat pyytävät. Ei olisi vääntöjä. Mutta auttaisiko se narkomaania? 29.5.02

Joskus annosta joudutaan lääketieteellisistä syistä pudottamaan ja se aiheuttaa aikamoista polemiikkia. Seuraavassa metadonityöntekijän kirjoittama tapausselostus:

Asiakas pyytää saada vaihtaa muutaman sanan kanssani. Arvasin aiheen liittyvän metadoniannoksen laskuun. Kertoo vierotusoireistaan ja käyttötaustastaan. Koska on käyttänyt niin ja niin paljon herskaa, (heroiinia) niin hänelle kuuluu paljon myös metadonia, ainakin enemmän kuin muille. Ja sitä paitsi tole on noussut koko ajan ylemmäs. Totesinkin, että tuon logiikan mukaan annosta pitäisikin sitten aina vaan nostaa eikä kattoo tulisi koskaan, kun kerran tole (toleranssi) nousee. No eihän se asiakkaan mielestä niin kuitenkaan ole. No, mites sitten? Se nyt vaan on sitten jotenkin, mutta lisää pitäis saada. Vetoaa ikäänsä. Kertoo, että ei elä kuitenkaan viisikymppiseksi, niin miksi tahallanne laitatte hänet kärsimään, miks aina häntä kiusataan. Työntekijät nauttii hänen kärsimyksistään ja siitä kun runtataan hänet matalaks (polkee jalalla maata) ja työntekijät nauraa selän takana. Asiakas kokee olevansa jotenkin hoitajien hampaissa. Lääkäri on aivan perseestä, se ei tajua mitään. Asiakas kertoo joutuvansa menemään nyt kadulle ja se on hoitohenkilökunnan vika. Puhutaan ja puhutaan, mutta asiakas on päättänyt, että kaikki on meidän vikaa. Asiakas kokee, että hoitajia käskytetään virkavallan taholta. Poliisit on käskenyt että hän joutuisi kadulle, koska

ne on ennenki tehny tällaista. Ennen kun oli lääkintöhallitus, tällaista ei tapahtunut, mutta sosiaali- ja terveysministeriön myötä kaikki on samassa jutussa mukana. Sitten asiakas taas palaa annokseen, jonka kokee olevan liian pieni, koska joillakin olisi sitten häntä suurempi annos. Asiakkaan annoksen pitää olla suurempi kuin muiden. Kysyinkin, onko tuo todellakin se suurin ongelma, ja vastaus tuli, että on. Eli ei suinkaan annoksen vähentäminen, vaan että hänen annoksensa ei olekaan suurin ja mahtavain. Poistuu pyydettäessä, sanoo vielä oven raosta: teidän vika, kun joudun menee kadulle.

Asiakkaiden elämä pyörii lääkityksen ympärillä. Annoksia nostettiin asiakkaiden vaatimuksista. Kenenkään tilanne ei kuitenkaan lääkkeen nostamisen myötä parantunut, päinvastoin huononi. Työntekijät kokivat, että heillä oli liian vähän kokemusta lääkehoidosta.

H: Miten näet asiakkaat ja heidän tarpeensa, et mitä hoidos tulis tarjota?

(Ensin juttua hoidon sisällöstä.)

T: Annosasia on tärkeä, mistä me puhutaan paljon, mutta sekin menee sillä tavalla jaksottain, että välillä siitä jauhetaan jatkuvasti ja välillä siitä ei puhuta mitään.

Annoksiin liittyvät asiat ne on varmaan kanssa olleet sellaisia ongelmallisia asioita ja vaikeita asioita, koska tuntuu siltä, että niistä saa liian vähän tietoa, niistä lääkkeistä ja silleen ja niistä annoksien laskuista ja muista ja jotenkin itse koen, että meillä itsellä on ollut liian vähän tietoa ja kokemusta, että se aiheutti ongelmia.

H: Mimmoisia? No semmoisia, että tavallaan tai ehkä liian nopeasti kaikki halusi, että niitä nostetaan, koska se on liian matala ja sitten me nostettiin, ja eipä niistä ollut oikeastaan hyötyä, juuri kenenkään kohdalla. Sitten kun ajateltiin, että niitä pitäisi alkaa laskemaan, kun ne oli liian isoja ja niitten hyödyt oli plus miinus nolla ja jotkut tulivat pikemminkin väsyneemmiksi tai tokkuraiseksi. Niin sitten kauhea sota siitä, että keneltä saa laskea ja keneltä ei. Omaha-ajattajaan kohdistui se ilkeys, valitus, kiukkuisuus ja kiroilu ja haukkuminen. On ollut yllätys, että annosasia on niin keskeinen juttu. Mä olin ajatellut, että nää jotka tulee tänne, että ne on stabiilissa vaiheessa, ja jokaisessa tapaamisessa, kun se ihminen siirtyi meille niin sanottiin, että annoksen kanssa ei ole mitään ongelmia, että se on ihan kunnossa. Ja sitte kun edellisen hoitopaikan porukka painoi oven jälkeensä kiinni, niin samantien alkoi valitus annoksen suuruudesta. H3

Jotkut asiakkaat halusivat määritellä sopivan annoksen koon ja hoidon sisällön sekä lääkkeenhakuajat ja sen, milloin seuloja otetaan ja kuka niitä ottaa, milloin voi ottaa lomaa ja

kuinka paljon. Asiakkaiden kanssa puhuttiin oikeuksista ja velvollisuuksista. Monet asiakkaat olivat sitä mieltä, että asiakkaalla on vain oikeuksia ja työntekijällä vain velvollisuuksia. Jotkut asiakkaat olivat sitä mieltä, että he saavat tulla milloin huvittaa ja käyttäytyä miten tahansa, että he voivat käyttää mitä päihteitä hyvänsä, ja ettei tarvitse antaa seuloja. Näin siksi, ettei ylläpitohoidosta ei voi heidän mukaansa potkaista ulos.

Aina ei kuitenkaan ole mahdollista, että asiakas määrittelee omat tarpeensa ja palvelun sisällön. Esimerkiksi vaikeasti opiaattiriippuvainen henkilö saattaa olla hoitonsa suhteen sitä mieltä, että paras hoidon sisältö on mahdollisimman suuri opiaatin korvaavan lääkkeen suuruus. Kaikki muu hoitoon liittyvä koetaan vain haitaksi, kuten omahoitajakeskustelut, ryhmät ja seulat. Opiaattikorvaushoitoja koskeva asetus kuitenkin edellyttää psykososiaalisen hoidon antamista. Huumeongelmainen ottaisi mielellään asiantuntijuuden itselleen. Hän ymmärtää mielestään asioita paremmin, koska on käyttänyt aineita. Työntekijä ei voi ymmärtää samalla tavalla. Tosiasiassa asiakas ei voi kuitenkaan määritellä lääkityksensä suuruutta. Asiakas ei ole lääkityksestään edes vastuussa, vaan siitä vastaa hoitopaikka ja hoidosta vastaava lääkäri.

Suomessa lääkäri määrää lääkkeet, ei potilas. Vaikka potilas saattaa ensin ärtyä siitä, ettei saa juuri haluamaansa lääkettä tai haluamaansa annosta, hän pidemmän päälle kuitenkin kunnioittaa sitä, että lääkäri pysyy kannassaan ja osoittaa näin myös oman ammattitaitonsa. Kun potilas huomaa, ettei hän saa entisillä käyttäytymismalleilla (huutamisella, uhkaamisella, esineiden rikkomisilla) haluamaansa, hän alkaa myös kriittisesti miettiä omaa käyttäytymistään. Uhkaavan käyttäytymisen edessä ei saa osoittaa pelkoa eikä palkita käytöstä etuuksin, koska tämä ainoastaan vahvistaa tällaista käyttäytymismallia. On opittava tarvittaessa antamaan kieltävä vastaus tuntematta itseään syylliseksi. (Tuomola 2003, 5.)

Yrjö Nuorvala (1999, 31) on tutkinut haastattelemalla 21 huumehoidossa olevan huumeidenkäyttäjän kokemuksia ja odotuksia hoidoistaan. Aineistosta löytyi mainintoja, ettei työntekijällä ollut asiakkaiden mukaan tarpeeksi tietoa huumausaineista, niiden käyttäjistä ja hoidosta. Asiakkaiden mukaan tutkimassani päiväkeskuksessa hoitajilla ei ole kuin kirjatietaa ja he vetoavat kirjallisuuteen. Asiakkaat uhkailevat itsemurhalla, kun annos on heidän mielestään liian matala. Kysyttäessä mikä olisi sopiva annos: annos olisi sopiva, jos se olisi 375. (Kansainvälisesti keskiverto annos 60-120mg) Asiakas on omasta mielestään oikea narkomaani. Nykyiset huumausaineet ovat laimeampia. Meidän metadoni on erilaisempaa

kuin muualla. Metadonistit usein valittivat, että työntekijät eivät voi ymmärtää narkomaania, kun eivät ole itse käyttäneet aineita. Tähän liittyi usein työntekijöiden mitätöimistä, ja henkilökuntaa arvosteltiin asiantuntemattomiksi ja käskettiin mennä leikkimään leikkikentälle.

Päihteiden käyttö

Nuorvalan asiakkaiden haastattelututkimuksen mukaan päihteiden käyttöön hoidon aikana suhtauduttiin kielteisesti. Huumeiden käyttäjät odottivat hoitopaikoilta tiukkaa aineiden kontrollia. (Nuorvala 1999, 38.) Tutkimassani päiväkeskuksessa asiakkaille tehdyssä kyselyssä asiakkaat nostivat itse oma-aloitteisesti alkoholin ja metadonin yhteiskäytön esille: neljä asiakasta oli sitä mieltä, että alkoholin käyttöön ei tulisi kiinnittää huomiota. Alkoholi ja metadoni ovat kuitenkin vaarallinen yhdistelmä. Asiakkaat eivät tunnusta alkoholin vaarallisuutta metadonihoidon yhteydessä. He vähättelevät alkoholin vaikutuksia.

Annosta ei saa pienentää, jos promilleja. Asiakas 5.

Alkoholinkäyttö ei saa vaikuttaa metadoniylläpito asiakkaiden keskuudessa. Metadoni on meille samaa kuin insuliini sokeritautipotilaille. Asiakas 1.

Alkoholiin ei saa puuttua metadonihoidossa, koska me emme ole alkoholivieroituksessa. Asiakas 2.

Asiakas sanoi, että emme ole pyhäkouluiässä, ei tartsis olla sääntöjä alkoholin käytön suhteen. Asiakas 4.

Asiakkaat vähättelevät päihteiden vaikutusta heihin. Perälän (2002, 100) haastattelututkimuksessa haastatelluista yksi kertoi nähneensä ajaessaan tien kolmena kappaleena, mutta hän oli sitä mieltä että heroiini ei vaikuta autolla ajamiseen oikein annosteltuna. Päiväkeskuksen asiakkaat olivat myös sitä mieltä, että metadoni ja bentsodiatsepiinit eivät vähennä esimerkiksi ajokykyä. Kuitenkin havainnoitaessa asiakasta tämän tokkuraisuus on ilmeinen.

Asiakkaat vähättelevät muiden lääkkeiden esimerkiksi bentsodiatsepiinien vaikutusta.

Työntekijän kirjoittama tapausselostus (nimet muutettu):

Asiakas tulee lääkelle: Olemus totaalissa jumissa. Hidas, jähmeä, tokkurassa. Tyynyn kuva poskessa. Puhe hidasta. Totesin Janin olevan tokkurassa, minkä itse kiisti. Sanoo, että ei oo ikinä ollut täällä tokkurassa, työntekijät aina keksii noita juttuja. Mistä työntekijät oikein keksii noita? Oletko ottanut ylimääräisiä pillereitä? Kertoo ettei ole, on vaan nukkunut niin pitkään. Tapaaminen kuitenkin yhteisymmärryksessä, asiakas nauraakin omille kommenteille.

Asiakkailla ja työntekijöillä on eri käsitykset päihteiden käytöstä.

H: Tota, miten sinä näet, jos puhutaan ylläpitoehdosta, et miten asiakkaat näkee hoidon ja miten työntekijät?

T: Siinä on ristiriitaa, miten työntekijä ja asiakas näkee päihteiden käytön. Esim. me nähdään laittomien aineiden käyttö kiellettyä, vaikka näitä retkahduksia tulee ja asiakkaat voi nähdä sen, että kaikkia huumeita ei tulisi nähdä huumeiksi esim. kannabista. Kannabis ei välttämättä ole huumetta ja sitte on se kun ylläpitohoito on riskien vähentämistä ja rikollisuuden vähentämistä, niin he voivat nähdä sen, että he saavat käyttää sitä niin paljon kuin ennen. H1

Jatkuva oheiskäyttö nähdään ongelmallisena jo turvallisuudenkin takia. Haluttiin, että olisi jokin raja, milloin oheiskäyttö voisi jopa lopettaa hoidon hyödyttömänä etenkin, jos siihen liittyy rikollisuutta.

H: Mitä mieltä sä olet, kun korvaushoidossa on tavoitteena irrottautua aineesta, mut ylläpitoehdossa ei ole?

T: Tällaiselle ylläpitoehdolle on selkeästi tilausta, kun on osa niistäkin, jotka ei voi koskaan irrottautua aineesta kokonaan, mutta että kuitenkin siitä päähuumeesta erossa pysyminen, se tietysti saa yhteiskunnalliselta tasolta järkevää,. Mutta on se joskus ristiriitaista, että mikä tässä nyt on ja mikä ei, että hetkinen. Se kun rupee olemaan jatkuvasti sitä toisen aineen käyttöä jollakin tavalla siinä sitten tulee ajatelleeksi, että mikäs tässä nyt on se pääjuttu. Kyllä se on sillai äärimmäisen vastuullista, sillä tavalla niin kuin se, että ei tiedä mitä ne on vetänyt, kun ne on tänne tulleet, niin suuri vastuu on hoitajalla sen arviointi. Siitä asetuksesta minusta siinä on tästä ylläpitoehdosta, eikö ollutkin niin että ne jotka ei voi kokonaan lopettaa, se on periaatteessa luvallista. Mutta kuinka se sitten menee näitten kohdalla kun ne

jatkuvasti antaa positiivisen näytteen, että saako ne pelata sen toisen aineen kanssa niin paljon kuin haluaa, et se mua jollain lailla hämää. Tavallaan se vaikuttaa tähän hoidon toteuttamiseen, kun kaikkea saa käyttää. H4

H: Mitä mieltä olet, kun tässä ylläpito-hoidossa ei tarvii olla päihteetön, et mitä se tarkoittaa hoidolle?

T: En minä tiedä pitääkö olla päihteetön, mutta jonkinlainen raja niillä pitää olla, että ei kamaa niin kuin mielin määrin ja silti olla hoidossa. En minä ainakaan ota vastuuta semmoisesta, että toinen on sekaisin kuin seinäkello ja vielä pitäisi lääkettäkin antaa. Pitäisi olla tiedossa tai ainakin arvioida missä on se raja. H5

Jatkuvan suonensisäisen käytön ja rikollisuuden kyseessä ollen sekä opiaattien käytön kohdalla tulis mieltä, että onko tämä hoito asiakkaan kohdalla ok. 29.9.03

Seulat

Sosiaali- ja terveysministeriön päihdehuollon laatusuosituksen mukaan seuloja, eli virtsatesteausia tulee tehdä ainoastaan henkilön itsensä suostumuksella ja vain hoidon tukena, eikä testeausista saa aiheutua asiakkaalle kohtuutonta haittaa. Positiivinen testitulos on varmennettava tarvittaessa. Päihdetestin tulos on luottamuksellinen tieto. (Päihdehuollon laatusuositukset 2002, 20-22.) Tutkittavassa yksikössä seulojen nähtiin kuuluvan hoitoon. Seulojen avulla pyritään kontrolloimaan sitä, onko henkilölle mahdollista antaa lomapulloja, mutta samalla ne kertovat jotain myös asiakkaan tilanteesta ylipäättään. Joskus asiakkaat kieltäytyvät antamasta seulaa.

Seulojen avulla pystytään tarkkailemaan, kuinka potilas pärjää ylläpito-hoidossa, eli että ei käytä muita aineita ja pystyy elämään suhteellisen normaalia elämää (1.) Otetaan seuloja mutta ei tehdä niistä numeroa (5.) Kaksi kertaa kuussa sopiva määrä (4.) Kaksi kertaa kuussa ok. Nähdään vähän mitä käytetään ja miten saa lomia (3.)

Hoidon tukipilari. Seulojen avulla kartoitetaan asiakkaiden raittiina olemista. Kertoo ihmisen yleiskunnosta (2.)

Kun tavoitteena ei ole riippuvuuden parantaminen, vaan rikollisuuden ja tartuntatautien säätely, voisi hyvin ajatella, että lisähuumeiden käyttöön ei kiinnitettäisi lainkaan huomiota.

Tämä on käytäntö joissakin Tanskan lääneissä. Yleisen huumetilanteen seuraamiseksi näytteitä pitää silti ottaa säännöllisin välein ja tähän on varauduttava myös henkilökunta- ja kustannusarvioissa. Positiivisella näytteellä ja sitä seuraavalla moitteella saattaa olla myönteisiä seurauksia.

Elina Vironkannas on tutkinut haastatteleamalla nuorten käsityksiä seuloista. Suuri osa nuorista ei esittänyt minkäänlaisia syitä positiiviselle seulatulokselle, vaan ennemminkin määritteli seulatulokset syyksi tapahtuminen kuluille, hoitoon tai kontrollin kohteeksi joutumiselle. Seulat merkityksellistyivät siis enemmänkin suhteessa testituloksista johtuviin toimenpiteisiin kuin asiakkaan omaan toimintaan, jonka seurausta positiivinen vastaus on. Nuoret eivät myöskään kertoneet yrittäneensä muuttaa päihteiden käyttöään testien tuloksista saamansa tiedon mukaan. Seulat eivät siis näytä tarjoavan tukea omaehtoiselle toiminnalle ja huumeista irtaantumiselle. (Vironkannas 2003, 264-265.)

Päiväkeskuksessa positiivinen seulatulos johtuu asiakkaan mielestä usein asiakkaan ulkoisista tekijöistä, ei huumeidenkäytöstä.

Asiakkaan seulavastaus positiivinen, joka ei johdu asiakkaan mielestä hänen käyttämisestään. Seuraa kovaa vitun huutamista. Hoito on perseestä. Asiakas vihjaa, että hoitohenkilökunnan ottovirheestä johtuu positiivinen tulos. Seuraavaksi ilmoittaa, että positiivien seula johtuu laboratoriolaitoksen ottajista, koska kyseessä yksityinen laitos. Laboratorionhoitajan amfetamiinipitoista hikeä on joutunut seulavastaukseen. Pakko ruveta vetämään kamaa kunnolla. Toistaa että hoito perseestä. 7.7.03

Positiivinen seulatulos voi aiheuttaa myös vaaratilanteen työntekijöille. Asiakkaalle kerrottiin edellisen päivän positiivisesta seulatuloksesta, jolloin asiakas raivostui ja huusi. Seuraavana päivänä:

Vartija mukana kun asiakas tulee. Kiistää positiiviset seulat. Lomat perutaan, koska positiiviset seulat ja välipäiviä (asiakas ei ollut saapunut hoitoyksikköön). Asiakas rauhallinen. Vartijalla rauhoittava vaikutus. Epämiellyttävä olo vaikka ei ollut uhkaava. 27.2.03

Yleisesti ottaen yksikössä nähdään, että seulat ovat välttämätön elementti asiakasturvallisuuden varmistamisen, ja myönnettäviin lomiin liittyvän kontrollin näkökulmasta.

Lomat

Asiakkaalla on oikeus saada lomapäiviä. Lomapäivinä hänen ei tarvitse tulla yksikköön hakemaan lääkettään, vaan hän saa loman ajaksi pullot mukaansa kotiin. Lomapulloja saa kotiin seuraavien sääntöjen mukaan: asiakkaalla on oikeus hakea yhtä lomapäivää viikossa, kun hänellä on ollut kaksi perättäistä negatiivista seulaa. Asiakkaalla on oikeus hakea kahta lomapäivää viikossa, kun hänellä on ollut kahden kuukauden ajan negatiiviset seulat. Hoitotiimi arvioi yksilökohtaisesti useamman päivän lomahakemukset. Oikeus kaikkiin lomapulloihin menetetään positiivisen seulan yhteydessä. Useimmilla on viisi lomapäivää viikossa.

Työntekijät kirjoittivat käsityksiään lomailusta:

Joissakin tilanteissa yksilöllisyys paikallaan.

Joillakin asiakkailla amfetamiiniposiitivisia päiviä, jolloin ei lomia. Seulat puhtaat että voi olla lomia. Jos käyttää amfetamiinia, viinaa tai myy kamaa ei lomaoikeuksia (3.)

Loma niille joilla asiat ok (4.) Nykyinen käytäntö hyvä, se antaa mahdollisuuden myös joustoihin. Henkilökohtaisesti olen sitä mieltä että lomapäivä vain 5 viikkoa kohden (5.) Lomaan on oikeutettu jos pystyy osoittamaan sen, että pystyy olemaan lomalla. Tarkoittaa puhtaita seuloja, sääntöjen noudattamista (1.) Lomat ohjaavat asiakkaita normalisuuteen. Lomien ansiosta he voivat opetella elämään normaalia elämää. Porkkana pysymään erossa kielletyistä aineista (2.)

Lomissa pidettiin tärkeänä seulojen puhtautta. Jos seulat on likaiset, ei voi saada lomia. Seulat ilmaisevat lomakuntoisuuden. Loman määräytymisessä tulee kuitenkin olla mukana yksilöllinen aspekti esimerkiksi on eri asia, jos on ollut pitkään kuivilla ja sitten kerran retkahtaa, kuin jos päihtetöntä jaksoa ei ole ollut, vaikka lomat muuten tapahtuvatkin sääntöjen mukaan.

Hoidossaolon kriteerit

Säännöt ja niiden noudattaminen vaikuttavat myös hoidossaoloon. Työntekijät näkevät, että sitoutumista ja yrittämistä pitää edellyttää myös asiakkailta. Havainnointijakson aikana päiväkeskuksessa hoitamisen ja hoidossa olon raja oli myös hakusessa. Seuloista kieltäytyminen, uhkaava käytös ja aikojen noudattamatta jättäminen nähtiin poissulkukriteereinä. Sääntöjen noudattaminen on hoidossa olon edellytys.

(Puhetta siitä, että on vääriä ihmisiä hoidossa).

H: Ai, minkälaisia?

T. Semmoinen ihminen, joka ei sitoudu, siihen et meillä on tietyt säännöt, niitä sääntöjä pitää noudattaa, että meillä esimerkiksi seulat, joita on vaan kaksi. Ne pitää mielestäni pystyä antamaan, koska tulee tämä terveysriski, jos käyttää laittomia päihteitä, että vaikka sallitaankin laittomien päihteiden käyttö, se ei saisi olla kokoaikaista käyttöä, ja ihminen, joka ei pysty yhteistyöhön, on sopimaton. Eli sääntöjä pitäisi noudattaa, niihin olla sitoutunut, jo hoidon alussa, jos ei pysty tulemaan, meillä on tietyt ajat jolloin me annetaan lääkettä, mikä on joustava. Jos ei pysty tulemaan eikä antamaan seuloja, sitte meillä on psykososiaalinen hoito, jos hän ei tule keskusteluihin kun on sovittu. Ja sitte jos sä oot aina vaatimassa jotakin, joita sä sitten et pysty itse kuitenkaan noudattamaan, ja kuitenkin narkomaanin kanssa työskennellessä tulis olla tiukat rajat, et jos se rupee leviämään se hoito, niin että heidänkin pitää noudattaa. H1

H: Vielä näistä kriteereistä, millaisia sääntöjä et voi olla hoidossa?

T: No kyllähän niitä joitakin sääntöjä on, vaikka ollaankin kevennetyssä hoidossa, mutta kyllä niihin pitää pystyä sitoutumaan, sillä lailla, kun ne kuuluu tähän hoitoon esim. seulat. Ne on annettava konstilla millä hyvänsä. Ja väkivallalla uhkailu, ei asiakkaita, eikä henkilökuntaa saa uhata. H2

H: Millaisia kriteereitä, että poistetaan hoidosta?

T. Silloin kun mikään asia ei toimi: ei lääkkeenhaku, ei omahoitajakeskustelut, ei seulan annot, mihinkään ei oteta osaa, niin mitä sen hyödyttää, jos vain hakee lääkkeensä silloin kun sattuu sopimaan, et onko se sitten hoitoa. Hänen pitäisi olla myös yhteisvastuussa hoidosta. Onko se elämänlaadun parantamista, jos saa tulla ja mennä miten haluaa, on yhteiskunnassa muitakin rajoitteita. H5

(Puhetta rajojen merkityksestä).

H: Et sä oot sitä mieltä, että kriteerien tulee olla tiukat?

T: Joo se on ehdotonta, jotta voi olla hoidossa tulee täyttää jotkut aika tiukatkin kriteerit.

Täähän olis paratiisi jossa vaan saadaan, mutta ei mitään vaadita.

(Aivoperäinen sairaus selityksenä sääntöjen noudattamatta jättämiselle): Onhan kehitysvammaisillakin aivoperäinen sairaus. Silti ne opettelee niin kuin tekemään tietyt toiminnot ja varmaan hekin on nyt vaikeesti vammautuneita eihän heillä kaikki pelaa, ja silti heidät opetetaan tekemään, jopa pianonsoittoa. Että kyllä on pystyttävä tulemaan aukioloaikana tai sitte ne voi anoa henkilökohtaisen avustajan joka tuo, jos aivoperäinen sairaus todetaan niin vaikeaksi. Jos ei sopeudu ryhmään niin on haettava toinen ryhmä tai sitten hän jää ilman. H6

Ohessa Munkkisaaren päivätoimintojen kommentit säännöistä:

”Sääntöihin ja periaatteisiin sitoutuminen on aina tilannesidonnaista. Epävarmuuden ja keskeneräisyyden sietäminen nähtiin suurena haasteena. Asiakas on impulsiivinen ja omaa omat tavat. Työntekijät eivät halua itse olla rajoittamassa asiakkaiden käyttäytymistä sosiaalisissa tilanteissa. Työntekijä ei ota vastuuta yleisestä rauhattomuudesta, vaan suhtautuu tapahtumiin kuin olisi pallo hukassa. Autoritäärisyyden välttäminen on olennaista. Säännöt ovat avoimia, ei kirjoitettuja sääntöjä. Narkomaanikulttuuriin kuuluva lyhytnäköinen oman edun tavoittelu tuo mukaan tiettyjä ilmiöitä. Asiakkaat saattavat yhdessä tuumin olla vastustamassa jotain rajaa, vaikka samat ihmiset hetkeä myöhemmin ovat valmiita varastamaan kaverin lompakon.” (Hätinen ja Kukkonen 2003, 5-6.)

Edellä esitetty esimerkki kertoo jotain siitä, että asiakaslähtöisyydessä on menty metsään. Katsotaan ammatilliseksi toiminnaksi, että asiakas käyttäytyy miten sattuu ja vielä vaarantaa toisten turvallisuuden. Millä tavalla edellä esitetty työskentelytapa auttaa narkomaania? Hyvä asiakastyö ei välttämättä tarkoita sitä, että asiakas saa käyttäytyä ja tehdä mitä vaan, jos elämänhallinnassa on puutteita. Kysymyshän on oikeastaan asiakkaan kunnioittamista, että häneltä myös vaaditaan jotakin. Ongelmana on vain se, että kun työ on niin henkisesti rasittavaa, niin millä saadaan henkilökunta jaksamaan tekemään jatkuvaa sääntö- ja rajoitustyötä, kun helpompaa olisi hyväksyä vaan kaikki käytös puuttumatta siihen mitenkään. Vaativuus on asiakkaan kunnioittamista valintoja tekevänä subjektina, joka kantaa myös vastuun omista valinnoistaan (Särkelä 1993, 75).

6.3.3 Yleiset periaatteet

Aloituskriteerit

Asiakkaat näkevät usein korvaus- tai ylläpitohoitoon pääsemisen uutena mahdollisuutena, joka mahdollistaa elämänmuutoksen ja elämänarvojen uudelleen priorisoinnin. (Fabritius ja Granström 1999, 7.) Parhaimmillaan hoito luo edellytyksiä hyvälle elämälle. Asiakkaiden elämään voi tulla uutta toivoa ja unelmia. Hoito-ohjelmien tulisi tukea asiakasta tässä elämänmuutoksessa ja antaa eväitä oman elämän hallintaan. Samalla kuitenkin hoito-ohjelmien tulisi kunnioittaa asiakkaan elämäntapaa ja yksilöllisiä valintoja. Päihdekuntoutuksen tulisi tähdätä sellaisiin toimintoihin, jotka mahdollistavat sisäisen tasapainon, kohtuulliset, muiden elämää häiritsevät elämäntavat, itsensä toteuttamisen tunteet ja hyvät ihmissuhteet.

Tehokas asiakasvalikointi on tarpeen ylläpito- ja korvaushoidossa, jotta opiaattihoitoihin ei tulisi asiakkaita, joiden pääasiallinen huume ei olekaan opiaatti vaan jokin muu, jolloin korvaus- ja ylläpitohoito ei toimi. Asiakkaiden vieroitusoireiden mittaaminen on vaikeaa. On vaikea todentaa, kuinka paljon ja mitä päihteitä asiakas on käyttänyt ja kuinka vakituisesti tai satunnaisesti. Aiemmin potilaan kannatti salata käyttönsä mahdollisemman pitkään, kun taas nykyisin liioitellaan käyttöä (Laine 2003, 3577), jotta päästäisiin juuri halutuun hoitoon. Riippuvuuden syvyyden arvioiminen on tärkeää ennen hoidon aloittamista (Verster ja Bunning 2000).

Järvenpään sosiaalisairaalan tekemän kyselyn mukaan työntekijät eivät olleet huolissaan siitä, että korvaushoidon kriteerit olisivat väljentyneet. Mutta toisaalta nähtiin, ettei kriteereitä saisi myöskään helpottaa, eikä hoitoa myöskään siirtää peruspalveluihin. (Jokinen ja Tourunen 2003, 16.) Tutkimassani päiväkeskuksessa esiintyi huolta asiakkaan hoidon aloituskriteereistä. Hoitoja ei ole tarjolla kaikille, ja lisäksi koettiin, että ne jotka ovat hoidossa, saattavat olla väärässä hoidossa.

H: Et mitkä on nää kriteerit, joilla pääsee hoitoon?

T: Yksi konkreettinen.

H: Onko ne löysät vai kireät?

T: Yks raivon aihe, jolle poljen jalkaa on just nää kriteerit.

Täällä kun on henkilöitä, jotka ei välttämättä ole oikeassa hoidossa, ja taas ne ketkä tarvii hoitoa ja kaipaa sitä, ei sitä saa

T: Kriteerit, joilla pääsee hoitoon on liian löysät. Että pitää miettiä, onko asiakas tämän hoidon tarpeessa. Täällä on ihmisiä, jotka mielestäni eivät ole oikeassa hoidossa esim. semmoiset, joilla on vakava alkoholiongelma, et mitenköhän ne voi olla metadonihoidossa. Metadonihan ja alkoholi ei ole mikään hyvä yhdistelmä ja sitten, jos on vaikea persoonallisuushäiriö ja amfetamiininkäyttö, mikä on ihan kokoaikaista ja huomaa, että ihmisen ongelma onkin amfetamiini eikä heroini.HI

Työntekijöiden mukaan kriteerit pitäisi muotoilla yksiselitteisesti, ne pitää saattaa kaikkien osapuolten tietoon ja niitä pitää myös noudattaa yhdenmukaisesti kaikissa arviointeja tekevissä yksiköissä, eikä lääkehoitoja tule lisätä holtittomasti.

Yksikössä toivottiin, että kriteerit hoidolle olisivat tarpeeksi tiukat ja yhdenmukaiset, jotta hoitoa saisivat ne, joille se kuuluu ja joita se hyödyttää. Asiakkailta tulisi myös vaatia sitoutumista.

Metadonityöntekijä kertoo:

Asiakasvalikoinnissa tulisi ottaa huomioon myös halu raitistua ja parantaa elämänlaatua. Jos asiakkaalla on halu jatkaa huumeiden käyttöä ja huume-elämäntapaa, ei voida kyllä odottaa kovin suuria hoitotuloksia ja elämänlaadun paranemista. Jatkuvan oheiskäytön kyseessä ollen, voidaan jopa epäillä ilmaisen lääkkeen vain olevan muun huumeen jatkoa. Asiakkaan ei tarvitse ostaa niin paljon tavaraa pimeiltä markkinoilta. Asetuksessa viitataan siihen, että ylläpito-hoidon tulisi valmentaa vaativampaan korvaushoitoon ja sen tulee sisältää psykososiaalista kuntoutusta ja hoidolta odotetaan, että se on strukturoitua ja tarkasti valvottua. Silloin se edellyttää jotain myös asiakkaalta.20.8.02

Asiakaslähtöisyys

Vaikeat asiakastilanteet siivittivät keskustelua asiakaslähtöisyydestä. Tutkittavassa yksikössä asiakkaat kokivat pakotteena sen, että joutuvat hakemaan lääkkeen tiettyinä aikoina tai että he joutuvat antamaan virtsanäytteitä jatkuvasti valvotusti. Pakoksi koettiin myös alkometriin puhaltaminen tai lomien evääminen, kun seulavastaus ei ollut puhdas. Pakoksi koettiin myös,

jos terveyskeskukseen asiakkaalle varattu aika oli hänen vapaapäivänään, eli sellaisena päivänä kun hänen ei tarvinnut tulla hoitoyksikköön, koska hänellä oli lomapullo.

Käytännön huumehoidossa valvottu lääkkeen annostelu, seulat ja säännöt voidaan nähdä hoitosuhteen rakentamisena eikä kontrollina. Joissakin tilanteissa saattaa olla kyseessä asiakkaan oman turvallisuuden tai terveyden suojaaminen tai toisen henkilön suojaaminen. Samalla toimella voi olla tilanteen mukaan erilainen luonne ja sen hyväksyttävyyttä on arvioitava tilannekohtaisesti. (Koivuranta 2002, 49.) Ohessa esimerkki siitä, miten eri tavalla asiakas ja hoitaja näkee sääntöjen noudattamisen.

Asiakas kertoo: *yhteiskunnan tulee olla kiitollisia, että ollaan hoidossa. Jos ette tee niin kuin haluan, rupean narkkaamaan. Puhalluttaminen, kun haisee viinalle on rikkomus ihmisyyttä vastaan ja se on leimaavaa.* 13.12.02

Eli hoitajilla ei ole asiakkaan mielestä oikeutta tehdä hoitotoimenpiteitä.

Metadonityöntekijä kertoo: *Subjekti ja itsemääräämisoikeus. Subjektilta edellytetään tietoa siitä, miten yhteisö elää. Säännöt on täytettävä. Koskee myös käyttäytymistä, koska ei eletä anarkiassa. Talossa talon tavoilla tai pellolle. Saa lääkityksen tietyillä ehdoilla.* 15.10.02

Ongelmia aiheutuu, jos asiakas on vaikeasti riippuvainen huumeesta, haluaa hoitoa, mutta ei halua luovuttaa autonomiaansa hoitotaholle. Seurauksena on, että asiakkaan riippuvuutta ei voida hoitaa, ilman että se aiheuttaa kohtuuttomia vaikeuksia muille asiakkaille ja työntekijöille. Kysymyksenä onkin, että kuinka paljon haittaa asiakkaan sairaus saa tuottaa toisille asiakkaille? Kun halutaan auttaa jotakin henkilöä oikein yksilöllisesti ja ilman byrokratiaa, siitä saattaa seurata muiden hoidon vaikeutumista; samoista vähäisistä tila- ja henkilökuntaresursseista taistelevat myös muut asiakkaat. Onko oikein esimerkiksi se, että yksi asiakas voi terrorisoida muita niin paljon, että 10 muuta ei uskalla tulla yksikköön? Vai voidaanko tämän yhden hoito lopettaa, jotta muut voisivat tulla. Kenen on kannettava vastuu resurssien niukkuudesta? Mikä on asiakkaan vastuu valinnoistaan. Miten jakautuu hoitoväen vastuu asiakkaista ja muista asiakaskasryhmistä. (Granström 2002.) Edellä olevat kysymykset ovat kysymyksiä, jotka askarruttavat huumehoitotyötä tekevän kenttäväen mieliä. Yksiköiden on ratkaistava ulkoisten vaatimusten ja sisäisten resurssien ongelma parhaalla mahdollisella

tavalla, niin että ratkaisu olisi oikeudenmukainen sekä asiakkaita että työntekijöitäkin kohtaan.

Henkilön itsemääräämisoikeuden rajoitukset ja laitoksen toimintasäännöt on kirjattu hoitosopimukseen, jonka allekirjoittaminen on hoidon aloittamisen edellytys. Sopimuksen rikkomisen sanktiona voi olla hoidosta pois joutuminen. Käytännössä hoidosta pois joutuminen on harvinaisempaa kuin siitä puhuminen. Tutkittavassa yksikössä vain yksi henkilö joutui pois hoidosta kahden vuoden seurantajakson aikana. Hän joutui pois, koska hän ei tullut hoitopaikalle sen aukioloaikoina, hänen seulansa olivat jatkuvasti positiiviset ja hän käyttäytyi uhkaavasti. Hoidon loppupuolella henkilö ei antanut seuloja ollenkaan. Silloin, kun hän saapui hoitopaikkaan, hän tuli niin myöhään, noin viisi minuuttia ennen sulkemisaikaa, että asetuksen määräämää psykososiaalista hoitoa ei voitu antaa. Usein henkilö saapui vasta sulkemisajan jälkeen ja jäi huutamaan oven pieleen.

Asiakkaan näkökulman tai subjektiivisuuden korostamisessa on se vaara, että se voi sokeuttaa huomaamasta muita olennaisia asioita. Asiakkaat ovat joskus varsin harjaantuneita hankkimaan itselleen etuisuuksia, ja he ovat usein myös omaksuneet virkamiesten tavan käsitteellistää asioita; vetoavat esimerkiksi siihen, että on narkomaani ja kärsii aivoperäisestä sairaudesta tai sitten he vetoavat virkamiehen ammatillisiin velvoitteisiin. Miten auttaa asiakasta hyvään elämään, kun asiakkaan käsitys hyvästä elämästä on täysin erilainen. Siihen ei välttämättä kuulu työntekoa eikä rehellisyys toimi ensimmäisenä eettisenä periaatteena. Asiakasta voidaan motivoida kohti päihteetöntä elämäntapaa, mutta eikö silloin ole kyse suostuttelusta, joka loukkaa ihmisen subjektiivutta? Eettinen korrektius ja asiakkaan oman tahdon kunnioittaminen on sitä vaikeampaa, mitä lähemmäksi käytännön työtä mennään.

Potilaslain mukaan säännöstä potilaan hoitamisesta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan voidaan tulkita niin, että vapaaehtoisesti hoitoon tullut potilas voi antaa suostumuksensa paitsi terveyden- ja sairauden hoitotoimenpiteisiin niin myös niihin kiinteästi liittyviin rajoitustoimiin. Rajoitustoimien käytöstä päättää kussakin toimintayksikössä päätöksentekoon lainsäädännön nojalla tai asianomaista yksikköä koskevien ohjeiden mukaisesti oikeutettu toimielin tai ammattihenkilö. Usein tilanteessa rajoituksen toteuttaa ammattihenkilö. Rajoitusten käyttö jokapäiväisessä hoitotyössä joudutaan ratkaisemaan kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Voimavarjoja lisäämällä voidaan vähentää rajoitustoimia. Rajoitteiden käyttöön vaikuttaa myös hoitokulttuuri. (Koivuranta 2002, 86-

88.) Rajoitusten käyttöön vaikuttaa myös asiakasryhmä. Addikti mielellään käyttäisi lääkitystä yli ohjeistuksen, mutta diabeetikko harvoin haluaa käyttää insuliinia enemmän kuin lääkäri määrää.

Kohderyhmät ja ongelmien kantajat näyttävät aikaisempaa selvemmin osallistuvan myös ongelman ja heille sopivan ratkaisun määrittelyyn. Kohderyhmät eivät jää vain poikkeaviksi ulkopuolisiksi, joita yhteisö leimaa ja luokittelee, vaan niillä on merkitystä omaa ongelmaansa koskevien vaatimusten esittäjinä (Hakkarainen 1992, 131.) Huumeriippuvaiset haluavat itse määrittellä, millaista hoitoa he haluavat. (Murto 2002, 189.) Huumeongelmaisille lääkkeellisen hoidon vaatiminen on luontevaa, sillä aineilla on keskeinen asema heidän elämässään. (Perälä 2002, 78.) Mutta tärkeintähän ei välttämättä ole se, että huumeongelmainen saa juuri haluamaansa hoitoa, vaan tärkeintä on aineista irti pysyminen. On ruvettu puhumaan jopa kuluttajakansalaisuudesta. Asiakas nähdään valintoja tekevä aktiivisena ihmisenä. Hän määrittelee omat tarpeensa ja tarvitsemansa palvelun sisällön. Tästä seuraa, että toimintaa ohjaava poliittinen päätöksentekijä ja palvelujen professionaalinen asiantuntija saavat rinnalleen palveluvalintoja tekevän subjektin. (Niiranen 2002, 66.)

Vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta tutkittavassa yksikössä oltiin syvällä kriisissä ja mietittiin kovasti huumehoidon eroa muuhun hoitamiseen, priorisointikysymyksiä sekä kontrollin osuutta hoidossa. Mietittiin jopa, että auttaakohan lääke sittenkään niin monia kuin oli luultu. Hoidon alkaessa työntekijöillä oli sokea usko lääkkeellisen hoidon mahdollisuuksiin ja työtä haluttiin tehdä mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Pian asiakkaat kuitenkin huomasivat, että hoitajat olivat noviiseja ja epävarmoja ja käyttivät sitä hyväkseen.

Keskustelua työryhmässä: *Asiakkaat odottavat täydellisiä vastauksia. Ei saa olla epävarma. Mielellään silloin haluavat asiantuntijuuden itselleen ja käyttävät epävarmuutta hyväkseen manipuloidakseen itselleen lisää lääkettä. Asiakkaat eivät ole vain huumeriippuvaisia vaan heillä on tosi monenlaista problematiikkaa. Meille infottiin alussa, että asiakkaat hyväkuntoisia ja työssäolevia. Tosi pettynyt olo, tuntuu että työntekijöitä on petetty ja annettu väärää informaatiota.* 15.8.02

Me oltiin liian kilttejä ja ymmärtäväisiä asiakkaiden suhteen siksi tuli annoskeskustelut ym. Asiakkaat otti vallan itselleen, kun huomasivat että ollaan epävarmoja ja haluttiin kuunnella asiakasta ja tehdä työtä asiakaslähtöisesti. 21.8.02

Asenne ylläpitohoitoon kiristyi hoidonaloittamistilanteeseen verrattuna. Yksikössä keskusteltiin runsaasti priorisointikysymyksistä huumeiden käyttäjien, muiden päihteiden käyttäjäryhmien sekä muiden sairausryhmien välillä. Myös Pietarisen mukaan huumeiden käyttäjien hoitoon osoitettavista voimavaroista joudutaan keskustelemaan suhteessa muihin hoitoa tarvitsevien ryhmien tarpeisiin. (Pietarinen 1993, 123-125.) Tutkittavassa yksikössä työntekijät olivat sitä mieltä, että nykyisessä tilanteessa, kun kaikkien terveydenhuollossa on säästetty, korvaus- ja ylläpitohoidossa olevat ovat etuoikeutettuja, kun saavat hoitoa. Päivittäinen lääkkeenhaku ei suinkaan ole kohtuutonta, vaan se on oikeus. Työntekijät myös ihmettelivät, kuinka asiakkaat voisivat määritellä miten, milloin ja kuka hoitoa antaa. Eihän muussakaan terveydenhoidossa potilas määrittele, miten umpisuoli leikataan ja mitä lääkettä annetaan ja kuinka paljon.

Keskustelua kokouksessa huumeriippuvuudesta: *Asiakkailla huumeiden käyttöön liittyy pakonomaisuus. Heidän on vaikea rajoittaa käyttöä, vaikka tietää haitat. Millä tavoin huumehäiriö poikkeaa muista terveydenhäiriöistä? Huumelääkitys on ihan eri asia kuin esimerkiksi insuliini tai antibioottihoito, koska niitä ei vaadita lisää ja lisää. Huumehoito ei ole mitä tahansa muuta sairaudenhoitoa. Jos hoitomahdollisuuksia hyvin vähän niin kenelle ne suunnataan ensisijaisesti, suurimmin oirehtiville vai paremman ennusteen omaaville? Jos hoitomuotoja on niukasti, mistä lähdetään ensiksi kehittämään? Kuinka toimitaan niiden kohdalla, joita ei voida merkittävästi auttaa? Mikä on oikeudenmukaisuus vaikeassa kroonisessa sairaudessa? Kuinka paljon haittaa sairaus saa aiheuttaa muille potilaille? Voiko hoidon lisäksi olla kontrollia? Syventävätkö korvaavat lääkkeet riippuvuutta ja tekevätkö ne siitä pitkäaikaisemman? 29.11.02*

Yksikkö ei löytänyt kysymyksiin vastausta, mutta siihen tulokseen tultiin, että toisen itsemääräämisoikeus ei voi kaventaa toisen itsemääräämisoikeutta. Huumehoito ei ole mitä tahansa muuta terveydenhoitoa, johon pätee samat säännöt ja menetelmät. Hoitoa tarjotaan ja annetaan, mutta ei millä hinnalla tahansa. Hoidoissa on oltava säännöt, jotta niitä voidaan edes jotenkin toteuttaa. Joten henkilö, joka ei sopeudu hoitoon, saa lähteä, jotta muiden hoitoa voidaan jatkaa.

6.3.4 Vuorovaikutuksen vaativuus

Vuorovaikutusta vaikeuttavat rajaamisen ja kohtaamisen ongelmat, luottamusongelmat sekä erilaiset käsitykset asiantuntijuudesta, huume-elämäntapa ja erilaiset käsitykset normaalista. Huumeidenkäyttäjille avun antamiseen liittyviä haittoja ovat tunteiden ja mielipiteiden loukkaukset, vakaumuksen joutuminen koetukselle, psyykkiset ja fyysiset vauriot. Kysymys on myös työntekijöiden jaksamisesta, sillä kuinka vedetään rajoja, jos jaksaminen on tiukoilla. Työntekijät saattavat myös kokea suurta yksinäisyyttä ja turhautuneisuutta hoitosuhteessa. Auttamista ei voida vaatia silloin kun siitä aiheutuu auttavalle osapuolelle kohtuuttomia kärsimyksiä ja menetyksiä. Oikeus avunsaantiin tähtää jonkin tietyn päämäärän toteuttamiseen, mutta tuota päämäärä ei voida toteuttaa millä keinolla tahansa. (Pietarinen 1993, 123-125.)

Rajaamisen ongelmat

Vaikeasti huumeongelmaisen onnistuneeseen hoitoon vaaditaan henkilökunnan lisääntyntä läsnäoloa, esimerkiksi asiakkaan levottomuuden ja lyhytjännitteisyyden vuoksi. Rauhallinen ja jämäkkä, välitön vuorovaikutus on olennainen keino muun muassa rajojen asettamiseksi ja yhteistyösuhteen luomiseksi. (Hakkarainen 2000, 25.) Rajaaminen on erittäin tärkeää huumehoidossa, mutta juuri rajaaminen tuottaa ongelmia, erilaisia vääntöjä ja vaaratilanteita hoitosuhteessa.

Asiakas soittaa ovikelloa 9.47. Hänelle kerrotaan, että päiväkeskus aukeaa 10.00, jolloin pääsee sisälle. Asiakas kritisoi voimakkaasti. Soittaa ovikelloa toistamiseen, huutaa ja haukkuu henkilökuntaa kadulla. Asiakas pääsee sisälle klo 10.00., kritisoi, syyttelee hoitajaa vehkeilystä? Huutaa. Pyydetään ottamaan lääke ja poistumaan päiväkeskuksesta. Ei kontaktissa, jatkaa mesoamista. Vartija tulee tilanteeseen. Asiakas sanoo soittaneensa neiti Ajalle, joka kertoi kellon olevan 10.00 ja häntä ei päästetty silloin sisälle? Kerrotaan että lääkkeenjaossa seurataan lääkkeenjakohuoneen kelloa, joka on ajassa. Asiakas käskee pistämään sen aikaan. Toistuvasti pyydetään poistumaan päiväkeskuksesta. Sanoo, että hänellä on samanlainen oikeus olla päiväkeskuksessa kuin muillakin. Annettu palautetta käyttäytymisestä. Pyydetäessä kuittaamaan lääkkeen, ei suostu ja poistuu päiväkeskuksesta huutaen. 20.9.03

Työntekijän kirjoittama tapauselostus lääkityksen muuttamisesta (nimet muutettu):

Janin huimien lääkemäärien vähentämiseen päädyttiin yhdessä. Tiistaisessa lääkäritapaamisessa kaikki meni hienosti yhteistyössä. Jani totutteli parin päivän ajan ajatukseen. Torstaina tullessaan lääkkeenjaolle oli fiilikset hiukan negatiivisävytteiset. Jani totesi pelkäävänsä lääkevähennyksiä, sillä olihan hän käyttänyt rauhoittavia, uni ym. lääkkeitä parikymmentä vuotta. Bentsojen vähentämistä hän alkoikin kritisoida toteamalla, mä oon niin tottunut niihin, emmä pysty vaihtamaan niitä muihin, mä oon narkomaani mulle kuuluu ne” ja mullahan on jo riippuvuus bentsoihin, ni mitä välii, et vaikka mä söisin niitä kuinka paljon vaan.” Käytiin siis asia kertaalleen läpi, eli kuinka vähennys tapahtuu, mitä lääkkeitä vähennetään ja milloin aloittaa uuden lääkkeen. Taas annettiin Janille neljä päivää aikaa sisäistää suunnitelma.

Seuraavan viikon aikana Jani oli ahdistunut lääkeasioista. Soitteli useita kertoja ja kerrattiin puhelimesta asioita. Ei millään meinannut ymmärtää mitä tapahtuu ja milloin. Puhuttiin asiat läpi joka kerta uudelleen ja uudelleen. Jani takertui omahoitajaan narisemalla kaikesta: nukkumisesta, lääkkeistä, ja fyysisistä ja psyykkisistä oloista. Kerran esim. soitti omahoitajalle kysyäkseen ”saanko ottaa päiväunet”? Mikään ei ollut hyvin, asioita kerrattiin koko ajan. Aivan kun Jani ei olisi ikinä kuulutkaan jo moneen kertaan puhuttuja asioita. Pääosin tuntui, ettei hän ymmärrä kaikkea kerrottua vaan asiat piti kertoa pienissä pätkissä useaan kertaan. Koko prosessi kesti 3-4 viikkoa (tänä aikana ei bentsoihin kajottu) Kun lääkemutokset oltiin tältä osin saatu päätökseen iski Janiin tarve sada lisää nukahtamislääkkeitä.

Toinen tapauselostus koskien lääkitystä:

Ninan unilääkkeet oli loppu. Uusimispäivä olisi ollut vasta seuraavalla viikolla, joten odotusaikaa oli. Nina alkoi syyllistää ja splitata. ”minä en sinun kanassasi puhu” ja sitten aulaan haukkumaan kovalla äänellä ko. hoitajaa. Nina kertoi epäystävälliseen sävyyn, ettei pysty nukkumaan ja koko perhe-elämä kärsii: kolme viikkoa sitten varastettiin lompakko ja tennarit (tenoxit eli unilääkkeet) meni siinä, mun on saatava lääkkeit nyt. Kerrottiin mikä tilanne on ja siirrettiin vastuu Ninalle itselleen. Selvitys ei kelvannut hänelle, joten suuttui entisestään. Kävi sitten kertomassa lääkärille murheestaan, linja pysyi kuitenkin samana. Omahoitaja jutteli Ninan kanssa. Kertomus lompakosta ym. tuli kerrottua. Oli todennut

lääkärille, että oli tullut syötyä ylimääräisiä niitä lääkkeitä, siksi loppu. Omahoitaja muistutti vielä omasta vastuusta. Nina kimpaantui ja lähti narkästyneenä niskojaan nakellen huoneesta. Toisten hoitajien kertoman mukaan oli edelleen jatkanut tiettyjen hoitajien mollaamista aulassa. Tässä välissä Ninan mies oli myös käynyt puhumassa lääkärille ”eikö Nina voisi kuitenkin saada lääkettä.” Ei saanut. Tämän jälkeen mies marssi hoitajan luo ja alkoi meuhkata asiasta. Minkäänlainen järkipuhe ei auttanut. ”minä olen oikeassa, sinä väärässä, sinun vikasi. Keskustelu päättyi ei-yhteisymmärrykseen.

Ongelmana on kuinka jaksaa ja uskaltaa rajata asiakasta, kun helpommalla pääsisi kun antaisi, mitä asiakas haluaa.

Keskustelua jaksamisesta: Kuinka asettaa rajoja jos jaksaminen on tiukoilla. Huumeriippuvuuden vaikutus työntekijöiden maailmankuvaan ja itsetuntoon. Vaikeisiin elämäntilanteisiin turtuminen. Vuorovaikutuksessa ongelmana työntekijän yksinäisyys. 29.11.02

Pelko ja se että seuraavana päivänä joutuu kohtaamaan asiakkaan kun edellisenä päivänä on rajoitettu, se on raskasta. Helpompaa olis olla samaa mieltä asiakkaan kanssa. 16.1.02

Seuraavassa tapaus, kun asiakas on alkoholin vaikutuksen alainen ja joudutaan puuttumaan metadoniannokseen sekä lomiin. Seuraa haukkumista ja syylistämistä.

Asiakas puhuu runsaasti ja takellellen. Reseptiä annettaessa pieni alcon tuoksahdus. Puhallutus: 0,85%, josta seura, että voidaan antaa vain puoli annosta metadonia. Kiistää ensin juoneensa, hetken päästä toteaa ottaneensa eilen ruokailun yhteydessä ½ pulloa valkoviiniä. Vihainen ja loukkaantunut, syylistää koko henkilökuntaa. Seurauksena asiakas ei saa lomapulloa. Huomenna tulee uudestaan ja puhallutetaan. Mietitään sitten jatkoja. Asiakas suuttuu siitä, että ei saa lomapulloa loman palamisesta. Vika on täysin henkilökunnan. Ei saada aikaan keskustelua, asiakas poistuu paikalta ja kokee tulleen väärin kohdelluksi. Kysyy voiko tulla klo 12. jälkeen uudelleen puhallutukseen, voi tulla, mutta lomapulloa ei saa. Seuraavana päivänä puhallutus 0,00%. Turvallisuussyitä viikonlopun lomapäivistä joudutaan yksi poistamaan. Saa itse valita päivän, jolloin tulle poikkeuksellisesti lääkkeelle päiväkeskukseen. Asiakas ei ymmärrä lomiin puuttumista. Kokee sen sanktiona ja henkilökohtaisena vinoiluna. Ei näe mitään syytä itsessään eikä omissa

valinnoissa. Asiakas poistuu, mutta käy vielä oven välissä esittämässä syytöksiä. Toteaa, ettei alkoholi ole päihde, eikä näin pikkujuttuun tulisi puuttua. 9.9.03

Psyykeltään vaikeasti oireilevien asiakkaiden hoitaminen huumehoitoyksiköissä on vaativaa ja paljon resursseja vievää. (Törmä ym. 2003, 128.) Nykyään on noussutkin esiin sosiaali- ja terveydenhoitohenkilöstön kokemat, asiakkaiden heihin kohdistamat uhat. Näitä ovat ainakin sanallinen häirintä, seksuaalinen häirintä ja väkivallalla uhkaaminen. (Koivuranta 2002, 50.) Suomen lääkäriliiton puheenjohtajan mukaan hoitohenkilökuntaan kohdistuvat uhkailut ovat lisääntyneet rajusti Yli puolet henkilökunnasta on kokenut viimeisen vuoden aikana uhkailua, nimittelyä tai heihin on käyty kiinni. Turvattomuus ja pelko ovat lisääntyneet.

Myös tutkittavan päiväkeskuksessa henkilökuntaa on uhkailtu muun muassa tappamisella. Jotkut asiakkaat ovat sitä mieltä, että työntekijöiden kuuluu ottaa vastaan esimerkiksi tappouhkauksia ja uhkaavaa käytöstä. Katsotaan normaaliksi, että jos asiat eivät mene halutulla tavalla, voidaan uhata toista ihmistä tappamisella. Kyseiset tilanteet on käsitelty seuraavan kerran asiakasta tavatessa ja kerrottu, että uhkaaminen tai huorittelu tai muu sellainen ei ole sopivaa käyttäytymistä aikuiselta ihmiseltä. Tilanteiden käsittely on selvästi vähentänytkin epäasiallista käyttäytymistä.

Työntekijät joutuvat ottamaan vastaan lähes päivittäin asiakkaan haukkumista, uhkailua ja syyllistämistä. Kysymyksenä onkin, kuinka jatkuva syyllistäminen ja uhkailu vaikuttavat työntekijän itsetuntoon ja työssä jaksamiseen?

Asiakkaan uhkailua: MTV:lle pakko kertoa, kuinka huonosti häntä kohdellaan, kun lääkannosta ei nosteta. Liian pienestä metadoniannoksesta johtuu asiakkaan amfetamiinin käyttö, mikä taas johtaa siihen, että ei saa nähdä lapsiaan. Henkilökunta pakottaa käyttämään huumeita ja joutuu tekemään rikoksia. 13.3.03

Metadonihoitaja kertoo: On luonnollista että ajatellaan itsemurhaa kun tulee vastoinkäymisiä, ja itsemurha on hoitajan syy. 7.3.03

Eräs asiakas uhkaa itsemurhalla kun annosta laskettiin. Mutta kun puhuttiin, että siinä tapauksessa lomapulloja ei voi antaa kotiin, jos on itsemurhavaara, niin asiakas ei enää puhunutkaan itsemurhasta. 22.8.02

Luottamus ja asiakkaiden vastuu

Vuorovaikutus perustuu molemminpuoliseen rehellisyyteen sekä vastuuseen. Toipumisprosessi on otettava psykososiaalisessa kuntoutuksessa kokonaisuudessaan huomioon. Työntekijöiden pitää kestää retkahduksia ja pettymyksiä ja jaksaa etsiä asiakkaalle parasta ratkaisua, mutta toisaalta asiakkaalla pitää olla raitistumishalu. Toipumisprosessia ei ole ilman toipumiskulttuuria. (Häkkinen 2001.) Toipumisprosessin kriittinen vaihe on olla rehellinen itselleen ja muille. Ellei opi olemaan täysin rehellinen, kaikki minkä tekee, osoittautuu hukkaan heitetyksi ajaksi. Toinen tärkeä asia toipumisprosessissa on vastuunottaminen oppiminen, sillä narkomaanin elämäntapaan kuuluu yleisesti vastuullisuuden puuttuminen. (Ling, 2000, 64-66.)

Hoidoissa on ruvettukin peräämään huumeiden käyttäjiltä kasvavaa vastuuta teoistaan ja rehellisyyttä katsomaan niitä silmästä silmään. Vastuuta ei tule kierrellä eri verukkeilla. Ilman rehellisyyttä ei päihdeongelmasta voi toipua. Päihdeongelmassa on kyse siitä että, päihteen käyttö karkaa käsistä ja päihdekäyttäytymiselle on tyypillistä läpitunkeva epärehellisyys. Huumeongelmaisen kanssa työskentelyssä on usein ongelmana valehteleminen. Hoidossa korostetaan edistymisestä johtuvaa palkitsemista. Mutta miten voi palkita, jos huijaaminen, pimittäminen ja valehtelu jatkuvat systemaattisesti, vaikka sen kuinka osoittaisi vahingoittavan juuri potilasta itseään. Kysymys on siitä, millä patologisesti valehteleva, epäsosiaalinen persoona saadaan yhteistyökykyiseksi? (Kemppinen 2003, 3465.)

Valehteleminen on tutkittavassa yksikössä suuri ongelma. Jostain syystä asiakkaat valehtelevat ihan merkityksettömissäkin asioissa. Valehteleminen ei voi olla vaikuttamatta hoitosuhteeseen.

Asiakkailla vaikeita persoonallisuushäiriöitä ja patologisia valehtelijoita monet. Mahdotonta toteuttaa tasa-arvoista vuorovaikutusta. Luottamuksellinen hoitosuhde, miten se voisi toteutua? (3.)

H: Minkälaiset on ne vaatimukset, jotka työntekijälle asettuu?

T: Hoidon vaatimukset ovat erittäin vaativia työntekijälle. Ajattelen ehkä sitä kautta vaativana, että jos ajatellaan niin kuin näitä kaikkia ihmisiä, jotka ylläpitohoidossa on ja

historiaa ja sitä niin kuin että päihteiden käyttö alkoi nuorena, että elämä on ollut semmoisesta myllerrystä ja päihteiden käyttöä koko aika, niin ihmisellä jää käymättä sellaisia normaaleja kehitysasteita, niin ne jää käymättä tavallaan, koska koko ajan ollaan enemmän ja vähemmän sumeina ja sitten kun yritetään 40 kymppin kynnyksellä opetella sitä elämää mitä ns. tavallinen ihminen elää, niin sitä on aikamoisten haasteiden edessä, persoonallisuus on enemmän tai vähemmän vinoutunut, se tekee minun mielestäni siitä erittäin haastavan. H4

Leivonnaisista tulee seulat positiiviseksi. Me tahallaan halutaan tutkia, kuinka narkkarien pinna kestää kiusaamista. Ensin luotettiin, mutta jatkuvan valehtelun seurauksena tulee epäluottamus. Asiakkaiden kanssa joudutaan keskustelemaan siitä, miten pitää käyttäytyä, ei saa paiskoa ovia, ei saa nimitellä. Retkahdukset on seurausta henkilökunnan käyttäytymisistä. Seulat tulee myös positiiviseksi siitä, että on käyttänyt 30 vuotta sitten ainetta joka koteloitunut elimistöön, ja joka on nyt lähtenyt liikkeelle elimistössä hieronnan seurauksena. 16.1.02

Asiakkailta tulee monenlaista tarinaa esimerkiksi siitä, miten seulat tulevat positiiviseksi ilman omaa syytä. Valehtelusta seuraa epäluottamus, ja jatkossakin on vaikea asiakaan tarinoita uskoa. Narkomaanin on myös vaikea luottaa henkilökuntaan. Asiakkailta kesti kauan ennekuin he luottivat hoitohenkilökuntaan. Päiväkeskuksessa myös työntekijät kokivat, että luottamussuhteen saaminen kestää kauan.

H: Onko jonkinlaisia ongelmia ollut tän hoidon aikana tai yllätyksellisiä asioita?

T: Luottamussuhteen saaminen oli vaikeeta. Se vei hirveen kauan. Mun omien asiakkaiden kohdalla tuntui siltä että puolen vuoden kuluttua oli semmoinen luottamuksellinen suhde, mutta sitten mä huomasin, että ei se ollutkaan niin, että kokoajan kuitenkin pitää tehdä hirveesti töitä sen eteen. Et nää on jotenkin niin tarkkaavaisia, et kaiken mitä se hoitaja sanoo tai elehtii, niin ne takertuu heti siihen, ja tekee omia analyysseja ja johtopäätöksiä, ja joskus niistä tulee väärinkäsityksiä, et joutuu tosiaan miettimään mitä niille sanoo. Se on se luottamus iso asia, et se ei ollutkaan niin yksinkertaista, kun mä luulin. (ks. myös Törmä, Kinnunen, Huotari, Nieminen 2002, 43.) H3

Vuorovaikutuksen tyyli

Vuorovaikutuksessa on osallisena vähintään kaksi osapuolta, joten kyse on aina yhteistuotoksesta, joka edellyttää molempien osanottoa. Kumpi tahansa osapuoli voi käyttää valtaa ja kumpi tahansa voi kieltäytyä tulemasta vuorovaikutukseen mukaan. (Suoninen 2000, 70.) Vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa voi olla asiakaskeskeinen tai ammatilaiskeskeinen. (Mt. 76.) Asiakaskeskeisimmillään auttamistyöntekijä virittää asiakkaan puhetta ja ajattelua sellaiseksi, ettei se voi täydellisesti olla aiemmin sanotun tai ajatellun toistoa. Ammatilaiskeskeisyyteen liittyy jonkinasteista vallankäyttöä tai asiakkaan alistamista, mutta se näyttäytyy tavallisuudesta poikkeavalla tavalla. Jonkinlainen suostuttelu tai johdattelu näyttää olevan auttamistyössä jatkuvasti läsnä. (Mt.84.)

Ammatilliseen vuorovaikutukseen liittyy monenlaisia ristiriitaisiakin odotuksia. Siihen liittyy muun muassa neutraalius vaikutelma. Työntekijän omat tunteet pitää piilottaa ja asiakkaiden tunteita pitää kontrolloida. Kyseessä on siis kahdenpuolinen kontrolli. Itsekontrollin menettäminen ja avuttomuuden tunteiden ilmaiseminen nähdään ammatilaisposition menettämisenä. Ammatillisen ja ei- ammatillisen välillä on jyrkkä raja. Itse tulee erottaa ammatillisesta itsestä. (Petrelius 2002, 192-193.) Tutkittavassa yksikössä asiakkaiden odotukset vuorovaikutukselle olivat ristiriitaisia. Toisaalta toivottiin, että ollaan inhimillisiä ja lämpimiä, mutta nauru saattoi olla pahasta tai kun yritit olla neutraali, niin olit ynseä.

Vuorovaikutus voi olla ronksiotteista tai varovaista. (Suoninen 2000, 89.) Ongelmana työntekijällä on valita että, milloin kannattaa olla ronski ja milloin varovainen, kumpikin voi toimia hyväksyttävänä aloitteena. Kohtaamisissa tarvitaan sekä varovaista että konstailematonta tyyliä, mikä kulloisessakin kohtaamisessa on parasta. (Mt. 103 .) Tutkittavassa yksikössä kokemuksen kautta opittiin, että suora ja yksinkertainen puhe tehoaa ja ymmärretään parhaiten.

Asiakkaalle on turvallista se, että ei niin kovasti keskustella ja pyöritellä asioita, vaan sanotaan suoraan ja piste. 19.11.02

Olen ruvennut sanomaan suoraan, ja se tuntui hyvältä. 24.2.02

Puheen pitää olla ei tai juu kieltä. Jos on jotain epämääräistä se täytetään oman mielen puheella. 27.3.02

Useimmiten henkilökohtainen puhuttelevuus on kohtaamisissa tärkeää ei niinkään virallinen, etäisyyttä ottava asiakastyyli. Vuorovaikutus muodostuu asetelmaksi vasta sitten kun molemmat osapuolet alkavat orientoitua yhteensopivalla tavalla. Että muodostuu ymmärrys yhteistyön asetelmasta niin että, se on mielekästä myös toiselle osapuolelle. Voidakseen auttaa auttamistyön on kyettävä muuttamaan jotakin asiakkaan tavassa käyttää kulttuurin tarjoamia merkitysresursseja. Työntekijän on osattava monia vuorovaikutuksen tapoja, sillä koskaan ei voi tietää, mikä vuorovaikutuksen tapa resonoi parhaiten asiakkaan mielialoihin, ongelmiin ja ratkaisupotentiaaleihin. (Suoninen 2000, 100-104.)

Asiakkaiden jatkuvaa valitusta pidettiin myös ongelmana. Joskus tuntui, että asiakkaat valittivat pelkästä tottumuksesta, että välttämättä ei ollut oikeaa valittamisen aihetta. Asiakkaat sanovat ehkä negatiivisemmin kuin itse asiassa tarkoittavtkaan. Jatkuva valitus aiheutti kuitenkin sen, että asiakkailta ei uskallettu kysyä, mitä kuuluu, koska se provosoi heitä valittamaan kaikesta. Usein koettiin myös niin, että puhuminen ja asioista keskusteleminen tai niiden vatvominen ei auta.

Metadonityöntekijä kertoo:

Ymmärrys siitä, että asiat selvitetään puhumalla. Näiden kohdalla ei mene niin. Vaikka kuinka perustelee, selittelee, kuuntelee, niin asiat ei mene perille. Kognitiiviset kyvyt heikentyneet. Narkomaanin persoona on minä, minä, minä. Vain minun ajatukset on totta, muut eivät ole mitään. Mitä enemmän selität sitä enemmän ne epäilee. Mitä enemmän selität sitä enemmän he tulkitsevat omalla tavalla. Kuuleminen tarkoittaa asiakkaan mielestä sitä, että tehdään juuri niin kuin asiakas haluaa. 28.11.02

Metadonityöntekijä kertoo yhden asiakkaan kohtaamiseen liittyvistä vaikeuksista:

Persoona hyökkäävä, manipuloiva, vinoileva, vaativa, splittaava, olemus usein kielteinen, ylimielinen ja tietävä. Valta on siirtynyt asiakkaalle. Puuttumisen ja rajaamisen vaikeus. Mitä pelätään? Miten keskustella asioista, kun asiakas ei ota mitään vastaan eikä myönnä mitään koskaan, ”minä olen aina kaikessa oikeassa asenne”. Jälkikäteen ei mitään pystytty yhdessä asiallisesti selvittämään ja keskustelemaan. Mitä tehdä ko. tilanteissa. Nyt aggressioita, usein

myös asenne” no minä teen sitten niin ja niin kun te kerran olette tuollaisia. Ongelmana on, miltä tämä minusta tuntuu ja miten selviän. 16.9.03

Usein kuntoutettavilla huumeriippuvaisilla henkilöillä ovat nuoruusiän psyykkiset kehitystehtävät jääneet kesken. Henkilöille ei ole syntynyt omaa eheää persoonallisuutta perhesidoksista irtautumisen, ikätovereihin samaistumisen ja sieltä omien arvojen löytymisen kautta, siten että kykenee aikuisiässä esim. tasavertaiseen parisuhteeseen. Huumeriippuvaiset henkilöt ovat lisäksi eläneet pitkälti yhteiskunnan sääntöjen ulkopuolella. Kuntoutushoidossa päihderiippuvuutta on kyllä pystytty hoitamaan, mutta henkilön henkinen itsenäistyminen ja yhteiskunnan sääntöihin sopeutuminen voivat vielä olla pahasti kesken. (Lepistö 2002.) Nämä ongelmat vaikuttavat myös asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutussuhteessa ja asettivat sille vaatimuksia.

Tutkittavassa yksikössä asiakkaat ovat useimmiten yli 40-vuotiaita ja heidän päihteiden käyttönsä on alkanut jo 12-vuotiaana. Heillä ei ole juurikaan kokemusta työelämästä sekä useilla heistä on rikollinen tausta.

Työntekijät kirjoittivat teemasta nuorten ja vanhojen narkomaanin hoitamisen eroista:

Vuorovaikutus metadonistien kanssa onkin joskus ongelmallista. Vanhojen narkomaanien ja nuorten hoitamisen välillä on eroa. Metadonihoidossa olevilla on takanaan vuosikymmenten käyttö, he eivät juurikaan ole olleet työelämässä ja he ovat olleet rikollisissa toiminnoissa mukana. Vanhoilla käyttäjillä on pitkän käyttöhistorian takia vahva narkomaanin identiteetti, kun taas nuorilla käyttäjillä, joilla rankkaa käyttöä on alle viisi vuotta, psyyke ei ole ehtinyt muuttua niin radikaalisti, koska kemialliset aineet eivät ole tuhonneet psyykettä, aivoja ja elimistöä vielä niin lopullisesti. Pitkäaikaikäiskäyttäjillä on huomattavasti ns. taantumia psyykkisessä kehityksessä. Kehitys on jäänyt alle 20-vuotiaan tasolle (nyt yli 40-vuotiaita). Vanhoilla käyttäjillä hoito on pitkäaikaishoitoa, josta voidaan puhua ns. saattohoitona, joka kestää heidän lopun elämänsä. Nuorten käyttäjien kohdalla voidaan taas puhua kuukausista. Nuorten käyttäjien hoidossa ammatillisella tiimillä on pelivaraa, nuoret ovat aktiivisempia, halukkaampia tavalliseen elämään. Heillä on vielä muistissa mitä normaalielämä on, kun taas vanhoilla käyttäjillä ei ole edes halua kokonaisvaltaiseen normaaliuteen. Nuorilla käyttäjillä on ympärillään jo valmiina tukiverkosto, äiti, isä, sukulaiset, ystävät, kun taas vanhoilla käyttäjillä ei ole välttämättä muuta tukiverkostoa kuin

viranomaisverkosto; sosiaalityöntekijä, terveyskeskus. Vanhoilla käyttäjillä ei ole muuta ystäväpiiriä kuin vanhat käyttäjäkaverit, joista ei ole tukea päihteettömyyteen. 22.8.03

Työntekijät näkevät juoppojen kanssa työskentelyn helpompana:

Juoppojen kanssa mukavampaa kanssakäymistä. Se on luonnollisempaa, voi käyttää maalaisjärkeä, kaiken ei tarvitse olla niin pilkun tarkkaa. Jämäkäksi oppiminen on ollut suuri haaste. (huumetyössä)

Joustavuuden kanssa just ongelmia, kun ei voi käyttää maalaisjärkeä. Päiväkeskusasiakkaiden kanssa voi joustaa. 11.9.03

Yhtä taistelua

Joskus työ nähdään loputtomana taisteluna:

Taistelua koko ajan. Koko ajan saa miettiä mitä sanoo. Oikeusasiamiehellä uhkailu herättää raivoa ja kiukkua ja mietintää, että tätäkö tämä on. Tätäkö varten olen opiskellut. Saman rahan vois saada helpommalla. Tätä pitää kestää koko loppuelämä. 4.2.03

Jos joku ei mene hyvin niin vaihdetaan hoitopaikkaa. Antaa kaikkensa ei saa mitään takaisin. Jaksanko kuunnella samoja juttuja ja valituksia. Joskus tekis mielis sanoa, että älä valehtele. Ei saa sanoa. Ammatillinen kohtaaminen, pitää uskoa asiakasta. Sosiaalityön pitää pyrkiä muutokseen. Eihän se sitä tee, jos se vahvistaa sitä mikä jo on. Kaikki mitä on opittu koulussa, heitä ne nurkkaan. Työ opettaa parhaiten. Opettajien tulis käydä enemmän kentällä, koska päihdetyö muuttuu koko ajan. Laatusuositukset aiheutti raivoa, ei realistisia vaan täyttää paskaa. 4.2.03

Kohtaaminen pelottaa, kun ikävää kerrottavaa, tekee mieli olla piilossa. Aina samat valitukset. Koskaan ei ole mikään hyvin. Ei jaksais ottaa aina vastaan kaikkea likaa. Tekee niin tai näin niin aina valituksia. 4.2. 03

Asiakkaat tyytyväisiä vain silloin kuin heidän tahtonsa toteutuu, loputon vaatiminen. 25.2.03

Raskainta on veivaaminen ja tää jatkuu. 26.2.02

Kontakti erilainen kuin muussa päihdetyössä. Aika jotenkin pysähtynyt näiden asiakkaiden kohdalla. 26.3.03

Raskainta ylläpitohoitotyössä on se, että samat asiakkaat tulevat joka päivä jopa seuraavan 40 vuoden ajan. Muussa päivystysluonteisemmassa työssä asiakkaat tulevat ja menevät. Ylläpito-hoidon hoitosuhteet ovat pitkiä ja intensiivisiä. Asiakkaat ovat usein vaativia ja jopa vaikeita. Jatkuvaa valitusta ja tyytymättömyyttä tulee kestää joka päivä.

Huume-elämäntapa ja sen merkitys hoitamiselle

Ihmisen elämäntapa ilmenee arjen eri toiminnoissa. Elämäntavassa arkielämän toiminnot ovat enemmän tai vähemmän vakiintuneita ja toistuvat samanlaisina. (Huotari 1999, 35.) Arjesta on olemassa monenlaisia määritelmiä. Sosiologiassa arki nähdään yksilöiden ja ryhmien toiminnallisten areenoiden aidoimpana näyttämönä. Arjen voidaan myös määritellä koostuvan yksilöiden ja ryhmien sisäistyneistä, toistuvista toimintakäytännöistä, joiden ehtoja ja muotoja muovaavat kulttuuriset ja yhteiskunnalliset toimintakäytännöt, ja jotka puolestaan muokkaavat näitä yhteiskunnallisia suhteita ja rakenteita. (Kaukonen 1992, 30-32.)

Roos (1988, 12-14) määrittelee elämäntavan aikaisemman elämänhistorian ja elinolojen muodostaman habituksen kautta jäsentyneeksi sekä nykyisten elämänmuotojen ja asenteiden kautta jäsentyneeksi kokonaisuudeksi. Elämäntapa voi olla yksilön, perheen, sosiaalisen ryhmän, sukupuolen, sukupolven tai luokan elämäntapa. Habitus on dispositioita synnyttävä ja dispositioiden pohjalta syntynyt tapa jäsentää ja arvottaa, hierarkisoida elämää. Habitus on elämäntavan näkymätön perusta. Elämäntapa yrittää koota pirstoutunutta maailmaa, jäsentää sitä. Elämäntapa on viesti, väline, ei enää jotain mihin olemme sidottuja koko elämämme. Elämäntavat ovat myös enemmän tai vähemmän tietoisia strategioita.

Vaikeasti huumeongelmaisten ihmisten arki ja elämäntapa on liikkunut paljolti huumeiden ja niiden hankkimisen ympärillä. Heroiinin vaikutuksia kohtaan kehittyy lisääntynyt sietokyky. Tämä koskee myös heroinin aiheuttamaa mielihyvää: sen saavuttamiseen tarvitaan kasvavia heroiniannoksia. Heroinisti joutuu hankkimaan yhä useammin ja yhä suuremman annoksen. Käytön jatkuessa euforian kokemus vähenee ja vieroitusoireet lisääntyvät. Lopulta heroinisti joutuu hankkimaan ainetta sen takia, että vieroitusoireet pysyvät poissa. Kaikki elämä

keskittyy aineen hankkimiseen, ja voidakseen rahoittaa oman käyttönä, heroinistin on hankittava asiakkaiskseen uusia aineen käyttäjiä. Muita tavallisia ansaitsemisvaihtoehtoja ovat rikollisuus ja seksipalvelujen myynti. (Salaspuro 2002 b, 5185.) Kama ei ole kuten alkoholi tai ruoho, keino nauttia elämästä enemmän. Kama ei ole hyvää fiilistä. Se on elämäntapa. (Burroughs 1983, 16.) Huumeidenkäyttö myös muotoilee yksilön rooleja ja identiteettiä. Huumeidenkäyttäjän identiteetistä on vaikea päästä eroon pitkänkin ajan kuluttua huumausaineiden aktiivikäytöstä. Vuosiakin kestäneen hoidon jälkeen vaikeasti huumeriippuvaisilla henkilöillä voi olla runsaasti kaikenlaisia sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia, vaikka huumeidenkäyttö olisikin jotenkin hallinnassa. (Hakkarainen 2000, 23).

Ulla Knuuti on tutkinut laittomien huumeiden käytön lopettaneiden henkilöiden elämäntapaa ja elämänkulkua heidän kokemuksistaan käsin. Knuutin mukaan, mitä kauemmin ihminen on elänyt yhteiskunnan syrjäytymisprosessien ja huumemaailman alakulttuurissa, sitä vieraantuneempi hän on yhteiskunnasta. Mitä enemmän on kiinnekohtia normaaliin elämään, sitä paremmat ovat mahdollisuudet selvitä huumeongelmasta ja muuttaa elämänsä suuntaa. Olla käyttämättä huumeita ei kerro varsinaisesta toipumisesta mitään, mutta riittävä etäisyys akuutista päihteiden käytöstä on kuitenkin edellytys toipumiselle. Knuuti oli verrannut lääkkeettömällä tavalla ja lääkkeellisillä hoidoilla toipuneita ja havainnut, että lääkkeellisissä hoidoissa olevilla ei ole juurikaan päihteettömiä jaksoja elämänsä aikana. Heillä on myös erilainen suhtautuminen lääkkeisiin ja alkoholiin. Lääkkeellisissä hoidoissa olevat käyttävät paljon lääkkeitä sekä myös alkoholia. Ei-medisiniinillä on myös enemmän elämäntoimintoja arjessaan. Korvaushoitoasiakkaat katselevat paljon TV:tä, videoita ja pelaavat tietokonepelejä ja heillä on myös edelleen ystävyys-suhteita käyttäjien kanssa. (Knuuti, 2003.)

Myös päiväkeskuksen metadoniasiakkaat olivat osittain kiinni huumekulttuurissa. Osa käytti jatkuvasti laittomia huumeita, osa alkoholia ja osa molempia. Kaikki käyttivät runsaasti lääkkeitä, metadonin lisäksi. Arjen toiminnot olivat paljolti nukkumista, television ja videoiden katselua sekä tietokonepelejä. Jotkut kävivät ajoittain töissä.

Tutkittavassa yksikössä asiakkaat halusivat säännönmukaisesti lisää lääkettä. Silloin tällöin he myös valittivat metadonin laadusta ja halusivat tarkistella lääkepurkkejaan. Ikään kuin olisi kyseessä yhä edelleen ”aineen hankinta” ja sen laadun tarkkailu? He vertailivat keskenään annoksiensa suuruuksia. Tavoitteena oli usein saada pää mahdollisimman sekaisin. Suurimman annoksen saaja näytti nautivan myös eniten valtaa vertaistensa joukossa. Hän oli

”kingi”. Asiakkaat myös muistelivat ihannoiden entistä narkomaanielämäänsä. Silloin oli muun muassa rahaa. Jotkut olivatkin sitä mieltä, että yhteiskunnan tulisi korvata ansiotason lasku.

Joillekin sopeutuminen normaaliin elämäntapaan on mahdotonta. Kuinka sopeuttaa henkilö, joka ei alunperinkään ole hallinnut kahdeksasta neljään –elämän pelisääntöjä? (Palosuo 2002, 16-18.) Vironkannas on tutkinut nuorten huumeiden käyttäjien puhetta normaalista. Normaali voidaan huumeiden käyttäjän puheessa nähdä ikävystyttävänä ja ei- haluttavana. (Vironkannas 2002, 133.) Nuoret saattoivat nähdä normaalina selvinpäin oleskelun kaverien kanssa, hoitoyksikön toimintaan kuuluvien ikävystyttävien asioiden tekemisen, masentavan ja mielenkiinnottoman olemisen, työnteon ja olemisen ilman pelkoja. (Mt. 139-140.)

Ihmisen elämäntapa ja käsitykset normaalista kietoutuvat yhteen. Asiakkaan ja työntekijöiden elämäntavalliset vastakkaisuudet ja käsitykset normaalista ovat erilaiset ja voivat siten toimia ymmärryksen esteenä.

Työntekijä kertoo, mitä asiakas on sanonut: *Jotkut tarttee huumetta että ne olis samanlaisia kuin muut.* 7.2.02

Normaali tila on päihteellinen tila, epänormaali tila on päihteetön tila. Mutta kuitenkin haluis olla samalla tavalla normaaleja kuin me. 26.2.03

Keskustelua kokouksessa siitä, mikä on normaalia. Työntekijöiden mielestä asiakkailla aivan epärealistinen kuva siitä. Metadoni tekee normaaliksi. Kysyttäessä mikä on normaali, niin normaali on sitä, että on aina iloinen, eikä ole ahdistunut koskaan ja jaksaa tehdä koko ajan jotain. 22.8.02

Keskustelua kokouksessa: *Voida normaalisti tarkoittaa asiakkaan mielestä enemmän metadonia. Asiakkaat tarkkailevat työkseen omaa kehoaan ja sen toimintoja. Asiakkaat purnaavat, että heille on luvattu paraneminen, kun he käyttävät metadonia. Keskustelua siitä, kuinka vääristynyt kuva asiakkailla on toimeentulosta. Kaikki tulisi saada ilmaiseksi hoidon lisäksi yhteiskunnan taholta, matkaliput harrastukset ym.* 14.5.02

Päiväkeskustyöntekijä, joka tekee myös metadonityötä kertoo:

Asiakkaiden mukaan narkomaaneilla ei saa olla muutoksia elämässä ja muun maailman on sopeuduttava siihen ja eletävä sen mukaan. 12.12.02

Kun narkomaanien elintaso on laskenut hoidon alettua, yhteiskunnan tulis korvata se, esim pullalla ja kahvilla. 13.12.02

Ei edes pyrkimystä normaaliin, koska narkomaani. Narkomaani ei voi tehdä sitä tai tätä, koska asiat vaikeeta narkomaanille. 4.2.02

Keskustelu asiakkaan kanssa lääkärin hengellä uhkaamisesta: *Asiakas katsoo, että on hyvä asia, että tappamistunteet huudetaan työntekijälle. Asiakkaan mielestä on normaalia, että työntekijää voi uhata hengellä, jos on sellainen tunne. Kerrottu että kyseinen käytös ei kuulu hoitopaikkaan. Seuraava päivänä asiakas ei suostu puhumaan kenellekään mitään ja törmää suoraana asianomaiseen, jolla kahvikuppi sylissä, pyytämättä anteeksi. Jatkossa asiakas ei puhu enää asianomaiselle, koska tämä ei ymmärrä narkomaanin hoidosta mitään. Eli asiakas suuttuu siitä, että hänen käyttäytymisestään huomautetaan, sillä muita seurauksia asiakkaalle ei koitunut. 7.6.03*

Asiakkaiden mukaan he tulevat normaaleiksi lääkkeen avulla, mutta heidän näkemyksensä normaalista on toimeentulon, olotilan ja käyttäytymisen suhteen erilainen kuin työntekijöillä.

Uupumista

Hyvinvointivaltiolle asetetut vaatimukset ja sen mahdollisuudet ovat ristiriidassa keskenään. On kyse rajallisen järjestelmän ja rajattoman vaatimuksen kohtaamisesta. On kyse hyvinvointivaltion rakenteellisten kykyjen ja kansalaisten substantiaalisten odotusten yhteensovittamattomuudesta. (Roos 1994, 188-189.) Kyse on hyvinvointivaltiolle asetettujen tavoitteiden ja niitä toteuttamaan pyrkivän koneiston sekä arkielämän ja sen monimuotoisuuden yhteensopimattomuudesta. Hyvinvointi on kansalaisille substantiaalinen ja henkilökohtainen kysymys. Kysymys ei ole yksinomaan hyvinvointivaltion byrokraattisuudesta tai joustamattomuudesta vaan myös siihen kohdistettujen odotusten monimuotoistumisesta, yksilöllistymisestä ja hienorakenteistumisesta. Kansalaiset odottavat, että hyvinvointivaltio vastaa juuri heidän tarpeisiinsa. Ongelmana on, että ne saattavat olla sopimattomia koneiston kykyihin vastata tähän. (Virkki 1997, 136-137.) Tässä tullaan myös priorisointikysymysten äärelle. Mitkä sairausryhmät saavat hoitoa ja mitkä eivät? Ovatko

jotkin sairausryhmät parempia kuin jotkin toiset ja ovatko jonkin sairausryhmän edustajat kovempia vaatimaan kuin toiset? Esimerkiksi mediassa harvoin skitsofreenikot peräävät oikeuksiaan.

Huumehoidossakin asiakkaiden vaatimukset ovat rajattomat, hoidolle asetetut tavoitteet osin epärealistisia ja hoitoihin annettavat resurssit riittämättömiä sitä toteuttavan henkilöstön kannalta. Auttamistyön tavoitteiden tulisi olla realistisia ja resurssien tulisi olla sellaiset, että hoitoa voidaan myös järkevästi ja turvallisesti toteuttaa.

Työntekijälle huume kuntoutus voi olla ahdistavaa tai turhauttavaa. Työntekijässä voi herätä kaikkivoipaisuuden tai kyvyttömyyden tunteita. Työntekijällä on vaara tulla imaistuksi samoihin epätoivoisiin ja impulsiivisiin toimintamalleihin, joilla potilas on etsinyt huumeita ja joilla potilas ja hänen läheisensä nyt etsivät tietä pois huumeista. Huumeapotilaat voivat provosoida eri työntekijöissä eri tavoin korostuneita reagointitapoja. Sydämellään auttajat reagoivat yksinomaan empatialla ja ovat alttiita pettymyksille, potilaan manipuloinnille ja työuupumukselle. Toisaalta järjellään auttajat voivat syyllistyä liialliseen ammatillisuuteen ja kyynisyyteen, ja silloinkin he ennen pitkää rasittuvat itse. Sopiva työtapo olisi jotain siltä väliltä. (Mäkelä 1998, 1-3.)

Huumehoidon rasittavuuden ja ahdistavuuden nähdään riippuvan enemmänkin asenteista kuin tiedoista. Osaavaksi itsensä kokeva työntekijä ahdistuu vähemmän, jaksaa enemmän ja on hyödyllisempi potilaalleen. (Mäkelä 1998, 7.) Tutkittavassa yksikössä osaamisen kokemus parani havaintojakson aikana, mutta osaamisen kokemus tulee kuitenkin vasta kokemuksen myötä. Siihenkin asti olisi jotenkin pärjättävä. Toiminnan aluksi pyrittiin auttamaan sydämellä, mikä johti kriisiin, vallan siirtymiseen asiakkaille ja lopulta työntekijöiden uupumiseen. Se aiheutti turhautumista ja raivoa sekä epäilyksiä koko toiminnan järkevyydestä. Lopulta kuitenkin kokemuksen kautta saavutettiin realistinen empaattisuus, joka osoittautui hyväksi sekä asiakkaille sekä henkilökunnalle.

Myötätuntouupumus syntyy pitkäkestoisesta ja kumuloituvasta myötätuntostressistä. Myötätuntostressi voi syntyä, kun haluamme auttaa ja olla empaattisia trauman kokeneita henkilöitä kohtaan. Keskeinen myötätuntouupumukseen johtava tekijä on pitkittynyt altistuminen yhden tai useamman asiakkaan traumaattiselle materiaalille. Sijaistrauma, jossa asiakkaan trauma siirtyy työntekijän sisäiseksi kokemukseksi on ihmissuhdetyön sisään rakennettu riski. Asiakkaan tarinat voivat herättää työntekijässä raivoa ja johtaa omaksutun

maailmankuvan menetykseen. Tuloksena on yleinen uupumus surauksena liian empaattisesta työotteesta ja olemisesta monien asiakkaiden projektien, affektien ja trasferenssien kohteena. Sijaistrauman syntymiseen vaikuttavat asiakasmateriaali, työn luonne, organisaation rakenne sekä poliittinen sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti, jossa työtä tehdään ja jossa traumat ovat syntyneet. Työntekijän erityispiirteet vaikuttavat myös sijaistrauman syntymiseen. (Kauppinen 2003.)

Huumehoito Munkkisaaren palvelukeskuksessa sekä Kurvin huumeopoliklinikalla on työntekijöille epävarmuudessaan erittäin stressaavaa. (Törmä ym. 2003, 81.) Myös päiväkeskuksen työntekijät kokivat työn hyvin raskaana.

Metadonityöntekijän kommentti:

Koska narsistisuus, vaativuus sekä väkivallan uhka korostuvat huumeongelmaisten parissa työskentelyssä, on loppuun palaminen uhkana. Pelot fyysisestä väkivallasta ovat ikäviä. Pelkästään työpaikalta lähteminen herättää pelkoa, koska ei tiedä, kuka oven takana odottaa. Viikoittainen, useimmiten päivittäinen kiristäminen, uhkailu, huutaminen, räjäyttäminen ja ovien potkiminen aiheuttavat voimakasta psyykkistä rasitusta. Myös se, että asiakkaat näkevät kaiken negatiivisena meidän vikana on henkisesti rasittavaa, kun se jatkuu useita vuosia.
16.10.03

Asiakkaiden dynamiikka pyrkii aina peilautumaan työntekijöihin, työyhteisöön ja organisaatioon. Jos asiakaskunta on kaoottista, kaaos siirtyy helposti osaksi työyhteisön dynamiikkaa. Työ edellyttää kaaoksen sietämistä asiakkaiden elämässä, mutta kaoottisuus työyhteisön sisällä on sekä perustehtävän että työntekijöiden jaksamisen kannalta tuhoavaa. Asiakkaiden tarinat ovat joskus niin erikoisia, että niitä on vaikea ymmärtää. Tämä saattaa aiheuttaa syyllisyyttä siitä, kun joskus epäilee tarinoiden paikkansapitävyyttä. Kaaosdynamiikan yleisimpiä ilmenemismuotoja ovat rajattomuus, manipulointi, suunnittelemattomuus, malttamattomuus, syyllistäminen, vastuun siirtämisen itsen ulkopuolelle, ehdollistaminen sekä ammatillisten rajojen rikkomispyrkimykset (kaveruus ja erotisoituminen). Työntekijälle myötätuntouupumus aiheuttaa käyttäytymisen muutoksia kuten asioiden ja paikkojen välttelyä, pelkoja ja varautuneisuutta. (Kauppinen 2003.) Kuntatyöntekijöistä monet ovat määrällisesti ja laadullisesti ylikuormitustilassa. Kun ei kyetä hoitamaan työtä, uhkaa loppuun palaminen.

Psyykkinen kuormittuminen työpäivän aikana aiheutuu psyykkisistä kuormitustekijöistä, joita ovat työn sisältö ja vaatimukset, työpaikan ihmissuhteet ja työympäristötekijät. (Romana 1999,6.) Iällä on loppuunpalamisen syntymisissä merkitystä. Niillä, jotka työskentelevät ihmissuhdeammateissa, loppuunpalaminen ilmaantuu keskimäärin nuoremmalla iällä. Sen ensimmäinen vaihe tulee kun työntekijä on ollut vasta lyhyen aikaa uudessa työpaikassaan. Jakson pituus riippuu alasta. Nuoruus merkitsee kokemattomuutta työelämässä, liiallista idealismia ja selvää haavoittuvuutta. Iän myötä saavutetaan kypsyyttä ja kokemusta, joka myös estää loppuunpalamista. (Vartiovaara 1996, 107-108.)

Sosiaalityön todellisuutta sävyttää ongelmallisuus: työn rasitustekijöinä korostuvat asiakkaiden tilanteiden vaikeus, tunteiden hallinta näissä tilanteissa sekä riittämätön aika paneutua asiakkaan asioihin. Kemppaisen ym. tutkimuksessa sosiaalityöntekijän toiseksi suurin huolen aihe on asiakkaiden aseman jälkeen heidän oma jaksamisensa. Työuupumus johtaa rutinoitumiseen ja turtumiseen ja siinä on mukana avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita. (Kemppainen ym. 1998, 131-114.)

Tutkittavassa yksikössä suurin uupumuksen aiheuttaja olivat mm. erittäin hankalasti hoidettavat asiakkaat, heidän jatkuvat vaatimuksensa ja uhkaukset sekä työntekijöihin kohdistuva mitätöinti. Uupumusta aiheutti lisäksi se, että työolot olivat ala-arvoiset työturvallisuuden, viihtyvyyden ja sisäilman suhteen. Lisäksi työtavoitteiden monimutkaisuus ja epäselvyys aiheuttivat työnilon ja motivaation vähenemistä. Jaksamattomuus voi muuttua loppuun palamiseksi silloin, kun työn vaatimukset ovat jatkuvasti kohtuuttomia käytössä oleviin voimavaroihin nähden (Aro 2001, 22). Lisäksi työntekijät olivat useimmiten nuoria, vastavalmistuneita, idealistisia ja kokemattomia. Myöskään palkan ei koettu olevan oikeassa suhteessa työn vaativuuteen.

Suurin osa päiväkeskuksen metadonihoitopäivistä on tavallisia päiviä, joiden kulun on työntekijä selostanut seuraavassa: Nimet muutettu.

Hoitotiimin saapuessa aamukokouksesta Raakel ja Risto jo odottivat lääkkeenjaon alkua närkästyneinä. Lääkkeenjaon alkaessa hoitaja avaa huoneen oven merkiksi, että kello on 8.45 jolloin lääkkeenjako alkaa. Raakel tulee heti sisään kommentoiden ivallisesti: ”Ai, täällä meinataan tehdä jopa töitäkin tänään.” Asiaa kommentoimatta hoitaja kysyy miten viikonloppuloma meni. ”Ihan tavallisesti, niin kuin ennenkin”, tulee ylimielinen vastaus. ”on

se kumma, kun täällä on aikaa naureskella ja puhua paskaa, mutta meitä kipeitä ihmisiä ei hoideta.” Asiakasta muistutetaan, että täällä on tietyt lääkkeenjakoajat joita noudatetaan samalla tavalla jokaisen asiakkaan kohdalla. Raakel närkästyty entisestään, ottaa mukillisensa ja poistuu huoneesta ylimielisesti niskojaan nakellen. Hetken kuluttua Risto tulee lääkkeelle istuutuen sanomatta sanaakaan. Lääkkeenjaon yhteydessä hän vastaa lyhytsanaisesti esitettyihin kysymyksiin.

Raakel koputtaa oveen ja pyytää oven välissä Diapam-reseptiään. Hänet pyydetään sisään keskustelemaan asiasta. Hänelle kerrotaan, että lääkkeet tulisi riittää vielä, ja että hän saa reseptin torstaina. Raakel sanoo lääkkeiden jo olevan loppu, mistä hän saa palautetta, koska lääkkeet tulee syödä lääkärin ohjeistuksen mukaan. Tästä kimpaantuneena Raakel alkaa syytellä henkilökuntaa: ”Sun pitäis olla hiekkalaatikolla leikkimässä eikä määräälemässä meitä kipeitä ihmisiä täällä.” ”Mulle kuuluu mun lääkkeeni, etkä sä voi määrätä mua miten mä niitä syön. Tämä ei ole oikein mukavaa, kun keskenkasvuiset tulevat hyppimään silmille!”

Raakelille kerrotaan, että tuon tasoinen kielenkäyttö ei käy meidän hoitopaikassamme, joten hän lähtee kiivastuneena lääkkeenjakuhuoneesta pois tempaisten oven äänekkäästi kiinni. Hetken kuluttua Risto tulee koputtamaan oveen ja kiukuttelemaan henkilökunnalle: ”Mitä ihmettä te taas kiusaatte Raakelia!! Etteks te tajuu, et se voi saada sairauskohtauksen, kun te tolleen kiusaatte sitä!! Teidän on pakko kertoa mulle mitä te sanoitte sille, kun se noin hermostu!!”. Ristolle kerrotaan, että emme voi keskustella toisten ihmisten hoitoon liittyvistä asioista muiden kanssa, johon hän tokaisee: ”Miksette muka voi? Mehän ollaan vähän niinku yks ja sama ihminen, Ja sitä paitsi kyllä Raakel kertoo mulle heti tossa pöydässä mitä te sille sanoitte.” Lyhyen palautekeskustelun jälkeen, mitä Risto ei ota vastaan, hän poistuu tuhahdellen päiväsalin puolelle istumaan ja juomaan aamukahvia.

Pian Saara saapuu hakemaan aamulääkkeensä ja lomapullonsa. Tunnelma on leppoinen ja mukava. Henkilökunta kyselee kuulumisia ja päällimmäisiä filiksiä. Saara kertoo avoimesti perheensä kuulumiset ja mieltään painavat asiat. Päällimmäisenä tunteena on ahdistus, jonka Saara tunnistaa tulevan työttömyydestä. Henkilökunta tukee parhaansa mukaan Saaraa työhaussa. Hän tuntee omien sanojensa mukaan saavansa päiväkeskuksesta parhaan kannustuksen hankalassa elämäntilanteessa.

Saara menee päiväsalin puolelle juomaan kahvia samaan pöytään pariskunnan kanssa. Saman tien alkaa kauhea polemiikki siitä, mitä henkilökunta on taas keksinyt asiakkaiden päänmenoksi. Saara kuuntelee kiltisti pöydässä, kun Raakel kertoo korostetusti aamulla tapahtuneesta kommentoimatta asiaa muuten kuin vaivihkaa nyökkäilemällä.

Siiri pyyhältää lääkkeenhauille ottaa lääkkeen ja poistuu.

Ensimmäistä lääkkeenjakoaikaa on vielä kolme minuuttia jäljellä, kun Antti tulee hakemaan lääkettä. Hänelle kerrotaan heti, että tänään on seulapäivä. Tapana on, että ensin ainakin kokeillaan seulan antoa ja sen jälkeen vasta otetaan lääke. Antti pystyy antamaan seulan ongelmitta kertoa samalla taukoamatta uuden masennuslääkkeen sivu- ja haittavaikutuksista. Asiakasta pyritään rajaamaan ja keskustelua kääntämään ”oikeiden” kuulumisien kertomiseksi, mutta Antti palaa koko ajan uuden lääkkeen huonoon puoliin. Kun Antti on ottanut lääkkeensä ja on pakkaamassa lomapullojaan lippaaseen häneltä kysytään mitkä ne hänen oireensa olivatkaan, jotta ne voidaan kirjata ylös ja kertoa lääkärille. Antti luettelee haittavaikutuksia kuin lukisi niitä suoraan paperilta. Lopulta hän sanoo: ”En mä enempää muista. Näytä mulle se lappu sieltä lääkepaketin sisältä niin mä kerron mitkä fiilikset mulla on.” Tähän henkilökunta antaa palautetta, että Antin pitäisi kertoa oikeita haittavaikutuksia mitä hän tuntee, eikä lukea niitä paperilta ja miettiä onko hänellä niitä oireita.

Panu saapuu lääkkeenjaolle heti toisen ajan alettua. Hän on hyväntuulinen ja kertoo menevänsä työväenopistoon ilmoittautumaan kielikurssille. Henkilökunta antaa positiivista palautetta Panulle tsemppaamisesta ja yhdessä mietitään, kuinka paremmin asiat sujuvatkaan, kun ei ole oheiskäyttöä. Panu kertoo pelkäävänsä itsekin retkahduksen vaaraa ja toteaa, että pitää elää päivä kerrallaan.

Pelkät tavallisetkin päivät ovat usein stressaavia. Ne sisältävät mitätöimistä, rajaamisen ongelmia sekä syylistämistä. Osa päivistä on ”tanssipäiviä”, jolloin kaikki asiakkaat tulevat ajallaan, ovat hyväntuulisia ja kykeneviä kontaktiin. He eivät soita useita valituspuheleluja päiväkeskukseen saman päivän aikana, kukaan ei takerru hoitajaan kuin äitiinsä eikä hoitajien tarvitse tapella lääkkeistä.

Kerran tai kaksi kahden viikon jakson aikana on katastrofipäiviä, jolloin esim. osa asiakkaista tulee päihtyneenä hakemaan lääkkeensä: *Kiistellään siitä, onko alkometrin tulos oikea vai*

väärä, kun se näyttää kolmasti mitattaessa 1,5 promillea. Toinen asiakas tulee huutamaan, että hänet pakotetaan käyttämään huumeita. Asiakas sanoo tappavansa itsensä, kun hän ei saa täyttä annosta lääkettä veressä olevan alkoholin takia. Joku soittaa ja kertoo nukahtaneensa ”överiin” ja ettei ilmeisesti ehdi hakemaan lääkettänsä lääkkeenjakoaikana. Yksi asiakas tulee vaatimaan lääkityksensä nostamista ja vaihtamista samantien hänen esittämälleen tasolle. Tämän jälkeen lääkäri haukutaan ja samoin muut työntekijät. Yksi asiakas tulee 4 minuuttia vaille sulkemisajan ja myöhästyy siten lääkkeenjaoltaan. Asiakas saa raivokohtauksen, huutaa vittua ja huoraa ja soittaa terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen tai päihdeasiamiehelle.

Vaikea asiakastapaus

Asiantuntijuus voidaan nähdä monin tavoin: Työntekijä voidaan nähdä asiantuntijana ja asiakas materiaalin tuottajana ongelmasta. Kyse on asiantuntija ja ongelma-keskeisestä vuorovaikutuksesta. Työntekijä voi olla kuuntelija ja asiakas asiantuntija, kyse on asiakaslähtöisestä vuorovaikutuksesta. Työntekijä ja asiakas voivat olla keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja dialogissa, jaetussa asiantuntijuudessa. Vaikeassa päihderiippuvuudessa on joskus kuitenkin hankalaa päästä tasavertaiseen dialogiin, kun asiakkaan tavoitteena on saada lisää lääkettä ja hän käyttää siihen kaikki keinonsa. Työntekijöiden mielestä valtaa ei tulisi välttää, vaan pikemminkin tulisi miettiä sitä, miten valtaa käyttää humanisti ja oikeudenmukaisesti.

Käsitys oikeasta tiedosta ja asiantuntijuudesta voi olla joskus asiakkaalla ja työntekijällä erilainen, ja tämä voi aiheuttaa ristiriitoja ja luottamusongelmia. Tutkittavassa yksikössä asiakas oli usein sitä mieltä, että vain hän narkomaanina voi tietää, mikä hänelle on parasta huumehoitoa ja miten sitä tulisi toteuttaa. Työntekijöiden mielestä hoitosuhteessa tulisi kuitenkin asettaa ammatillinen osaaminen ja asiantuntijuus sille kuuluvaa asemaan. Asiakkaan ei tule määrätä hoitoon pääsyä tai hoidon sisältöä, sillä viime kädessä hoidosta vastaa hoitohenkilökunta, ei asiakas. Asiakkaan ja hoitohenkilökunnan tulisi kuitenkin olla samalla puolella (Granström 2002) ja kuntoutuksesta pitäisi tulla palkitseva kokemus (Särkelä 2001.)

Vaikea asiakastapaus haastoi yksikön haparoivan asiantuntijuuden toden teolla. Se aiheutti tilanteen, jossa periaatteet ja ideologiat joutivat romukoppaan. Jouduttiin tilanteeseen, jossa

ei enää tiedetty, kuinka tätä työtä tulee tehdä. Työntekijät väsyivät, turhautuivat ja pelkäsivät erittäin voimakkaasti. Mutta toisaalta vaikea asiakastapaus ja sen käsittely olivat oleellisen tärkeitä asioita yksikön asiantuntijuuden kehittymisen kannalta. Pahimpien myrskyjen pyörteissä arjen hoitotyö oli kuitenkin hyvin raskasta ja stressaavaa. Vaikean asiakastapauksen läpikäyminen ja siitä oppiminen muodostivat kuitenkin perustan, jolle oli helppo rakentaa.

Seuraavassa osiossa käsitellään vaikeaa asiakastapausta havaintopäiväkirjan pohjalta.

Yksi asiakas myöhästelee sekä lääkkeenhaku- että lääkäriajoiltaan eikä saavu omahoitajakeskusteluihin. Toinen asiakas käy myöhemmin kuin muut, mikä aiheuttaa ongelmia, kun muutkin haluisivat tulla myöhemmin. Myös kaksi muuta asiakasta rupeaa myöhästelemään ajoiltaan.

Asiakas jäi ensimmäisen kerran ilman metadonia, kun hän ei tullut ajoissa. Käytiin kiivasta keskustelua asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Päädyttiin löysentämään aikoja ja omahoitajakeskustelussa sovittiin, että annetaan loma yhden puhtaan virtsanäytteen jälkeen. Tilanne rauhoittui. Eli sääntöjä löysennettiin, jotta asiakkaalla olisi helpompaa olla hoidossa, häntä yritettiin kannustaa antamalla loma jo yhden puhtaan seulan jälkeen, sillä hänellä ei ollut koskaan ollut lomia edellisessäkään hoitopaikassa.

Asiakas ei tule sovittuina aikoina, ei edes aukioloaikoina, käyttää koko ajan huumeita lääkityksen rinnalla. Yksikössä käytiin keskustelua siitä, että työntekijöille oli sanottu siirrettävien asiakkaiden olevan hoitonsa suhteen stabiilissa tilassa. Yksikön mielestä asiakas oli liian vaikeahoitoinen yksikköön, koska hoito oli epätasapainossa. Keskusteltiin siitä, mitä tapahtuisi, jos asiakas poistettaisiin hoidosta. Olisiko asiakkaan kannalta kyse hylkäämisestä ja heitteille jätöstä? Mitä asetus sanoo asiasta? Mitä on ylläpitohoito? Mietitään matalan kynnyksen periaatetta ja haittojen vähentämisen periaatetta. Asiakas aiheuttaa vaikeuksia yhteisön kannalta, mutta tällä hetkellä huonoista vaihtoehtoista paras on se, että joustetaan asiakkaan kohdalla aikojen ja seulojen ym. suhteen. Kuitenkin yksiköllä on vain kaksi periaatetta: sulkemisaika ja seulat. Asiakkaan tapaus raastaa työyhteisöä. Asiakas tekee mitä haluaa, tulee milloin haluaa, käyttäytyy uhkaavasti ja mitätöivästi eikä anna seuloja.

Asiakas on tehnyt valituksen. Keskusteltiin valituksesta ja epävarmuuden sietämisestä. Valitukset tuntuivat työntekijöistä erittäin raskailta. Heillä on hoitajan koulutus ja hoitamisessa on kysymys hyvän tuottamisesta toiselle. Nyt asiakas onkin sitä mieltä, että hänelle on tuotettu pahaa. Asiakas näkee pahaksi sen, että ei toimita hänen haluamallaan tavalla.

Keskusteltiin asiakkaan kliinisestä ja juridisesta tarkastelusta. Juristeja varten asiakaspapereihin on kirjattava paljon myös negatiivisia asioita, jotta tarvittaessa papereista löytyy näyttöä valitustapauksissa. Hoitotyössä on nykyisin koko ajan mietittävä juridiikkaa. Työntekijöistä tuntuu että ensin on mietittävä juridisesti ja sitten vasta hoidon kannalta.

Asiakasta on yritetty auttaa löysentämällä sääntöjä. Mutta nyt on tullut raja vastaan. Asiakas ei anna seuloja eikä tule aukioloaikoina, mitä tehdään? Työyhteisö on sitä mieltä, että jos ei anna seuloja, se voi olla hoidon jatkumisen este. Asiakas oli sitä mieltä, että tämä ei ole ylläpitohoitoa, hänen ei tarvitse antaa seuloja. Hän saa käyttää aineita niin paljon kuin haluaa ja saada silti kahdeksan lomapulloa mukaansa. Seulaa ottavan työntekijän tulee olla asiakkaan mielestä samaa sukupuolta, annosta ei saa puolittaa, vaikka asiakas olisi käyttänyt mitä tahansa aineita. Asiakas uhkaa valituksilla ja viran menettämisillä. Itseä johtajana pelottaa valitusrumbat, vois joutaakin, mutta työntekijät ovat tiukkoja. Annoksen puolittaminen tarkoittaa inhimillisiä kärsimyksiä ja elämänlaadun huonontamista. Asiakas haluaa määritellä yksikön hoitolinjaukset.

Asiakkaan hoito on umpikujassa. Erityisen ahdistavaa on tilanteiden rajattomuus ja vaihtelevuus. Juuri, kun keksitään jotain, tilanne muuttuu, ja jatkuvasti joutuu ajattelemaan, että mihin suuntaan tilanne muuttuu esimerkiksi juridiikan tai uhkaavuuden suhteen. Juridisesti kelvolliset ratkaisut eivät ole kaikkein turvallisimmat. Asiakas on todella pelottava. Hän kiristelee hampaitaan ja pui nyrkkiään ja latelee uhkauksia. Asiakas on aineissa, uhkailee valituksilla. Lääkäri ei uskalla ottaa vastuuta, kun ei tiedetä mitä aineita asiakas käyttää metadonin lisäksi. Kuinka kauan tilannetta pitää sietää, vai voidaanko asiakasta kieltäytyä hoitamasta?

Soitto lakimiehelle. Käydään asetus läpi. Yksiköllä on ensiksikin hoitosopimus, jonka asiakas on allekirjoittanut, hän on siis sitoutunut sopimukseen. Viranomainen saa päättää palvelun antotavasta, siten että se on tarkoituksenmukainen hoidon kannalta. Ja hoidon tulisi vielä

valmistaa kuntouttavampaan korvaushoitoon. Viranomaisen on siis tehtävä kaikki mahdollinen turvallisuuden takaamiseksi. Potilaslaissa säädetään itsemääräämisoikeudesta: hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä. Jos potilas kieltäytyy tarvittavista hoitoon liittyvistä toimista, se tarkoittaa, että hoitoa ei voida toteuttaa. Seurauksena on hengenvaara. Itsemääräämisoikeus väistyy silloin, kun turvallisuusriskit ovat ilmeiset. Yhteenvetona, seulat on välttämätön edellytys hoidon toteuttamiselle, potilas joko noudattaa sääntöjä tai lähtee pois.

Edellä olevat asiat kerrotaan asiakkaalle. Asiakas uhkaa, että lakimiehet käyvät johtajan kimppuun ja se putoaa tosi korkealta. Asiakas syö koko työyhteisön kaikki voimavarat. Asiakas on ymmärtänyt asian niin, että hänellä ei ole mitään velvollisuuksia, koska hän on ylläpito-hoidossa. Hän saa käyttää huumeita niin paljon kuin haluaa ja seuloja ei saa ottaa. Lomia tulisi kuitenkin antaa ainakin seitsemän päivää kerrallaan, mielellään kaksi viikkoa. Työntekijöiden velvollisuus on antaa hoitoa siten kuin hän sen haluaa. Asiakas on uhannut myös toisen yksikön työntekijän henkeä. Potilas on uhkaava, kun asiat eivät mene hänen haluamallaan tavalla. Työntekijät pelkäävät häntä eikä häntä oteta vastaan ilman vartijaa. Uhkaavuuden lisäksi asiakas mitätöi ja latistaa työntekijän henkisesti lattiarievuksi. Työntekijät eivät saa sanaa suustaan, he haluaisivat vajota maan alle, hartiat menevät kyyryyn, asiakas mesoaa seisaaltaan pitkänä ja suurena. Työntekijä on mitätön, asiantunteaton lehmä tai jotain vastaavaa. Lisäksi asiakas kertoo nauhoittavansa kaikki keskustelut ja lähettävänsä kaikki lakimiehelleen. Tuloksena on, että yksi asiakas hallitsee koko työyhteisöä ja saa aikaan täydellisen lamaannuksen.

Soitto ministeriön virkamiehelle. Tosi turhautunut olo. Kukaan ei tiedä mitään, epävarmuus jäytää ja huumeidenkäyttäjät hyppii silmille. Mielialat tosi uupuneet. Miksi asiakkaat saavat käyttäytyä, miten tahtovat? Uupuneita, pelottavia ja raivostuneitakin tunnelmia. Työntekijällä ei ole oikeuksia. Hoito on pelkää juridiikkaa. Asiakkaan hoito on pelkkää asetuksen tarkastelua, ei psykososiaalista hoitoa. Asiakas käyttää valtaa työntekijöihin, henkistä väkivaltaa ja mitätöimistä.

Käydään keskustelua asiakkaan tilanteesta. Asiakas antaa seuloja vain kun hänelle sopii. Kun pupillit ovat laajat ja käytös kummallista, silloin asiakas ei voi mielestään antaa seulaa. Asiakkaan kanssa ei tehdä hoitotyöltä vaan asetustyötä. Psykososiaalista työtä ei voida tehdä, koska asiakas tulee niin myöhässä.

Todettiin, että työyhteisö ei jaksa enää. Ei osata hoitaa asiakasta, ollaan ammattitaidottomia, ja uupuneita. Ei saada seuloja ja rikotaan lakia kun ei voida tehdä psykososiaalista työtä. Tämä ei ole enää hoitoa vaan juridiikkaa. Ongelmana on se, että ei olla juristeja. On kyse henkisestä työsuojelusta.

Työryhmäkokous, jossa käsitellään työyhteisön tilaa. Tiimi on tosi uupunut. Työntekijät näkevät painajaisia, koko kesä on ollut jupinaa ja jurinaa. Valitus tarttuu kaikkiin. Kireyttä ilmapiirissä. Asiakkaiden tyytymättömyyttä, arvostelua retkitilanteissa, kun ei saanut olla kaljaa, se on nipotusta. Hoitajat nipottaa.

Asiakkaat suuttuivat, kun eivät pääse kymmentä vaille aukioloaikaa sisään. Erään asiakkaan mielestä lomapullot ovat laimeampia kuin tavalliset pullot. Hoitohenkilökunta kuulemma laimentaa niitä.

Myöhästelevä asiakas tuli aikaisemmin. Keskustelua asiakkaan seuloista kieltäytymisistä ja välipäiväisistä, jolloin asiakas ei ehdi tulemaan hakemaan lääkettä. Omahoitaja sitä mieltä, että hoitoa jatketaan. Työyhteisön puoli, muiden asiakkaiden puoli, sääntöjä ei voi höllätä ilman että tulee kaaos.

Kaikille tehdään uusi hoitosopimus ja myös kyseisen asiakkaan hoitosopimusta tarkistetaan. Jos sopimusta rikotaan, hoito katsotaan päättyneeksi tällä erää. Asiakkaalle pidetään verkostopalaveri, joka sujui hyvässä hengessä. Sovitaan asioista ja uudesta hoitosopimuksesta sekä yhteisistä pelisäännöistä: tuloajoista, annoksien puolituksista sekä seuloista. Yritetään vielä hoitaa asiakasta, mutta samanaikaisesti joudutaan olemaan yhteydessä lakimieheen.

Käydään keskustelua asiakkaasta. Yksi asiakas pidetään vain hyvällä tuulella, muut asiat saa jäädä. Ei ole resursseja keskittyä muihin asioihin. Ärtymys kohdistuu asiakkaaseen, mutta se leviää muihinkin. Sitä odottaa jo aamusta, milloin asiakas tulee ja millä tuulella se on. Se vie kauheasti energiaa, kun miettii jo aamusta.

Lamaannus alkaa nousta kiukuksi. Asiat eivät voi jatkua tällä tavalla. Kenelläkään ihmisellä ei ole oikeutta kohdella ihmisiä näin. Työntekijöilläkin on joitakin oikeuksia. Tästä kärsii joka

ikinen osapuoli. Asialle on tehtävä jotain. Asiakkaan kohdalla ei ole auttanut hoidonlöysennykset eikä tiukennukset eikä erittäin suuri annos, eivätkä ylimääräiset lomat.

Asiakkaan hoito lopetetaan yhteispäätöksellä. Kaikki ovat helpottuneita. Asiasta kerrotaan yhteistapaamisessa asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Tapaaminen sujuu ihan hyvissä merkeissä. Asiakkaasta tehdään lähete arvioivaan yksikköön. Asiakas on kuitenkin niin kauan meillä hoidossa, kunnes pääsee uudelleen arvioitavaksi. Asiakas on vienyt koko henkilökunnan kaikki voimavarat, muihin ei ole jaksettu keskittyä.

Koko prosessi kesti noin yhdeksän kuukautta. Hoidon lopettamispäätös on erittäin helpottava koko työyhteisölle. Nyt se pystyy keskittymään taas muidenkin asiakkaiden asioihin. Yksi asiakas lamaannutti koko työyhteisön. Aiheutti vallan siirtymisen asiakkaille ja vellovan annoskeskustelun. Asiakkaat käyttivät työntekijöiden epävarmuutta hyväkseen ja lisäksi uhkailivat itsemurhalla, jos eivät saaneet, mitä halusivat.

Onnen hetkiä

Metadonihoidossa on myös joskus onnenhetkiä. Yhteiset tekemiset ja asiakkaiden ajoittainen mukava käytös koetaan hyvinä asioina. Työryhmässä käydään keskustelua lauantaipäivistä. Lauantaisin keskus on avoinna vain metadoniasiakkaille. Sekä asiakkaat että työntekijät ovat kokeneet lauantait hyvinä juuri tästä syystä. Nyt on leivottu ja tulevaisuudessa saunotaan ja pestään pyykkiä ja käydään retkillä.

Lauantai: Kaikki asiakkaat läsnä. Ilmapiiiri leppoisa, ylläpitohoitoasiakkaat halusivat tehdä eroa muihin asiakkaisiin, eivät voi esim. käyttää samaa vessaa kuin muut. Leivottiin, katsottiin TV:tä sekä hoitaja antoi akupunktiota. Asiakkaat viettivät koko päivän päiväkeskuksessa. Saunassa kävi neljä asiakasta. Ahmivat pullaa. 3.5.02

Pienistä asioista pitää olla tyytyväinen: eräs asiakas on sanonut kaksi kertaa kiitos. 9.8.02

Asiakaskokous: Keskusteltiin aukioloajoista, lääkkeenhakuajoista, lomista, seuloista ja retkistä. Oli erittäin positiivinen hengeltään. Ei ollut purisemista mistään. Puhuttiin luottamuksesta ja hoidon tärkeydestä, ilman sitä olisi kadulla ja kuollut. Oma-aloitteisuutta retkien suhteen oli ilmassa. Tuli sellainen fiilis, että kyllä tästä selvitään. Puhdisti ilmaa. Hoitosopimuksesta ei ollut mitään purisemista, olivat ihan tyytyväisiä. 5.9.02

Asiakaskokous puhdisti ilmaa. Käytiin runsaasti rakentavaa keskustelua. Antoi toivoa paremmasta.

Loppuhuipennus

Väkivaltatilanne ja hoidon rajojen tiukentaminen:

Palaveri jossa käsiteltiin asiakkaan lomaa. Metadoniryhmä katsoi, ettei asiakas ole lomakelpoinen, vedoten hänen psyykkiseen terveydentilaansa. Hänelle ehdotettiin, että matka tulisi ajankohtaiseksi myöhemmin. Asiakas kiihtyi ja alkoi uhkailla ja kiristää. Lopuksi hän otti maljakon pöydältä ja heitti sen seinään. Seinään tuli reikä. Seinästä maljakko kirposi työntekijän selkään ja sen jälkeen sirpaleiksi. 9.10.02

Edellinen asiakas:

Päiväkeskuksessa ei ole käsitystä narkomaanien hoidosta. Asiakas haluaa lopettaa ja siirtää hoidon edelliseen hoitopaikkaan. Hänen persoonansa on tällainen vaihteleva, sille ei voi mitään. Siihen kuuluu mielialan suuret vaihtelut. Vähättelee väkivaltatilannetta. 15.10.02

Yhteispalaverissa muiden hoitoyksiköiden kanssa puhuttiin hoitosopimusrikkomuksista, erillishoitosopimuksista hankalille asiakkaille, välittömästä puuttumisesta ja rajojen tiukentamisesta. Yksikössä päädyttiinkin tiukentamaan rajoja. Otettiin käyttöön lääkkeenhakuajat, joilta ei voi lipsua. Myöskään huonoa käyttäytymistä ei suvaittu. Mutta joissakin asioissa toimittiin yksilöllisesti, ei samalla tavalla kaikkien kanssa. Struktuureja lisättiin yksikössä, mutta lomissa on yksilöllinen aspekti. Ylipäätänsä mentiin nyt tiukemmalle linjalle, mutta yritettiin toimia toisaalta enemmän yksilöllisesti ja oli otettava vastaan valitukset siitä, että kaikkien kohdalla ei toimittu samalla lailla.

Maaliskuussa ilmapiiri taas kiristyi. Sekä työntekijät että asiakkaat ”purisivat”.

Asiakkaan mielestä yksikön lomakokoukset ovat väärään aikaan. Kun asiakas ei saa lomapulloja heti, hän saa sairauskohtauksen, mikä on siis hoitohenkilökunnan syy ja johtuu siitä, että lomakokous on väärään aikaan. Työntekijät purisevat koulutuksen puutteista. Koulutuksessa ei perehdytä narkomaanien eikä persoonallisuushäiriöisten kohtaamisen ongelmiin. Keskustellaan suhteesta hashiksen käyttöön. Lainsäädännön ja toiminnan ristiriita. Miten tulis reagoida? Laiton päihde, mutta ylläpitohoito? Joissakin yksiköissä hashiksen

käyttöön ei puututa, mutta kuitenkin kyseessä on laiton päihde. Asiakkaat kokevat, että huono ilmapiiri johtuu henkilökunnasta, joka on ylimielistä ja töykeää. Työntekijät taas purisevat, että yhteiskunta ei arvosta työntekijää vaan asiakasta.

Ajatukset siitä, että asiakkaat saa rahaa tekemättä mitään, ja itse saa 1400 brutto.

Sanotaan, että kyllä tämä on arvokasta työtä, mutta se ei riitä. Arvostuksen tulis näkyä palkassa tai työolosuhteissa esimerkiksi lyhyempänä työaikana niin kuin Hollanissa on.

Miksi noiden ei tarvi tehdä työtä? Sitte tulee sellainen likainen olo kun miettii tällaisia.

Itse eivät jaksais katsoa edes puhelinluettelosta numeroa, sekin pitää heille katsoa valmiiksi.

12.3.03

Työntekijävaihdoksia tapahtui kolme: Näytti siltä, että he saivat tarpeekseen vääntämisestä ja siitä, että hoidon sisältö on ”lisää lääkettä.”

Asiakaskokous:

Asiakkaiden mukaan ylläpitohoidon sisältö on lääkitys ja omahoitajakeskustelut.

Asiakkaat näkevät, että hoitaja on välikäsi lääkärille, edun hoitaja, omahoitaja tärkeä.

Lääkitys on yksilökohtaista. Infoa halutaan lisää. Elämässä ja hoidossa tulee olla säännöt.

Asiakkaat haluavat, että säännöt ovat yksilölliset mutta niiden täytyy kuitenkin olla pilkulleen samat. Lomat: ei byrokraattisia sääntöjä. Seulat: satunnaisempia, harkintaa. Niiden hyötynä on, että ne tuovat ryhtiä. Lisäksi haluttiin toimintoja mm. elokuvia. Hyvä ilmapiiri kokouksessa, hirveästi asioita, puheenjohtaja joutui rajoittamaan. Ennen kokousta oli ollut todella vaikeat ajat. Kokous puhdisti selvästi ilmaa. 12.3.03

Asiakaskokous puhdisti ilmaa. Asiakkaat puhuneet jälkikäteen kokouksesta. Muut tyytyväisiä mutta asiakas, joka ei ollut osallistunut kokoukseen, sanoi että perseestä.

6.3.5 Yksikön sisäiset paineet ja vuorovaikutuksen ongelmat

Ylläpitohoidolle on asetettu epärealistisia tavoitteita. Asiakkaat ovat usein huonokuntoisempia kuin professionaalinen huumehoito integraatiotavoitteineen edellyttää. Se aiheuttaa työntekijöissä turhautumista. Säännöt nähdään erittäin tärkeinä, jotta hoitoa voidaan turvallisesti toteuttaa. Kuitenkin juuri säännöistä ja niiden tulkinnasta tulee eniten vääntöjä asiakkaiden kanssa. Erilaiset väännöt aiheuttavat pelkoa ja ahdistusta, sillä asiakkaat

syyllistävät, haukkuvat ja uhkaavat henkilökuntaa monin eri tavoin. Asiakkaiden loputtomat vaatimukset ja jatkuva valitus aiheuttavat suoranaista uupumista työntekijöille. Yleensä vaatimukset koskevat lääkitystä ja lomia. Lääkitystä halutaan yleisesti ottaen aina lisää. Myös lomia on yleensä liian vähän. Luottamusongelmat sekä erilaiset käsitykset normaalista aiheuttivat ongelmia. Työntekijät näkevät ylläpito-hoidon psykososiaalisen työn sisältönä arjen oppimisen, mutta asiakkaat usein ilmaisevat haluavansa vain lääkityksen. Lääkitys tulisi mielellään saada juuri siihen aikaan ja sen suuruisena, kuin asiakkaalle sopii. Työntekijöiden asiantuntijuus joutuikin suureen kriisiin ja muutoksen kouriin vaikean asiakastapauksen nostattamien asioiden myötä. Tunnettiin suurta epävarmuutta siitä, miten asiakasryhmää tulisi hoitaa? Aikaisemmin asiakkaita oli totuttu hoitamaan päiväkeskuksessa hoivaavasti ja erittäin empaattisista lähtökohdista. Seurauksena oli vallan siirtyminen asiakkaille ja täysi kaaos.

Tilanteesta selvittiin vasta, kun työntekijät oppivat keskustelemaan ja tukemaan toinen toisiaan ja seisomaan toinen toistensa rinnalla. Työntekijöiden mukaan tätä työtä voidaan tehdä vain, jos työyhteisö toimii tiiminä eikä sooloiluja esiinny. Asioista ja ongelmista tulisi keskustella avoimesti, pelkäämättä tunnustaa virheitään. Juuri virheistä oppiminen ja niistä keskusteleminen olivat oleellisen tärkeitä asioita ylläpito-hoitoasiantuntijuuden kehittymisen kannalta. Jämäkäksi oppiminen oli toinen tärkeä asia. Metadonihoitotyötä ei voida tehdä kovin lepsuin ottein. Tarvitaan sääntöjä, usein aika rajaavaa keskustelua selvällä suomen kielellä ilman turhia jaaritteluja. Narkomaani näyttäisi kokevan turvalliseksi yksinkertaisen puheen. Asiakaskokoukset olivat myös erittäin tärkeitä yksikön ilmapiirin kannalta. Työnojaus tukee työssä jaksamista. Myös jatkuva koulutus sekä muiden yksiköiden kanssa keskustelu on ehdottoman tärkeää.

6.4 Seestymisen vaihe

Seestymisen vaihe ajoittuu infotilaisuuteen. Seestymiseen meni siis aikaa puolitoista vuotta. Tähän saavuttaessa ohjelma oli strukturoitunut, työntekijät tunsivat osaavansa työnsä, työyhteisön tila koettiin paremmiksi ja myös asiakkaat olivat rauhallisempia ja tyytyväisempiä, vaikka valittivatkin suunnilleen päivittäin jostakin, yleensä lääkkeiden vähyydestä, lomista tai seuloista. Tilakysymys sekä siihen liittyvä turvallisuus muodostuivat tärkeiksi kysymyksiksi tässä vaiheessa.

Kokouksen jälkeen ilmapiiri on ollut parempi. Yksi asiakas on päässyt töihin. Pientä marinaa ilmassa. Yksi marisee lisädiapameista. Asiakkaan mielestä on se ja sama ottaako yksi tai viisi pamia, kun riippuvuus on kuitenkin olemassa. Haluaa lisää lääkettä. Toinen asiakas sanoi työntekijälle, että tämä lomailee vain sen takia, jotta saa keksiä uusia kidutuskeinoja lomien eväämisen suhteen. Lomien evääminen ei johdu asiakkaan mielestä asiakkaan huumeiden käytöstä.

Asiakaskokous:

Seuloja otetaan jatkossa tarvittaessa. Ei ole järkeä ottaa säännöllisesti kahta seulaa.

Suunnitellaan retkiä mm. grillaamista, Eläintarhan retkeä, mini-golfia ja elokuvia.

Infotilaisuudet koettiin väkinäisiksi ja kysyttävät asiat unohtuvat ajan myötä. Ehdotettiin, että laitetaan palautelaatikkoon viesti ja asiat käsitellään heti.

Jokaisen kuun ensimmäisenä lauantaina kaikki asiakkaat tulevat hoitoyksikköön. Tästä ns. pakkolauantaista haluttaisiin luopua. Muistutettiin lauantaista tehtyä kyselyä, ja siihen tulleista vastauksista. Kyselyn mukaan lauantait koettiin hyvinä. Sovittiin, että asiaan palataan myöhemmin. Selkeät rajat ja hoidon struktuurit koetaan hyvinä. 5.6.03

Kokouksessa on hyvä ilmapiiri ja siinä sovitaan seuloista ja retkistä ja tulevaisuudessa mietitään pakkolauantaiden lopettamista.

Kaksi vuotta on kulunut. Työntekijät keskustelevat ryhmässä siitä, mitä psykososiaalinen kuntoutus on. Sen nähdään tarkoittavan asiakkaiden integroimista normaaliin toimintaan, mm. asiakas hoitaa itse asiansa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Se on tukea päihteettömään elämään. Tavoitteena on rajata asiakkaiden käytöstä vastaamaan heidän ikäänsä. Se on yksilöllisyyden huomioon ottamista, yhdessä tekemistä ja arjessa tukemista Läsnaololla työntekijät pyrkivät olemaan helposti lähestyttävissä. Rajoituksia asettavat asiakkaiden vastustus, pieni asiakaskunta (esteenä esim. peleihin) sekä tilan puute. Rajojen asettaminen hoidossa nähdään tarpeellisenä ja ammattitaidon osoittamisena.

Rajojen asettaminen on asiakkaille turvallista, osoittaa ammattitaitoa, ovat tyytyväisiä rajojen asettamiseen. Asiakasta ei tue se, että hän saa tehdä mitä haluaa, kun yhteiskunnassa toimitaan kuitenkin sääntöjen mukaan. Me ollaan päivittäisessä tekemisessä, me voidaan vaikuttaa ja meidän tehtävä on asettaa rajoja ja velvollisuuksia. 14.9.2003

Syksyn 2003 aikana työturvallisuusasiat herättivät keskustelua. (Katso kohta tilat.)

Huonojen tilojen takia ei asiakkaan ja työntekijän kohtaamistilanteissa pystytty huomioimaan riittävästi turvallisuusnäkökohtia mm. riittävää etäisyyttä asiakkaaseen sekä mahdollista tilanteesta poistumista.

Asiakkaalla valta metadoninantotilanteessa. Ei olla tasavertaisia. Työntekijä ei pääse tilanteesta pois tilasta johtuen. Asiakas voi sanallisestikin aiheuttaa epämiellyttävän tunteen, kun ei pääse pois. 11.9.03

Työyhteisön henkinen tila koettiin paremmaksi. Yhdessä oltiin opittu paljon ja vuorovaikutus toimi metadoniryhmäläisten kesken, mutta jonkinasteinen kuilu oli jäänyt.

Hyvä fiilis. Työyhteisön tila on parempi. Metadon työ on mielenkiintoista, haastavaa, oppiminen on ollut valtavaa, hyvä työporukka ja itsetunto on kasvanut. 11.9.03

Kuilu kaikonnut. Tämä on sitä työtä mitä olen aina halunnut tehdä, päihdetyötä. Tykkää tästä koska oikeesti vaihtelevaa. Mutta tätä työtä ei voi tehdä loppuelämänsä. 24.9.03

Kiva tehdä tätä työtä, kiva työporukka. Metadonihoido toimii nyt hyvin, kriisit ovat opettaneet, tullut oppia ja kokemusta. Työryhmän kesken on helppo kommunikoida ja sanoa ajatuksiaan. Metadonityö antaa haasteita. Mutta kahden porukan kesken on kuilu vieläkin. Periaatteessa kaikki on hyvin, mutta jotain on pinnan alla, ei klikkejä mutta jotain pientä. 13.11.03

Myös asiakaskokouksessa ilmapiiirin parantuminen oli havaittavissa.

Asiakaskokous, jossa oli läsnä 4 asiakasta kahdeksasta. Infotilaisuus oli hyvä hengeltään. Keskustelu oli hyvää ja asiallista. Joku asiakas paheksui muiden kuin matadonistien pillerikauppaa, jota oli hänen mukaansa käyty päiväkeskuksessa. Keskustelua käytiin lääkkeistä ja lomista. Haluttiin, että päiväkeskus tarjoaisi päivittäin ilmaiset kahvit ja pullat. Haluttiin myös retkiä lätkämatseihin, museoihin sekä keilailua. 9.10.03

Asiakaskokous oli hyvä hengeltään. Sisältö oli tällä kertaa enemmän keskustelevala, asioista ei niinkään sovittu.

Nuorvala jaottelee huumeiden käyttäjien hoidot työntekijän motivaation ja hoitotaitojen suhteen seuraavasti: Työntekijän motivaatio saattoi olla myönteinen tai kielteinen, hoitotaidot saattoivat olla hyvät tai huonot. Lämmin hoito oli sellaista, jossa vallitsi luottamus, avoimuus motivoituneisuus molemminpuolisesti. Ristiriitatilanteet pyrittiin selvittämään rakentavasti. Hoidon tavoitteet olivat realistisia ja retkahdukset eivät olleet tuho, vaan ne kuuluivat hoidon eri vaiheisiin. Hoidossa asetettavien rajojen merkitystä pidettiin kuitenkin tärkeänä. Pakkashoidossa toimenpiteet olivat taitavia ja tehokkaista, mutta suhtautuminen viileää ja siihen sisältyi myös negatiivisia tunnelmia. Helteinen hoito voi syntyä kun työntekijän tarkoitukset ovat hyviä, mutta hän asettaa hoidon tavoitteet ensisijaisesti tai vain yksin huomioimatta asiakkaan kokonaistilannetta. Epärealistiset ja onnipotentit tavoitteet olivat riskinä. Kun on liian korkeat tavoitteet, asiakas vetäytyy. Rajuilmahoidossa esiintyi loukkaavaa käyttäytymistä, ja jopa aggressiivisuus on hoidon vallitsevana tunnelmana ja hoitotoimenpiteet koettiin väärinä. Asiakas torjuttiin jo ennen hoidon aloittamista. (Nuorvala 1999, 52-53.)

Tutkittavassa yksikössä työntekijöiden motivaatio hoidon aloittamisvaiheessa oli aluksi erittäin myönteinen. Yksikössä vallitsi sokea usko lääkkeellisiin hoitoihin, mutta kokemukset lääkkeellisistä hoidoista olivat minimaaliset. Pyrittiin olemaan avoimia ja lämpimiä ja koetettiin toimia asiakkaiden tarpeiden mukaan. Ristiriitatilanteista keskusteltiin avoimesti. Retkahdukset eivät olleet tuho, ne vaikuttivat ainoastaan lomiin. Rajat yritettiin pitää joustavina. Toisen kriisivaiheen seurauksena rajoja jouduttiin tiukentamaan ja motivaatio joutui joskus koetukselle. Mietittiin, että onko toiminnassa mitään järkeä vai onko kyse vain siitä, että tehdään riippuvuudesta vielä pitkäaikaisempi ja vaikeampi? Seestymisen vaiheessa tavoitteet muuttuivat realistisemmiksi. (Kaikki eivät työllisty ja lopeta huumeiden käyttöä). Osattiin iloita pienistä asioista. Asiakaskokoukset keskusteluineen paransivat ilmapiiriä. Hoidon rajat nähtiin erittäin tärkeäksi tekijäksi ja vuorovaikutuksessa pyrittiin selkeyteen ja yksinkertaisuuteen. Kokemuksen myötä oli tullut taitoa käsitellä tätä vaativaa asiakasryhmää.

7 Tutkimuksen tulokset ja kehittämis ehdotukset

7.1 Tulokset

Päihdekuntoutuksen vaikutusten mittaaminen on vaikeaa. Hoidot ovat kalliita ja tuloksia on saavutettava, muuten toiminta on järjetöntä. Hyvä tulos on esimerkiksi myönteinen muutos

asiakkaan elämässä. Mutta jos esimerkiksi ylläpitohoitoasiakas käyttää koko ajan laittomia päihteitä lääkkeen lisänä. Onko hoidosta saatava hyöty silloin pelkästään vain asiakkaan taloudellista hyötyä? Asiakas saa osan tarvitsemastaan huumeesta yhteiskunnalta ilmaiseksi. Ongelmana on korvaavien lääkkeiden virtaaminen kadulle ja suonensisäiseen huumekäyttöön. Suboxonekaan ei ole ratkaissut väärinkäytön ongelmia, sillä asiakkaat kertovat käyttävänsä myös sitä väärin. Lääkkeelliset hoidot ovat kalliita, vaikka niihin käytettyjen eurojen sanotaankin maksavan tulevaisuudessa itsensä takaisin. Keskimääräinen päivittäinen Suboxone-annos (19mg) maksaa 16 euroa. Vaarana voidaan myös nähdä, että huumeiden käyttäjien kalliit hoidot syövät alkoholiongelmaisten hoitoihin varattuja rahoja. Jos kaikki voimavarat käytetään huumeongelmaisten hoitoon ja kun vielä julkisuuskin tuo huumeongelmaiset voimakkaasti esille, jää helposti kaikkein suurin päihdeongelmaisten ryhmä vähemmälle huomiolle, puhumattakaan psyykenongelmaisista, jotka eivät pidä meteliä omista tarpeistaan.

Opiaattiriippuvaiset ovat pieni mutta vaativa ryhmä. Myös heidän omaisensa ovat kovin aktiivisia hoitojärjestelmän suhteen vaatiessaan lisää lääkkeellisiä hoitoja. Pelkkä lääkehoito tuskin kuitenkaan ratkaisee huumeiden käyttäjän ongelmia, muutenhan ne olisi jo ratkaistu. Lääkkeellisiä hoitoja tulee tarjota muiden hoitojen rinnalla, mutta niiden tulee olla tiukkaan valvottuja, jotta mahdollisimman vähän lääkkeitä joutuisi katukauppaan. Valvonta on tärkeää paitsi asiakkaiden myös muiden ihmisten turvallisuuden takia. Kotiannoksia annettaessa tulisi asiakkaan laittomien aineiden käyttöä seurata virtsatestein. Hoito tulee resursoida niin, että sitä on myös turvallista toteuttaa. Tällä hetkellä huumehoitotyötä rasittavat työntekijöiden vaihtuvuus ja loppuun palaminen ja pako huumehoitotyöstä. Työntekijöitä tulisi tukea nykyistä paremmin tämän raskaan työn toteuttamisessa, jotta myös jatkossa olisi huumehoitotyön toteuttajia. Päättäjien tulisi tuntea toiminnat ja niiden tarpeet. Työntekijöiden tulisi voida vaikuttaa omaan työhönsä jo siitä suunniteltaessa. Lisäksi työstä saatavan rahallisen korvauksen tulisi olla suhteessa työn raskauteen ja vastuullisuuteen.

Tutkimassani yksikössä hoidon aloittamiseen liittyi monia ongelmia. Hoito tuli yksikköön yllättäen. Tulo aiheutti kriisin, koska työntekijät eivät olleet itse mukana, kun asiaa suunniteltiin ja siitä neuvoteltiin. Ylläpitohoito tuli yksikköön ennakkoimattomana ja ylhäältä annettuna. Tämän seurauksena yksikön vanha ja uusi kulttuuri joutuivat vastakkain, samoin vanhat ja uudet työntekijät ja uusi lisäperustehtävä.

Alkoholistit ja huumehoidossa olevat sekä hoidotta ja hoidossa olevat asioivat samassa paikassa, mikä aiheutti jonkin verran ongelmia. Tilat olivat aivan liian ahtaat ja sopimattomat sekä päiväkeskustyöhön että metadonihoitotyöhön. Muun muassa turvallisuuskäytännöksi ei voitu tarpeeksi ottaa huomioon epäkäytännöllisten tilojen takia.

Kahden vuoden seurantajakson aikana yksikön ylläpitoahoitoasiantuntijuudessa tapahtui monenlaista. Koska ylläpitoahoitoasetusta pidettiin epämääräisenä eikä sen katsottu antavan selkeitä ohjeita hoidon toteuttamisesta, työntekijät kokivat suurta epävarmuutta hoidon tavoitteiden, sisältöjen ja niiden toteuttamisen suhteen. Työntekijöiden kokemattomuus lääkkeellisistä hoidoista lisäsi ahdistusta, mitä asiakkaat myös käyttivät hyväkseen saadakseen lisää lääkettä. Vaikeat asiakastilanteet aiheuttivat turhautumista ja jopa suoranaista pelkoa.

Työntekijät kokivat, ettei johto tunne asiakkaiden tarpeita ja ongelmia eikä henkilökunnan työskentelyolosuhteita. Ylemmät tahot näkevät asiakaslähtöisyyden niin, että työntekijöiden tulee tehdä niin kuin asiakas haluaa, vaikka se olisi lopultakin vähemmän asiakaslähtöistä ja aiheuttaisi pitkällä tähtäimellä enemmän ongelmia asiakkaalle. Tästä esimerkkinä ovat rajoitukset ja säännöt, joita yritetään noudattaa ja opettaa asiakkaille, jotta heidän integroitumisensa ympäröivään todellisuuteen olisi mahdollista. Integroituminen ja ihmisen kasvu eivät mahdollistu sillä, että asiakas tekee mitä haluaa. Siksi hoito on luonteeltaan kasvatuksellista. Katsottiin, että johdon nimenomaan tulisi tukea työntekijöitä tässä kasvatustyössä. Työntekijät kokivat pääsevänsä helpommalla, kun he tekisivät niin kuin asiakas vaatii.

Kaiken edellisen seurauksena luodut struktuurit murenivat ja käsitys asiantuntijuudesta joutui kriisiin. Siitä seurasi työntekijöiden turhautumista ja uupumista. Työntekijät epäilivät epäonnistuneensa ja olevansa väärällä alalla. Se vaikutti itsetuntoon. Työ aiheutti myös pelkoa, sillä asiakkaat olivat uhkaavia. Koska asiakkaat olivat vaikeahoitoisia ja työntekijät kokemattomia, asiantuntijuus ja valta siirtyvät työntekijöiltä asiakkaille. Työntekijöiden koulutus ja ylemmät viranomaiset korostavat empaattista ja asiakaslähtöistä kohtaamista, jota yritettiin toteuttaa ja joka vaikutti myös vallan siirtymiseen.

Hoidon toteuttaminen on vaativaa. Matalasta kynnyksestä johtuen asiakkaat ovat päiväkeskuksessa usein päihtyneitä, levottomia ja aggressiivisia. Metadoniasiakkaiden hoito on vaativaa ja henkisesti stressaavaa. Hoidot ovat pitkiä ja intensiivisiä; Päivästä toiseen

kohdataan samat asiakkaat ja kuullaan samat valitukset, eli Hoitosuhde on kuin avioliitto: parhaimmillaan hoitaja elää hoidettavan rinnalla seuraavat 40 vuotta. Asiakkaiden jatkuva tyytymättömyys ja vetoaminen erilaisiin asetuksiin ja pykäliin sekä uhkailut viran menettämisillä ja keskustelujen nauhoituksilla, syyllistäminen, valehtelu, mitätöinti, manipulointi sekä ajoittainen väkivaltaisuus ja uhkaavuus vaikuttavat asiakassuhteeseen ja myös työntekijään negatiivisesti. Narkomaanin mielestä ongelmat johtuvat useimmiten muista. Esimerkiksi seulojen likaisuus ei johdu omasta käytöstä. Narkomaani vetoaa helposti myös siihen, että on narkomaani ja kärsii aivoperäisestä sairaudesta, eikä näin ollen voi muuttaa käyttäytymistään. Ylläpitohoitotyön toteutuksessa on suuri ristiriita asiakkaiden loputtomien ja osin epärealististen vaatimusten ja rajallisten resurssien sekä kaikkien turvallisuuden ja viihtyvyyden suhteen. Työyhteisö on lopulta se, joka tämän konfliktin yrittää parhaan kykynsä mukaan sovittaa.

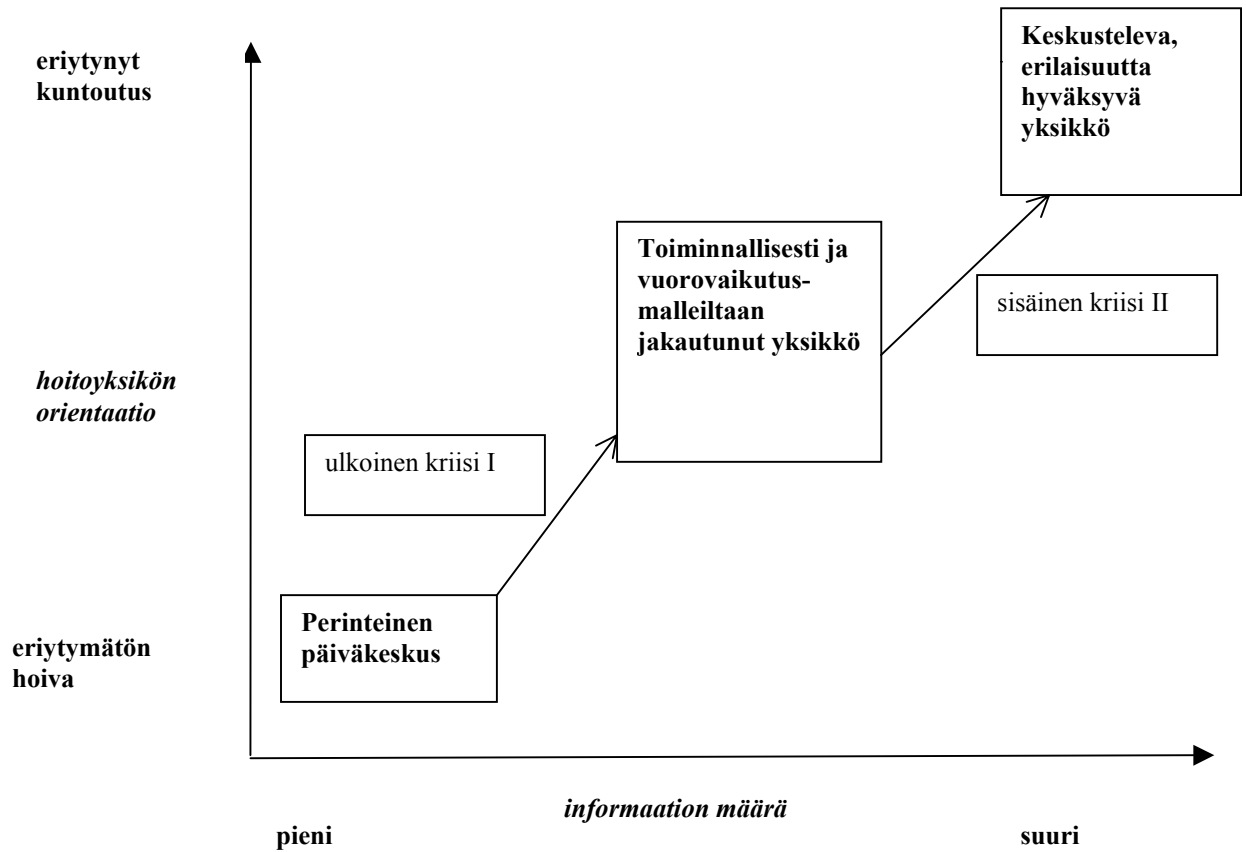
Kahden vuoden aikana tutkittavassa yksikössä on opittu paljon. Kaikissa vaiheissa on jouduttu runsaasti miettimään ja keskustelemaan asioista ja sopimaan yhdessä linjauksista sekä pysymään niissä. Se on tämänkaltaisen hoidon toteuttamisen välttämättömin edellytys. Avoin keskustelu ja asioiden yhdessä jakaminen on ehdottoman tärkeää. Tiukat struktuurit eli säännöt, joiden sisällä kuitenkin pyritään toteuttamaan yksilöllisyyttä, ovat työn ehdoton edellytys. Asiakaslähtöisyydestä huolimatta asiakas ei voi määritellä hoitonsa sisältöä mm. seuloja ja lääkityksensä määrää, sillä viime kädessä hoidosta vastaa henkilökunta. Asiantuntijuus hoidossa kuuluu henkilökunnalle. Hoidollisissa keskusteluissa on tärkeää suora ja yksinkertainen kommunikointi ilman turhia jaarituksia, sillä narkomaani näyttäisi kokevan turvalliseksi kommunikaation selkeyden niin, että siinä ei ole tilaa erilaisille väännoille. Hoidon tulee olla yksinkertaista ja perustua realismille. Tulevaisuudessa tarvitaan vielä kevyempiä hoitoja kuin tutkittavan yksikön tarjoama ylläpitohoito, mutta myös niihin tulee sisältyä tiukka valvonta. Asiakkailta tulee vaatia vastuunottoa omasta käytöksestä. Hoitoon tulon ja hoidossa olon kriteerit tulisi määritellä selkeämmin.

Kahden vuoden havaintojakson aikana muotoutui yksikön toimintakulttuuri ja asiantuntijuus, mutta sen muotoutuminen vei aikaa yli puolitoista vuotta. Luovuus, ennalta määräämättömyys, turvattomuus ja arvaamattomuus ja yksinäisyys kuvasivat toimintaa parhaiten. Työntekijöiden sitoutuneisuus oli kuitenkin suurta. Tunnettiin, että oltiin aloitettu pioneeritoimintaa ja että toiminnalla on vaikutusta asiakkaiden terveydentilaan ja arkielämässä selviytymiseen. Opittiin toimimaan ryhmänä ja tukemaan toinen toisiaan.

Päiväkeskus oli toiminut omana linnakkeenaan vuosia. Vajaan kahden vuoden aikana hoitoyksikön orientaatio kehittyi eriytymättömästä hoivan tuottamisesta eriytyneeseen kuntoutusorientaatioon. Vuorovaikutuksellinen vaihto lisääntyi, kun tuli hallinnollinen päätös toimintaorientaation muuttamiseksi. Seurasi ensimmäinen kriisivaihe, ulkoapäin tuotettu kriisi, jossa yksikkö jakautui selvästi kahtia: päiväkeskusasiakkaisiin ja heidän työntekijöihinsä sekä metadoniasiakkaisiin ja heidän työntekijöihinsä.

Noin vuoden kuluttua erillisyys kriisiytti hoitoyhteisön dynamiikan ja myös käsityksen siitä, mikä on hyvää huumehoitoa osin vaikean asiakastapauksen seurauksena. Seurasi sisäsyntyinen kriisi. Vaihdon ja vuorovaikutuksen lisääntyminen (työstä oppiminen, koulutus, vierailut, vertailut ja keskustelut) auttoivat siirtymään seuraavaan vaiheeseen, jonka tuloksena syntyi keskusteleva, erilaisuutta sietävä, eriytynyttä huume kuntoutusta tuottava yksikkö. Selviytymisessä auttoi tiedon sekä vuorovaikutuksen lisääntyminen. Vuorovaikutus lisääntyi ja rehellistyi työntekijöiden että työntekijöiden ja asiakkaiden kesken.

Kuvio 1 Yksikön muuttuminen eriytymättömän hoivan tuottajasta eriytyneen huume kuntoutuksen toteuttajaksi.



7.2 Ylläpitohoidon toteuttamisen ongelmakohtia ja kehittämisehdotuksia

Erilaisten selvitysten ja tutkimusten mukaan hoitoihin liittyy monenlaisia ongelmia.

Hoidotta olevien ja hoitoon jonottavien opiaattiriippuvaisten subjektiivisia käsityksiä huumehoidoista selviteltiin haastatteleamalla tammikuussa 2002. Selvityksessä haastateltiin 30 hoidon ulkopuolella olevaa tai hoitoon jonottavaa opiaattiriippuvaista. Selvityksen mukaan narkomaanit toivoivat informaatiota hoidon vaiheista ja säännöistä ja sääntöjen rikkomusten seuraamuksista. He toivoivat ihmisarvoista kohtelua, ja informaatiota haettavista etuuksista. He olivat myös sitä mieltä, että Suomessa ei osata hoitaa narkomaaneja yksilöllisesti. Parasta hoitoa olisi heidän mielestään buprenorfiinihoito. (Selvitys opioidiriippuvaisten hoidontarvekyselystä 2002, 24.) Hoidoissa tulisi ottaa myös huomioon yksilölliset tarpeet esimerkiksi koulutus-, työssäkäynti- ja lapsenhoitokysymykset. Opiaattiriippuvaisten hoidontarvekyselyn mukaan huumehoidot ovat liian usein kontrollipainotteisia. Seulojen nähtiin olevan tarpeen, mutta niiden antotilanteet nähtiin nöyryyttävinä. Kannabikseen toivottiin erityissuhtautumista. Hoitotoimet nähtiin nöyryyttävinä, esimerkiksi huumetesttiin jonottaminen. Myöhästymisistä ja siitä, jos jäi pois ilmoittamatta, rangaistiin. Jatkuva epäileminen oli asiakkaiden mielestä nöyryyttävää (Mt. 21.)

Hoidontarvekyselyn mukaan pitkään heroiniä käyttäneet näkivät metadonihoidon samana kuin heroinin käyttö. Metadonin käyttäjät nähtiin flegmaattisina, jotka eivät pysty mihinkään arjen toimintoihin. Lääkityksen tasossa nähtiin olevan vikaa. (Selvitys opiaattiriippuvaisten hoidontarvekyselystä 2002, 19.) Myös eräs metadonihoidossa käyvä asiakas kertoi lehden haastattelussa seuraavaa: ”Metadoni on kuin heroini. Kaikkien asiantuntijalausuntojen mukaan olisi pitänyt kuntoutua jo kauan sitten ja tehdä töitä kokopäiväisesti. Myös metadonista voi tulla riippuvaiseksi. Kun medoniannosta pienennetään joutuu käyttämään diapameja. Kukaan minun tuntemistani metadonisteita ei ole selvinnyt normaalielämään takaisin”. (Lesonen, 2002, 41.)

Nuorvalan tutkimuksessa asiakkaat kritisoivat varsinaista hoidon sisältöä harvoin eikä ainakaan kovin ankarasti. Muutamassa tapauksessa haastateltava oli keskeyttänyt itselleen

sopimattomaksi kokemansa hoidon. Osa haastatelluista valitti hoidon sisällyksettömyyttä. Hoidossa olo koettiin passiivisena, yksinäisenä, tyhjänä, virikkeettömänä ja tapahtumaköyhänä olotilana. Kaivattiin enemmän mahdollisuuksia aktiivisiin terapeuttisiin ja muihin keskusteluihin työntekijöiden kanssa. Arvosteltiin työntekijöiden vetäytyneisyyttä ja toivottiin toiminnallisempaa vapaa-aikaa. Toisaalta saatuihin palveluihin oltiin tyytyväisiä. Koettiin, että työntekijät olivat kiinnostuneita asiakkaistaan ja heidän ongelmistaan ja heillä oli riittävästi aikaa kommunikointiin. (Nuorvala 1999, 31-32.)

Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimuksen mukaan työntekijöiden mielestä hoidon ongelmakohtia ovat resurssien vähäisyys, asiakaskunnan moniongelmaisuus sekä tiedon ja kokemuksen vähäisyys. Monet vastaajat arvioivat oman toimipaikkansa resurssit riittämättömiksi suhteessa kuntoutuksen suuriin tarpeisiin ja vaativiin tavoitteisiin. Panostaminen erityisesti korvaushoitoasiakkaiden psykososiaaliseen kuntoutukseen muun asiakaskunnan rinnalla koetaan vaikeana. Asiakkaiden tarpeet ovat usein rajattomia, ylimitoitettuja ja nopeasti vaihtuvia. Asiakkaat ovat hankalia, vaativia ja impulsiivisia. Moniongelmaisuus, sekakäyttö ja vaihtelevat elämäntilanteet koettelevat suunnitelmallista hoitosuhdetta. Monet vastaajat tuntevat omat vaikutusmahdollisuutensa asiakkaiden elämänolosuhteisiin varsin rajallisina. Myös työntekijöiden erilaiset käsitykset hyvästä hoidosta voivat aiheuttaa ristiriitoja. (Jokinen ja Tourunen 2003, 17.)

Tutkimassani yksikössä STM:n asetuksen epämääräisyys aiheutti erilaisia asiakkaiden ja työntekijän välisiä ristiriitatilanteita esimerkiksi säännöistä ja hoitokäytännöistä. Päiväkeskuksessa ongelmiksi nostettiin asiakkaiden rajattomuus, säännöistä piittaamattomuus, jatkuva valittaminen ja asiakkaiden elämän pyöriminen lääkkeiden ympärillä. Tutkittavassa yksikössä ongelmana ylläpito-hoidon psykososiaalisen työn toteuttamisen suhteen on se, että jotkut asiakkaat näkevät ylläpito-hoidon sellaisena, jossa ei tarvita psykososiaalista tukea eikä siinä myöskään saa olla mitään velvoitteita kuten huumetestauksia. Asiakas voi katsoa, että hän saa käyttäytyä miten tahansa ja säännöt vain alentavat hänen elämänlaatuansa. Asiakas voi myös olla sitä mieltä, että hänen ei tarvitse tulla sovituille ajoille eikä vähentää laittomien huumeiden käyttöä, mutta pitkiä lomia olisi saatava. Asetus kuitenkin velvoittaa psykososiaaliseen työhön, hoitosuunnitelmiin ja lomiin, jos asiakas on hoitomyönteinen. Hoitomyönteisyyden yksi mittari on puhtaat huumetestin tulokset.

Myös ylempien virkamiesten tietämättömyys käytännöistä ja asiakaskunnasta nähtiin päiväkeskuksessa ongelmana. Se näkyi epärealistisina ohjeistuksina, joita oli käytännössä vaikea toteuttaa. Päättäjien ja työtä ohjeistavien henkilöiden tulisi olla tietoisia, millaisissa olosuhteissa ja millaisista lähtökohdista yksiköissä työtä tehdään. Huumeongelmaisen hoidossa asiakaslähtöisyyttä oli joskus vaikea toteuttaa lääkehakuisuuden ja hoitotoimenpiteistä kieltäytymisen vuoksi. Ongelmiksi nähtiin myös arvostuksen puute, joka näkyy myös työstä saatavassa rahallisessa korvauksessa.

Työntekijät kokevat opiaattiriippuvaisten lääkkeellisen hoidon erittäin raskaana ja vaativana työnä. Hoito on hyvin intensiivistä ja pitkäaikaista; asiakkaiden hoito saattaa kestää vuosikymmeniä. Työntekijän on jaksettava olla asiakkaan tukena päivästä toiseen. Asiakassuhde on erittäin intensiivinen paitsi sen pitkäaikaisuuden takia myös siksi, että siihen liittyy myös hyvin paljon tunteita. Asiakkaiden rajattomuus ja uhkaava käytös tekivät asiakassuhteesta haastavan.

Jokisen ja Tourusen (2003, 18) tutkimuksessa työntekijät toivoivat lisäkoulutusta ja tietoa korvaushoidon yleisistä periaatteista, asiakkaan kohtaamisesta, vuorovaikutuksesta ja hoitosuhteen luomisesta. Eri terapiamenetelmistä sekä työelämään valmentavasta koulutuksesta haluttiin myös lisää tietoa. Toivottiin myös lisää resursseja, henkilökuntaa, tiloja, aikaa, projekteja, yhteistyötä. Suurin huoli työntekijöillä oli voimavarojen vähäisyydestä psykososiaalisen hoidon järjestämisessä. Työntekijöiden määrää, koulutusta ja työnohjausta tulisi lisätä. Myös päiväkeskuksessa toivottiin kunnollista resursointia niin tilojen kuin henkilökunnankin suhteen. Narkomaanien kohtaamisesta ja mielenterveyskysymyksistä toivottiin koulutusta. Kaikki näkivät työnohjauksen olevan työn välttämätön edellytys.

Päiväkeskuksen ylläpitohoito oli kahden vuoden aikana käynyt läpi monenlaisia vaiheita. Hoidon alussa tapahtuneen hämmennyksen jälkeen hoito on tullut osaksi päiväkeskuksen toimintoja. Alussa työntekijät kokivat suurta yksinäisyyttä ja epävarmuutta. Vaikea asiakastapaus opetti monenlaisia hyödyllisiä asioita. Se pakotti tutkiskelemaan ja opiskelemaan, mikä olisi hyvää asiantuntijuutta ja kuinka sitä tulisi käytännössä toteuttaa. Arjen kokemukset opettivat kuitenkin eniten. Tuloksena on, että kahden vuoden jälkeen sekä asiakkaat että työntekijät voivat hyvin. Työntekijät ovat sitoutuneet työhönsä ja haluavat sitä tehdä, mutta turvallisuuden eteen on vielä tehtävä rakenteellisia uudistuksia. Tärkein kokemus

on se, että vaikeasta alusta huolimatta työyhteisö voi oppia tekemään todellista yhteistyötä ja oppia seisomaan toinen toistensa rinnalla.

Päiväkeskuksen ylläpito-hoidon toteuttamisen perusta pätkinänkuoressaan on hoitosopimus ja siihen liittyvä sääntöjen noudattaminen (lääkkeenjakoajat, seulojen anto pyydettyessä sekä asiallinen käyttäytyminen). Työtä toteutetaan tiiminä. Tärkeää on jämäkkyys sekä suora kommunikointi asiakkaan kanssa. Työ on paljolti asiakkaan arjen tukemista. Asiakas nähdään vastuullisena teoistaan, mutta rikkeet hoidossa eivät ole hoidon este, vaan ne selvitetään ja sovitellaan ja sen jälkeen niitä ei muistella. Katse suunnataan tulevaisuuteen.

Työntekijöiden mielestä ylläpito-hoidolle on monia kehittämishaasteita. STM:n lääkkeellisiä hoitoja koskevassa asetuksessa voitaisiin määritellä tarkemmin joitakin hoidon sisältöjä ja periaatteita. Päättäjien tulisi tutustua toimintoihin. Suurempi johdon sitoutuneisuus ja tuki olisivat tärkeitä työntekijöiden sitoutuneisuudelle sekä jaksamiselle. Johdon tehtävänä tulisi olla ryhmän pitäminen kasassa ja toimintakuntoisena huolehtimalla heidän työhyvinvoinnistaan. Yksiköiden tulisi saada olla mukana jo toimintojen suunnitteluvaiheessa. Yksilötyönohjauksen tulisi kuulua kaikille lääkkeellisissä huumetyössä työskenteleville. Lyhennetty työaika olisi perusteltua jaksamisen kannalta. Palkan ja työn vaativuuden suhteuttaminen toisiinsa olisi tärkeää. Turvallisuusnäkökohdat tulisi huomioida yksiköissä nykyistä paremmin. Yhteistyö muiden samaa työtä tekevien tahojen kanssa ja avoin keskustelu kentän ongelmista olisi tärkeää. Jatkuva koulutus on ehdoton edellytys. Kansainvälisten kokemusten vaihto olisi myös hyödyllistä.

Kirjallisuus

- Aarnos, Eila 2001. Kouluun lapsia tutkimaan: Havainnointi, haastattelu ja dokumentit. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus. Jyväskylä. Sivut 144-158.
- Aho, Kaija 2002. Heroiinkuolemat vähentyneet rajusti. Helsingin sanomat 16.1. 2002.
- Ahokas, Hanna 2002. Luento Korvaus- ja ylläpitoahoista Järvenpään sosiaalisairaalassa 6.5.02.
- Ahrne, Göran 1993. Delvis människa, delvis organisation. Sociologisk forskning 30 (1). Sivut 59-67.
- Alasuutari, Pertti 1989. Erinomaista rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Painokaari. Helsinki.
- Alasuutari, Pertti 1994. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.
- Alasuutari, Pertti 1998. An invitation to social research. Sage Publications. London.
- Aro, Antti 2001. On niin kiire, ettei ehdi tehdä mitään. Edita. Helsinki.
- Auriacombe, Marc 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. France. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 119-129.
- Borgman, M 1998. Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat? Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Stakes tutkimuksia 95. Jyväskylä.
- Brown, Andrew D. 1995. Organisational culture. Pitman. London.
- Burroughs, William 1987. Nisti. Romaani. Karprint ky. Huhmar.
- Davoli, Marina & Patruno, Fabio & Camposeragna, Antonella 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Italy. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 145-152.
- Douzenis, Athanassios 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Kreikka. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 95-102.
- Ege, Peter 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Denmark. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 60-67.

Engeström, Yrjö 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus Oy. Helsinki.

Eskola, Jari ja Vastamäki, Jaana 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus. Jyväskylä. Sivut 24-43.

Euroopan unionin huumausainestrategia 1999. Euroopan unionin huumausainestrategia vuosille 2000-2004. Euroopan unionin neuvosto.

Fabritius, Carola ja Granström, Veikko 1999. Huumeriippuvuuden korvaushoito. Moniste.

Fabritius, Carola 2002. Luento korvaus- ja ylläpitohoidoista: metadoni 6.5. 02 Järvenpään sosiaalisairaalassa.

Farrell, Michael & Howes, Samantha 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. United kingdom. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 254-263.

Fook, Jan 2000. Practice and research in social work. Towards an inclusive approach for social work research. University of Luton.

Fook, Jan 2001. Linking theory, practice and research. Critical social work 2 (1) Sivut 1-9.

Forsberg, Hannele 1998. Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahdesta lastensuojelun asiantuntijakulttuurista. Lastensuojelun keskusliitto. Helsinki.

Forster, Nick 1994. The analysis og company documentation. Teoksessa Cassell, Catherine & Symon, Gilliam (Toim.) Qualitative methods in organisaional research. A practical guide. Sage publications. London.

Gerlach, Ralf 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Germany. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 69-88.

Granfelt, Riitta 1993. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnove & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli. Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan keskusliitto. Jyväskylä. Sivut 177-222.

Granström, Veikko 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Finland. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 222-227.

Granström, Veikko 2002. Luento Huumehoitoa Meilahdessa 15 vuotta – seminaarissa 6.6.2002 Biomedicumissa.

Griseri, Paul 1998. Managing values. Ethical change in organisations. Macmillan press ltd. London.

Grönfors, Martti 1985. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY. Juva.

Grönfors, Martti 2001. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus. Jyväskylä. Sivut 124-144.

Hakkarainen, Pekka 1992. Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja N:o 42. Helsinki.

Hakkarainen, Pekka 1998. Suomalaisen huumeidenkäyttäjän muotokuva. Duodecim 20 (114): 2094-2095.

Hakkarainen, Pekka 2000. Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. 31/2000. Stakesin monistamo. Helsinki.

Hakkarainen, Pekka 2002. Huumeekulttuurin muutos ja huumekuolemat. Teoksessa huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus yliopistopaino. Helsinki. Sivut 110-137.

Hakkarainen, Pekka 2002. Huumeet ja hyvinvointivaltiollisen kehityksen muutos lehtien pääkirjoituksissa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (6). Sivut 531-551.

Hall, David & Hall, Irene 1996. Practical social research. Project work in the community. Macmillan press ltd. London.

Hammersley, Martyn ja Atkinson, Paul 1996. Ethnography. Principles in practice. Routledge. London.

Hartley, Jean F. 1994. Case studies in organisational research. Teoksessa Cassell, Catherine & Symon, Gilliam (Toim) Qualitative methods in organisational research. A practical guide. Sage publications. London.

Hein, Ritva & Ruuth, Paula & Virtanen, Ari 2002. Paheneva päihdeongelma rasittaa hoitojärjestelmää yhä enemmän. Dialogi 5/2002. Sivut 20-21.

Helsingin sanomat.2003. Algidoniin sekoitettu vesi tappaa narkomaanin vähitellen. Helsingin sanomat 50 vuotta sitten 8.1.1953. Uudelleen Helsingin Sanomissa 8.1.2003.

Heiske, Pirkko 1997. Hyvinvointia työyhteisöön. Yrityskirjat Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka ja Hurme, Helena 1993. Teemahaastattelu. Gaudeamus. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelu teoria ja käytäntö. Helsinki University Press. Helsinki.

Holopainen, Antti 2001 a. Luento korvaus- ja ylläpitoahoitoista Järvenpään sosiaalisairaalassa 10.12.01.

Holopainen, Antti 2001 b. Treatment programs with buprenorphine. Moniste.

- Holopainen, Antti 2002. Luento korvaus- ja ylläpitoahoista Järvenpään sosiaalisairaalassa 6.5.02.
- Huotari, Kari 1999. Positiivista elämää. HIV-tartunnan saaneiden selviytyminen arjessa. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Hurme, Toivo 2002. Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huumeapolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (5) Sivut 415-422.
- Hurme, Toivo 2002b. Rikollinen, potilas vai anonyymi asiakas? Huumeaineiden ongelmakäyttäjän ristiriitainen identifiointi. Sosiologia 39 (4) Sivut 296-308.
- Hurme, Toivo 2003. Kansanterveys ennen kaikkea – Ranskan huumeapolitiikan suuntaviivoja. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2). Sivut 194-196.
- Hurme, Toivo 2003b. Haittojen vähentämisen häilyvyys huumeapolitiikassa. Tiimi 2/2003. Sivut 18-20.
- Häkkinen, Ilmo 2002. Miten perinteinen päihdehoito voi ja miten sen pitää uudistua? Luento Päihdeseminaarissa 13.11.2001 lääninhallituksen auditoriossa.
- Hänninen, Jorma 2001. Luento sosiaalityön ammatillisen lisensiaattikoulutuksen seminaarissa 16.11.01.
- Hätinen, Kimmo ja Kukkonen, Pasi 2003. Toimintaa ja yhteistyötä marginaaliryhmässä. Tiimi 1/2003. Sivut 1-6.
- Jokinen, Päivi ja Tourunen, Jouni 2003. Periaatteet ja käytännöt kunnossa – tietoa, koulutusta ja voimavaroja kaivataan lisää. Tiimi 1/2003. Sivut 15-18.
- Jokinen-Virta, Arja 2002. Alkoholi ykköspäihde. Sosiaaliturva 12/2002. Sivut 4-6.
- Juhila, Kirsi. Sosiaalityö marginaalissa 2002. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen; Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Sivut 11-20.
- Juuti, Pauli 1992. Yrityskulttuurin murros. Aavaranta –sarja nro 31. Tampere.
- Kanerva, Hannele 2002. Psykososiaalinen hoito lääkkeellisen hoidon osana. Päihdelääketieteen yhdistyksen ja A-klinikkasäätiön luento 2.5.02
- Karvinen Synnove 2000. Sosiaalityön tutkimuksen metodologiset jännitteet. Teoksessa Karvinen, Synnove & Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) Sosiaalityön tutkimus. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä. Sivut 1-30.
- Kaukonen, Olavi 1992. Päihdehuollon päivätoiminta Suomessa 1990: Sosiaalipolitiikan pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Kaukonen, Olavi 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes tutkimuksia 107. Saarijärvi.

Kaukonen, Olavi 2001. Päihdekuntoutuksen tuloksellisuus ja vaikuttavuus. Moniste.

Kaukonen, Olavi 2002. Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus yliopistopaino. Helsinki. Sivut 137-167.

Kauppinen, Jaana 2003. Myötätuntouupumus työn kuormittavana tekijänä. Luento 11.11. 2003 Malmin sosiaalialan oppilaitoksessa.

Kemppainen Tarja, Koskinen Esko, Pohjola Anneli ja Urponen Kyösti 1998: Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen julkaisusarja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 28. Rovaniemi.

Kemppinen, Juha 2003. Huumepotilaan lääkkeetön hoito – päihteiden käytön lopettaminen ja päihdelogiikan murtaminen. Suomen lääkärilehti 58 (35). Sivut 3466-3467.

Kevätsalo, Kimmo 1999. Jäykät joustot ja tuhlatut resurssit. Vastapaino. Tampere.

Knuuti, Ulla 2003. Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa. Luento Järvenpään diakonia-ammattikorkeakoulussa 12.12.03.

Koivuranta, Eija 2001. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kraft, M. Katherine 1997. Are supplementary services provided during Methadone maintenance really costeffective. AM J Psychiatry 54 (9). Sivut 1214-1219.

Kuipers, Hans 2000. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. The Netherlands. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 177-188.

Kuoppasalmi, Kimmo 2002. Luento Järvenpään sosiaalisairaalassa 6.5.02.

Laapio, Marja-Liisa 2000. Evaluaatio vailla vakinaista asuntoa ry:n yökahvilatoiminnasta. Poliisi ammattikorkeakoulun tutkimuksia 10/2000. Oy Edita Ab. Helsinki.

Lahdenmäki, Ari 2003. Huumeiden viihdekäyttäjät saamassa uutta valistusta. Helsingin sanomat 30.3.2003.

Laine, Kaarlo 1997. Ameba pulpetissa. Koulun arkikulttuurin jännitteitä. Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 13. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Laine, Pekka 2003. Suomen huumeipolitiikka etsii sopua. Suomen lääkärilehti 58 (36). Sivut 3576-3577.

Laine, Pekka 2003. Subu on hyvä renki, mutta huono isäntä. Suomen lääkärilehti 58 (45). Sivut 4622-4623.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Lapintie, Pyry 2003. Porilaislääkäriltä oikeudet kirjoittaa huumereseptejä. Helsingin sanomat 28.12.03.

Lehto, Juhani 1991. Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkärin, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotuksien vaikutuksesta. Sosiaali- ja terveyshallitus tutkimuksia 1/1991. Helsinki.

Lepistö, Jaana 2002. Päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointi. Luento Päihdelääketieteen yhdistyksen sekä A-klinikkasäätiön torstaikoulutuksessa 4.4.02.

Lesonen, Rosita 2002. Metadoni on kuin heroini. Hymy 11/2002. Sivut 39-41.

Lindberg, Marjut 2002. Terveystenhuollon eettinen kuormittavuus kasvoi. Helsingin sanomat 18.12.02

Linberg, Marjut 2003. Professori Mikko Salaspuro vaatii lisää lääkettä narkomaaneille. Helsingin Sanomat 8.1.2003.

Ling, Walter 2000. Opiate dependence: Handbook for recovery using buprenorphine. Los Angeles Addiction research center. Los Angeles. Käännös: Holopainen Antti.

Marsch, L A 1998. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. Addiction 93. Sivut 515-532.

Montonen, Jyri 2001. Luento Järvenpään sosiaalisairaalassa 10.12.01

Murto, Lasse 2002. Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvissä ympäristöissä. Teoksessa huumeidenkäyttäjän hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus. Helsinki. Sivut 167-193.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Mäkelä, Klaus 2002. Huumeiden käyttäjien korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 67 (2). Sivut 176-179.

Mäkelä, Klaus ja Poikolainen, Kari 2001. Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta. Yhteiskuntapolitiikka 66 (4). Sivut 360-365.

Mäkelä, Rauno 1998. Huumeipotilaan pitkäaikainen kuntoutus. Duodecim 1998: 114(20):2129. Katsaus. [Http://195.236.0.10/ltk-root/fi/htm/DUO/D80443.HTM](http://195.236.0.10/ltk-root/fi/htm/DUO/D80443.HTM). Tulostettu 29.8.2002.

Määräykset opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta erällä lääkkeillä 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö 1998: 42. Helsinki.

Niiranen, Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen; Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 63-81.

Nilson, Margareta 2000. Substitution treatment in the European Union: An overview and recent trends. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 1-40.

Nuorvala, Yrjö 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumausaineiden käyttäjän silmin. Stakes aiheita 26/1999. Helsinki.

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001: 21. Helsinki.

Palosuo, Eija 2002. Normaaliuden terrori – tee työtä tai itke. Dialogi 6/2002. Sivut 16-18.

Partanen, Juha 2002. Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa huumeidenkäyttäjän hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus. Helsinki. Sivut 18-29.

Perälä, Jussi 2002. Hidasta ja nopeaa – Heroiinin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa huumeidenkäyttäjän hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus. Helsinki. Sivut 68-110.

Petrelus, Päivi 2002. Sosiaalityöntekijänaiset – Marginalisoituja toimijoita työelämässä? Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen; Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 188-213.

Pienimäki, Anneli 2002. Alkoholi- ja huumeongelman psykososiaalinen hoito on samanlaista. Sosiaaliturva 12/2002. Sivut 6-7.

Pienimäki, Anneli 2003. Huumehoidossa erilaisia vaihtoehtoja. Helsingin sanomat 6.3.03.

Pietarinen, J 1993. Itsemääräämisen periaate. Teoksessa Pietarinen, J. (Toim.) Itsemääräämisoikeus. Turun yliopisto. Turku.

Principles of effective treatment 2002. Teoksessa Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. NIDA. www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf. 3.12.02

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Päihdetyö sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa 1999. Sosiaalihuollon käsikirja 14. Päihdehuolto, so 14:1. Terveystieteiden yleiskirje 300.

Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2002:3. Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.

Pösö, Tarja 1993. Kolme koulukotia: tutkimus tyttöjen ja poikien poikkeavuuden määrittelykäytännöistä koulukotihoidossa. Väitöskirja Tampereen yliopisto. Tampere.

Raitakari, Suvi 2002. Sosiaalityön marginaalistatus – Asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 44-63.

Rapeli, Pekka 2003. Korvaushoitopotilaiden kognitio. Luento monitieteisessä tutkimusseminaarissa korvaushoidoista Järvenpään ammattikorkeakoulussa 12.12.2003.

Robson, Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet – opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Moniste.

Romana, Anneli 1999. Kaarinan kaupungin sosiaaliosaston työntekijöiden työssä jaksaminen. Lisensiaattitutkielma. Työ- ja organisaatiopsykologian erikoispsykologi koulutus. Turun yliopisto. Turku.

Roos, Jea Pekka 1988. Elämäntavasta elämänkertaan. Tutkijaliitto. Helsinki.

Repo, Päivi 2002. Subutex-hoito vieroittaa heroiinista parhaiten. Helsingin sanomat 23.8.2002.

Repo, Päivi 2001. Hoitoihin annettavan lisärahan pelätään edistävän huumeongelmaa. Helsingin sanomat 12.9.2001.

Saarela-Kinnunen, Maria ja Eskola, Jari 2001: Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus. Jyväskylä. Sivut 158-170.

Saarnio, Pekka 2001. Mitkä tekijät vaikuttavat terapisuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 66 (3). Sivut 224-232.

Salaspuro, Mikko 2001. Torstaikoulutus lääkkeellisistä hoidoista A-klinikkasäätiöllä 13.12.2001.

Salaspuro, Mikko 2002. Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (5). Sivut 453-462.

Salaspuro, Mikko 2002b. Opiaattiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. Suomen lääkärilehti 57 (51-52). Sivut 5183-5189.

Salaspuro, Mikko 2003. Olemme kaikki vastuussa. Suomen lääkärilehti 58 (47). Sivut 4856-4857.

Salasuo, Mikko ja Rantala, Kati 2002. Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus. Helsinki. Sivut 38-68.

Sarvanti, Tapani 1997. Huumepolitiikka ja oikeudenmukaisuus. Stakes tutkimuksia 83. Jyväskylä.

SBU 2001. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammanställning. Volym 2. Elnders Graphic systems. Stockholm.

Talli, Riikka 2002. Pulaa huumehoitopaikoista liioiteltu. Helsingin sanomat 4.8.2002.

Tammi, Tuukka 2002. Onko Suomen huume politiikka muuttunut? Teoksessa Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, Olavi ja Hakkarainen, Pekka. Gaudeamus. Helsinki. Sivut 208-226.

Tarkki, Jarmo 1996. Yksilöiden oikeus itsemääräämiseen. Teoksessa Yksilö modernin murroksessa. Hautamäki, Antti (toim.) & Lagerspetz, Eerik & Sihvola, Juha & Siltala, Juha & Tarkki, Jarmo. Gaudeamus. Tampere. Sivut 205-244.

Tervola, Marjut 2003. Lääkkeellä vai ilman? Helsingin sanomat 13.7.03.

Toikko, Timo 2002. Marginaalit ja sosiokulttuurisen työn mahdollisuudet. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 272-285.

Torrens, Marta 2000. Rewieving current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Spain. EMCDDA insights series 2000/3. Luxembourg. Sivut 107-115.

Tourunen, Jouni 2000. Epäilyksen polttopisteessä. Tutkimus päihdekuntoutusosastosta vankilassa. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipolitiikan laitos. Stakes sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus tutkimuksia 112. Saarijärvi

Tuomola, Pekka 2003. Hankalan potilaan lääkehoito. TABU lääkeinformaatiota Lääkelaitokselta –lehti 2/2003. Lääkelaitos lääketurvaosasto. Sivut 4-6.

Turtiainen, Saija 2004. Luento opiaattiriippuvaisten korvaushoidoista 16.3.2004 Espoossa.

Törmä, Sinikka & Kinnunen, Riitta & Huotari, Kari & Nieminen, Jarmo 2002. Mäkin oon ihminen. Erityispalvelut hi-positiivisille huumeiden käyttäjille Kluuvien palvelukeskuksen toiminnan arviointi. Sosiaalikehitys Oy. Hämeenlinna.

Törmä, Sinikka & Huotari, Kari & Inkeroinen, Tiia 2003. Kurvi 24h. Helsingin diakonissalaitoksen Kurvin huume poliklinikan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys Oy. Hämeenlinna.

Törmä, Sinikka & Huotari, Kari & Inkeroinen, Tiia 2003b. Helsingin päihdehuollon palvelujen ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys Oy. Hämeenlinna.

Törrönen, Maritta 1999. Lapsen arki laitoksessa. Elämistila lasten kodissa ja sairaalassa. Helsinki university press. Helsinki.

Valokivi, Heli 2002. Toimiva asiakkuus – Kriminaalihuollon palveluohjauskokeilu naisasiakkaiden kertomana. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 164-188.

Verster, Annette ja Bunning, Ernst 2000. Methadone guidelines. <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/guidelines.htm> 28.11.02

Virkki, Juha 1997. Mitä annettavaa kulttuurintutkimuksella olisi sosiaalipolitiikalle? Janus 1997/2. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. Sivut 135-144.

Vartiovaara, Ilkka 1996. Burnoutista jaksamiseen. Aika itkeä – aika iloita. Otava. Helsinki.

Vironkannas, Elina 2002. Normaalien merkitykset huumehoitoyksikön nuorten puheessa. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Sophi. Jyväskylä. Sivut 125-145.

Vironkannas, Elina 2003. Seulat ja huumeuuren ura. Huumetestien saamat merkitykset hoitoyksikön asiakkaiden puheessa. Yhteiskuntapolitiikka 68 (3). Sivut 257-269.

Virtanen, Ari 2001. Huumausainetilanne Suomessa 2001. Tilastoraportti 8/2001. Stakes. Helsinki.

Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta 2000. EMCDDA, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Euroopan unionin virallisten julkaisujen toimisto Luxemburg. Brysseli.

Waddington, David 1994. Participant observation. Teoksessa Cassell, Catherine & Symon, Gillian (Toim) Qualitative methods in organisational research. A practical guide. Sage publications. London.

Liite 1 Päihdepalvelujärjestelmä

Kunnan päihdestrategia

Sisältää ehkäisevän päihdetyön

Määrittelee kuinka päihdepalvelut kunnassa järjestetään.

Antaa kuntalaiselle tietoa mm. siitä, mistä päihteiden käyttäjä voi hakea apua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut avohoidossa

Terveyskeskukset

Sosiaalitoimistot

Mielenterveystoimistot

Työterveyshuolto

Oppilaspalvelu

Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito

A-klinikat

Nuorisoasemat ja päihdepysäkit

Terveysneuvontapisteet

Päiväkeskukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut – laitoshoido

Sairaaloiden vuodeosastot

Psykiatrinen sairaalahoito

Asumispalvelut

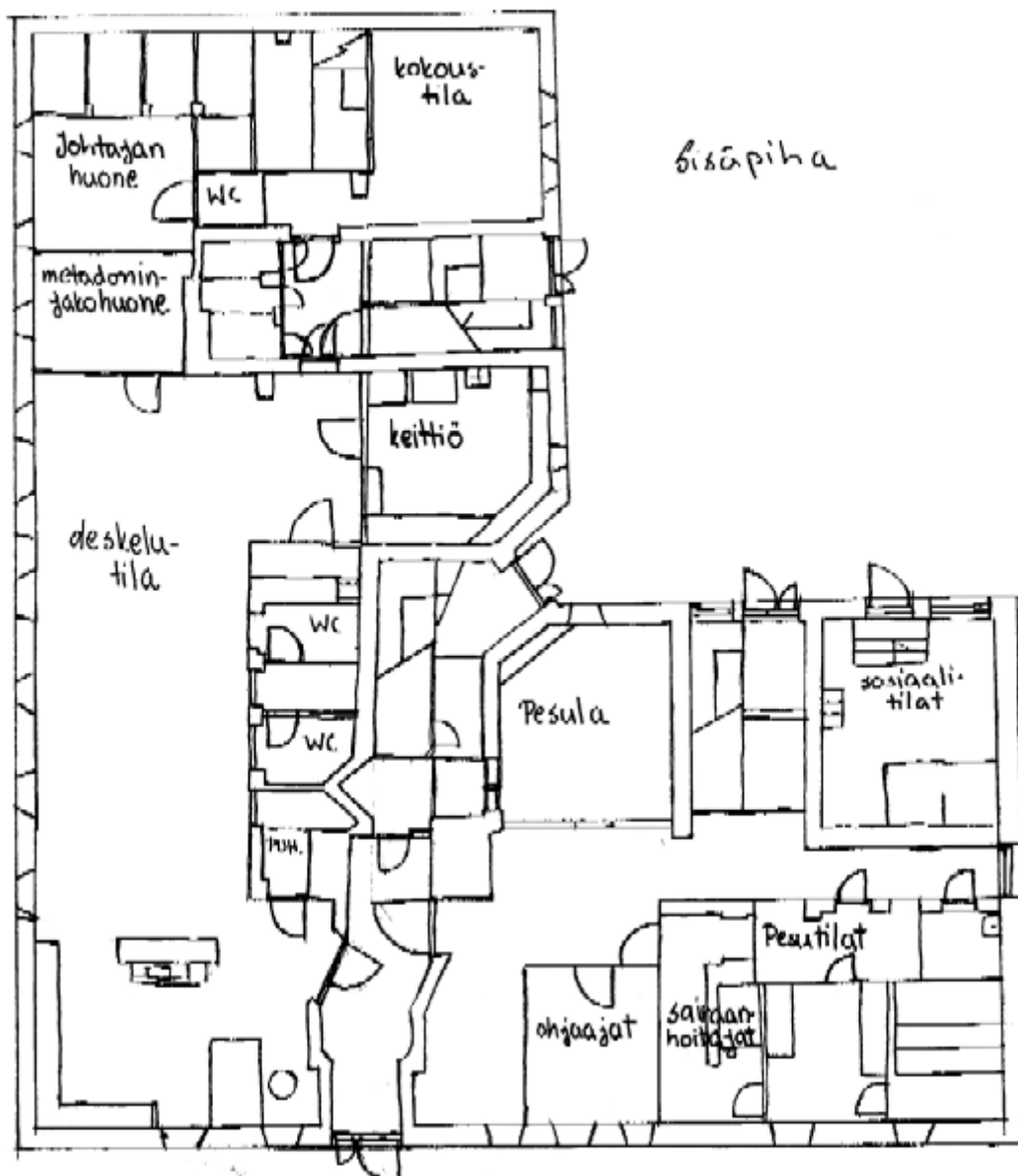
Päihdehuollon erityispalvelujen laitoshoido

Kuntoutuslaitokset

Katkaisuhoitoasemat

Asumispalvelut

Liite 2 Pohjapiirros



Liite 3 Päiväkeskuksen ylläpito-hoidon hoitotyön filosofia

Käytännön hoitotyö nousee aina teoreettisesta viitekehyksestä. Olemme tarkastelleet hoitotyötä humanistisesta näkökulmasta. Näemme ylläpito-hoidon lähtökohtana yksilöllisyyden. Tämä tarkoittaa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista sekä huomioimista. Sen tavoitteena on haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen.

Ihmiskäsitys

Hoitotyötä ohjaa ihmiskäsitys. Metadoni-ylläpito-hoidossa olevan ihmisen pääasiallinen ongelma on opioidiriippuvuus. Opioidiriippuvaisen ihmisen ongelmat ovat hyvin moninaisia; fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Näin ollen Rauhalan malli ihmiskäsityksestä on keskeisessä asemassa hoitotyössä. Se koostuu kolmesta kokonaisuudesta; tajunnallisuus, kehollisuus ja elämäntilanteellisuus. Myös ajallisuus liittyy tähän kokonaisuuteen. Ihmiskäsityksemme mukaan kaikkia kolmea osa-aluetta on hoidettava samanaikaisesti hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi.

Tajunnallisuus pitää sisällään ihmisen kokemuksia ja ajatuksia asioista ja tapahtumista. Tähän liittyy voimakkaasti minäkuva ja käyttöaikainen narkomaanin identiteetti. Erilaiset kivun ja pahanolon tuntemukset ilmenevät jokapäiväisessä elämässä. Hoidon pyrkimyksenä on kannustaa asiakasta omatoimisuuteen, itsehallintaan sekä lisäämään onnistumisen ja ilon kokemuksia.

Kehollisuudessa korostuvat anatomiset ja fysiologiset toiminnot. Hoidossa olevalla saattaa olla hygienia-, uni-, ruoansulatus- ja ravitsemusongelmia sekä vuorokausirytmien muutoksia. Kipu fyysisenä kokemuksena huonontaa elämänlaatua.

Elämäntilanteellisuus tarkoittaa ihmisen kokemuksia todellisuudesta oman elämäntilanteen ja niiden tuomien merkitysten kautta. Ihmisellä on elämässään tiettyjä suhteita ja tilanteita, joihin ei ole voinut vaikuttaa ja vastaavasti myös sellaisia elämäntilanteita, joita on itse valinnut.

Ajallisuus nousee esiin erilaisina kokemuksina menneisyydestä. Merkitykset muuttuvat elämänhistorian ja kokemusten myötä. Tuntemalla ihmisen menneisyyttä hän tulee tutummaksi, voimme ymmärtää paremmin hänen käyttäytymistään. Hoitotyössä tapahtuvaa kohtaamista nykyhetkessä voidaan kutsua tulevaisuuden rakentamiseksi ihmisen henkilökohtaisten valintojen kautta. Niihin ratkaisuihin mitä ihminen tekee nykyhetkessä vaikuttavat hänen aikaisemmat kokemuksensa ja niiden merkityssuhteet. Ylläpitohoidossa olevalle asiakkaalle tulisi antaa riittävästi aikaa ja tilaa sopeutua muutoksiin sekä henkilökohtaisiin prosesseihin.

Humanistiset arvot

Ylläpitohoidossa korostuvia arvoja ovat; huolenpito, altruismi, tasa-arvo ja ihmisarvo. Ylläpitohoidon tavoitteena on vähentää huumeidenkäyttöä ja parantaa elämänlaatua sekä ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja. Asiakkaita kohdellaan tasa-arvoisesti huomioiden heidän henkilökohtaiset tarpeensa, intressinsä ja voimavaransa. Jokaisella ihmisellä on oikeus omien voimavarojensa mukaiseen elämään, asiakkaan omista tavoitteista lähtien. Peruslähtökohtana on kaikkien asiakkaiden ihmisarvon kunnioittaminen, huolimatta siitä millainen heidän menneisyytensä on ollut. Jokaisella asiakkaalla on oikeus hyvään ja tasapuoliseen hoitoon. Asiakkaalla on velvollisuuksia hoidon suhteen. Osoittaessaan hyvää hoitomyöntyvyyttä asiakas ansaitsee lomapäivän, jolloin hänen velvollisuus on huolehtia lääkkeen oikeasta säilytyksestä.

Liite 4 Hoitosopimus metadoni-ylläpitohoidosta

Ylläpitohoidon tavoitteena on huumeidenkäytön vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Asiakas sitoutuu tekemään ratkaisuja näiden päämäärien hyväksi ja asiakas sekä henkilökunta sitoutuvat olemaan yhteistyössä niiden saavuttamiseksi.

Metadonin ja psykykenlääkkeet hoidon aikana määrää päiväkeskuksen hoitava lääkäri.

Päiväkeskuksessa annettavat lääkkeet otetaan tietyinä sovittuna ajankohtana.

Hoidon aikana asiakkaan tilaa seurataan virtsa- ja verinäyttein, jotka asiakas on velvoitettu antamaan.

Tarvittaessa asiakas antaa erillisen luvan henkilökunnalle hankkia asiakkaan hoitoa koskevia potilaskertomustietoja.

Päihtyneelle annetaan metadonilääkitys erillisen ohjeistuksen mukaan.

Asiakas voidaan tarvittaessa lähettää oheiskäytön vieroitushoitoon tai muuhun päihdehoitoon.

Huumeiden jatkuva oheiskäyttö ja toistuva päihtyneenä esiintyminen päiväkeskuksessa voivat johtaa hoidon lopettamiseen.

Väkivallalla uhkailu ja väkivaltainen käyttäytyminen sekä huumausaineiden myynti ja ostaminen päiväkeskuksessa tai sen välittömässä läheisyydessä johtavat aina arvioon hoidon lopettamisesta.

Tähän sopimukseen voidaan tehdä muutoksia ja täydennyksiä yhteisellä päätöksellä asiakkaan tai päiväkeskuksen aloitteesta.

Asiakkaalla on mahdollisuus käyttää päiväkeskuksen muita palveluja.

Sitoudun noudattamaan omalta osaltani tätä hoitosopimusta.

Helsingissä / 2002

Allekirjoitus

Työryhmän puolesta

Liite 5 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Henkilötiedot

Omahoitaja

Varahoitaja

Esitiedot

Erillissopimukset

Ongelmat

Tavoitteet

Voimavarat

Keinot / suunnitelma

Arviointi

Vapaa sana

Hoidon lopetus, jatkohoidot jne.

Päivämäärä

allekirjoitukset

Liite 6 viikko-ohjelma

klo	maanantai	tiistai	keskiviikko	torstai	perjantai	lauantai	sunnuntai
7.00	Keskus Aukeaa	Keskus Aukeaa	Keskus Aukeaa	Keskus Aukeaa	Keskus Aukeaa		
7.30							Keskus Aukeaa
7.45-8.30		Lääkäri		Lääkäri			
7.30-10.00	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat		Lääke ja seulat
10-11	Ajanvar. keskustelut	Ajanvar. keskus- telut	Ajanvaraus- keskustelut	Ajanvara- uskeskus- telut	Ajanvara- uskeskus- telut	Keskus Aukeaa	7.30-13.00
11.30- 12.15		Lomako kous	Akupunktio				
12.15- 12.45	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat	Lääke ja seulat		
13.00	suljetaan	suljetaan	suljetaan	suljetaan	suljetaan	suljetaan	
13.30							suljetaan

Käytetyt lyhenteet

HUS= Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri

TEO= Terveystieteiden tutkimuskeskus

Tutkimuksessa on viitattu seuraaviin hoito- ja kohtaamispaikkoihin:

Vailla vakinaista asuntoa ry:n Yökahvila Kalkkers

Diakonissalaitoksen Munkkisaaren palvelukeskus

Diakonissalaitoksen Kurvin huumehoitopoliklinikka

Aineiston merkitsemistavat

Haastattelujen merkinnät:

H1: Haastattelu metadonihoitajan kanssa

H2: Haastattelu päiväkeskustyöntekijän kanssa, joka tekee myös metadonityötä

H3: Haastattelu metadonityöntekijän kanssa

H4: Haastattelu päiväkeskustyöntekijän kanssa, joka tekee myös metadonityötä

H5: Haastattelu päiväkeskustyöntekijän kanssa, joka tekee myös metadonityötä

H6: Haastattelu päiväkeskustyöntekijän kanssa, joka tekee myös metadonityötä

Havainnointi on merkitty päivämäärämerkinnällä.

Työntekijöille tehtyä ”kyselyt” on merkitty suluin ja numeroin (1). Numero viittaa kyselyn juoksevaan numeroon.

Työntekijöiden kirjoitukset ovat nimetty tapausselostuksiksi.

Käytettyä sanastoa

Abstinenssi, päihteettömyyden tavoite.

Lomapullo on metadoniannospullo, jonka asiakas saa mukaansa, niin ettei hänen tarvitse tulla sitä hakemaan hoitopaikasta. Esim. asiakas saa seuraavan päivän annospullon mukaansa edellisenä päivänä.

Seula on virtsatesti, josta tutkitaan esimerkiksi käytettyjen huumausaineiden jäämiä.

Toleranssi, jonkin aineen sietokyvyn kasvu, niin että sitä tarvitaan suurempia määriä tavoitetilän aikaansaamiseksi.