



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Päihdekuntoutujan hoitoprosesseja

Nyström, Talvikki

2014 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Päihdekuntoutujan hoitoprosesseja

Talvikki Nyström
Terveysten edistämisen koulutusoh-
jelma, johtaminen perhekeskeises-
sä työssä, ylempi ammattikorkea-
koulututkinto

Opinnäytetyö
Marraskuu, 2014

Talvikki Nyström

Päihdekuntoutujan hoitoprosesseja

Vuosi

2014

Sivumäärä

86

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päihdekuntoutujien hoitoprosesseja. Tavoitteena oli kehittää päihdekuntoutujan hoitoprosessia, toimintatapoja, hoitoprosessin kulkua ja sen sujuvuutta. Kokemusasiantuntijoilta kerättiin tietoa ja kehittämisideoita. Saadun tiedon avulla asiakkaan perhe on mahdollista huomioida paremmin hoitoprosessin aikana ja se voidaan ottaa mukaan hoitoon. Kehittämisideoita ja tietoa kerättiin myös hoitohenkilökunnalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli rakentaa erään Suomen kaupungin mielenterveys- ja päihdepuolustajien yhdelle yksikölle päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvaus.

Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössä olivat: millainen on päihdekuntoutujan hoitopolku, miten perheen tuki vaikuttaa ja mikä on sen merkitys päihdekuntoutujan hoitopolulla, millaista on asiakkaan saama hoito ja hänen luottamuksensa hoitotahoon, miten asiakkaan oma hoitomotivaatio vaikuttaa hoitoon. Opinnäytetyö on laadullinen arviointitutkimus. Tiedonkeruun menetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Kerätty aineisto on analysoitu narratiivisen analyysin ja aineistosta keskeisten teemojen esiin nostamisen avulla. Päihdekuntoutujien kokemuksia ja kertomaa on kuvattu narratiivisten kertomusten, hoitoprosessikuvausten ja aineistosta nousseiden keskeisten teemojen käsittelyn välityksellä.

Tutkimustulosten mukaan perheen tuella oli merkittävä vaikutus päihdekuntoutujien hoitopolkujen sujumiseen. Tulokset osoittivat, että päihdekuntoutujan hoidossa omaisten mukanaolo oli melko vähäistä. Omaisten mukanaolo päihdekuntoutujan hoitopolulla näyttäytyi suurimmaksi osaksi omaisen aktiivisuutena päihteitä käyttävän perheenjäsenen hoitoon hakeutumisen tukemisessa ja hoitoon saattamisena. Omaisten mahdollisuuksien parantaminen osallistua hoitopolun prosessiin nähtiin tärkeänä. Hoitopolut rakentuivat jokaisen päihdekuntoutujan kohdalla hyvin eri tavoin ja niissä oli toisistaan poikkeavia jatkumia. Kaikkien kuntoutujien hoitopoluilla oli nähtävissä yhtenevästä tekijänä liian tauot hoitojen välillä. Tulosten mukaan tekijät, jotka vaikuttivat hoitoa tukevassa mielessä hoitopolun sujumiseen, koskivat pääosin sitä, miten hoitohenkilökunta suhtautui päihdekuntoutujaan ja hänen hoitoonsa. Päihdekuntoutujan hoitoprosessin kehittämisessä nähtiin tärkeänä läheisverkoston säännöllinen kartoittaminen ja hyödyntäminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa. Läheisverkosto koettiin hoitoa tukeväksi ja asiakkaan kuntoutumista edistäväksi. Tutkimustulokset toivat esiin kehitystarpeita laitoshoidosta avohoitoon sujuvan siirtymisen varmistamisessa. Viranomaistahojen entistä tiiviimmän yhteistyön kehittäminen ja verkostotyönteon tehokkaammaksi muokkaaminen koettiin tärkeäksi. Kokemusasiantuntijoiden mukaan päihdekuntoutujan hoitopolkua tulee kehittää siten, että asiakkaan perheellä on parempi mahdollisuus osallistua asiakkaan hoitoon. Tulokset osoittivat, että kaikki tutkimushaastatteluihin osallistuneet toivat esille jatkotuen tarpeen hoitajaksojen jälkeen niin, ettei kuntoutuja jää tyhjän päälle. Intensiivisen kuntoutuksen päätyttyä tuen järjestäminen on ensiarvoisen tärkeää, jottei hoitajakumo katkea yhtäkkiä.

Asiasanat: päihdekuntoutus, päihderiippuvuus, hoitoprosessit, prosessikuvaus, narratiivinen tutkimus

Talvikki Nyström

Treatment processes for a substance abuse rehabilitee

Year	2014	Pages	86
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the treatment processes for substance abuse rehabilitee. The aim was to further develop the treatment process and the fluency of the process as well as the ways of working in substance abuse rehabilitation. General information and improvement ideas were gathered from the rehabilitee as experience experts. With this information it is possible to consider better the rehabilitee families and participate them more during the treatment process. Improvement ideas and information was also gathered from the medical staff. The research questions in this study were: what is the treatment path of a substance abuse rehabilitee like, how does the support of a family affect and what is the significance of the support in the treatment path of a substance abuse rehabilitee, what kind of treatment is given to the rehabilitee and whether the rehabilitee trusts the treatment institution, how does the motivation of the rehabilitee affect the treatment.

This thesis is a qualitative evaluation study. The method for data collection was theme interviews. The gathered material was analyzed by narrative analysis and by raising central themes from the material. The experiences and feedback of the substance abuse rehabilitees has been described with the help of narrative feedback, treatment process descriptions and evaluations of the raised themes.

According to the findings the support of families had a significant impact on the fluency of the substance abuse rehabilitees treatment path. The findings showed that the involvement of the relatives during the treatment path was relatively low. The involvement of relatives during the treatment path appeared mainly to be guiding the rehabilitee to seek for treatment and accompanying them to the actual treatment. Increasing the possibilities of involving the relatives to the treatment path was regarded as important. The treatment paths were built very differently for every substance abuse rehabilitee and the paths contained different continuities. Too long breaks between the treatments were seen as a common factor for all the treatment paths of the rehabilitees. The findings show that the factors that supported the fluency of the treatment path were mainly concerned with how the medical staff reacted to the substance abuse rehabilitee and his/her treatment. In the development of the treatment process of the substance abuse rehabilitee the regular identification and utilization of the people close to the rehabilitee was considered important. It was seen as supporting and promoting the treatment of the rehabilitee. The findings of the study raised improvement needs to ensure the fluent transition from in-patient to outpatient. The development of closer cooperation between authorities and modifying the networking methods to become more efficient were seen as important according to the findings. According to the experience experts the treatment path of the substance abuse rehabilitee should be developed in such a way that there would be more possibilities to participate the relatives to the treatment. The findings showed that all of the interviewed participants introduced the need of followup care after the treatment period has ended so that the rehabilitee would not be left alone. After the intensive treatment period it is vital to organize support so that the continuity of the treatment is not broken suddenly.

Keywords: substance abuse rehabilitation, substance abuse, treatment process, process description, narrative study

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Päihderiippuvuus.....	8
2.1	Riippuvuus ja päihteiden käyttö.....	8
2.2	Alkoholiriippuvuus.....	11
2.3	Huumeriippuvuus.....	14
3	Päihteitä käyttävien palvelut.....	16
3.1	Katkaisuhoito- ja vieroitushoitopalvelut.....	16
3.2	Kuntoutuspalvelut.....	18
3.3	Jatkohoitopalvelut.....	21
4	Päihteitä käyttävien hoitoprosessi.....	21
4.1	Hoitoprosessi.....	21
4.2	Omaisets hoitoprosessissa.....	25
4.3	Prosessikuvaus.....	29
5	Opinnäytetyön tausta.....	33
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	33
7	Opinnäytetyön tutkimukselliset lähestymistavat.....	34
7.1	Arviointitutkimus.....	34
7.2	Narratiivinen lähestymistapa.....	35
8	Opinnäytetyön toteutus.....	38
8.1	Aineiston hankinta.....	38
8.2	Aineiston analyysi.....	41
9	Tutkimustulokset.....	44
9.1	Päihdekuntoutujien hoitopolut.....	44
9.1.1	Annin polku.....	44
9.1.2	Matin polku.....	46
9.1.3	Pekan polku.....	48
9.1.4	Marjatan, omaisen tarina.....	50
9.2	Yhteenveto hoitopoluista.....	51
9.2.1	Perheen tuki ja sen merkitys.....	51
9.2.2	Asiakkaan saama hoito ja luottamus hoitotahoon.....	54
9.2.3	Asiakkaan oma hoitomotivaatio.....	57
10	Tutkimuksen luotettavuus.....	58
11	Tutkimuksen eettisyys.....	65
12	Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä.....	68
	Lähteet.....	77
	Liitteet.....	82

1 Johdanto

Kuluneiden vuosikymmenien aikana alkoholinkäyttö on Suomessa lisääntynyt huomattavasti. Verrattaessa 1960-luvun alkuun, alkoholin kulutus asukasta kohden on nelinkertaistunut. Kulutus on lisääntynyt viime vuosikymmenenä edelleen. Alkoholin ongelmakäyttö on yleistä, mutta valtaosalle suomalaisista se ei aiheuta haittoja ja haittariski on suhteellisen vähäinen. Kuitenkin Terveys 2000-tutkimus osoittaa, että 30-64 -vuotiaista miehistä 17 % ja naisista 5 % täytti joko alkoholiriippuvuuden, riskikäytön tai haitallisen käytön kriteerit. Suomessa alkoholiriippuvuus on kansansairaus, se on siis hyvin tavallista. (Aalto 2010, 11.) On hyvin surullista ja huolestuttavaa, että jopa jo nuorten humalahakuihin juomiseen suhtaudutaan huumorilla ja sitä vähätellään. Kuitenkin muita vaikeita sairauksia aiheuttaviin riskitekijöihin suhtudutaan vakavuudella. Ihmisen kohdatessa riippuvuuden, siitä syytetään häntä itseään. Päihderiippuvuus on yksi yleisimpiä kroonisia sairauksia ja riippuvuuteen liittyvistä ongelmista kukaan meistä ei ole tietämätön. Päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin asenteisiin puuttumiseen tulisi suhtautua vakavasti, jotta ihmiset ymmärtäisivät sairastumisriskin myös omalla kohdallaan. Jos ihminen altistaa itsensä riittävän pitkälle ja runsaalle päihteiden käytölle, hän ei voi välttyä riippuvuudelta. (Korhonen 2013, 111-112.)

Päihdepalveluiden tarve kasvaa jatkuvasti ja niin nopealla tahdilla, ettei siihen ehditä vastaamaan. Sosiaali- ja terveystalvueluista on vähennetty määrärahoja ja asiakasmäärät kasvavat edelleen. Voidaan puhua jo maailmanlaajuisesta, ei ainoastaan Suomea koskettavasta ilmiöstä, koska päihteiden aiheuttamat ongelmat ovat lisääntyneet. Maailman terveysjärjestön raportin mukaan noin 76 % riippuvaisista jää ilman tarpeenmukaista hoitoa. (Holmberg 2010, 20.) Jotta suhtautuminen, ajattelu, asenteet ja toiminta päihderiippuvuuksista kärsiviä ihmisiä kohtaan muuttuisi, tulisi sisäistää ja ymmärtää, että päihteiden vuosia kestänyt käyttö sairastuttaa. Päihderiippuvuudesta kärsivä sairastaa fyysisesti ja psyykkisesti vaurioittavaa kroonista sairautta. Sairastumisensa lisäksi ihminen joutuu syyllistymään jatkuvasti ja kamppailemaan riittävästä ja sopivasta hoidosta. Hän joutuu perustelemaan paranemishalukkuuttaan uudestaan ja uudestaan, eikä välttämättä ymmärrä mitä paraneminen omalla kohdalla tarkoittaa, koska on jo niin syvällä riippuvuuden otteessa. (Korhonen 2013, 69-70.)

Ymmärtääksemme päihteenkäytön ilmiötä meidän on tärkeää tunnistaa ja tietää sen taustalla mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä. Elämäntapojen ja yhteiskunnan muutosprosesseissa ihmiset pyrkivät löytämään erilaisia keinoja selvitä muutoksessa ja sen aiheuttamasta turvattomuudesta, ahdistuksesta, epätietoisuudesta, stressistä, pelosta ja muutoksien aiheuttamista epävarmuudentunteista. Eri päihteet, kuten lääkkeet, huumeet tai alkoholi saatetaan valita selviytymiskeinoksi. Päihteidenkäyttö saattaa muodostua pakonomaiseksi tyydytyksen lähteeksi. Tällöin voidaan puhua kielteisestä riippuvuuskäyttäytymisestä. Päihdeongelmainen käyttää päihteitä sen vuoksi, että hän kokee aina joitakin välittömiä positiivisia seurauksia

käyttäessään päihteitä. Päihteet ja niiden käyttö ovat tavalla tai toisella läsnä jokaisen suomalaisen elämänpiirissä. Kuitenkin päihteiden käytön ongelmat ja säätely ovat usein jääneet päihdehuollon asiantuntijoiden huoleksi. Noin joka viidennen terveydenhuollon asiakkaan käynti liittyy välillisesti tai välittömästi päihteisiin. Ihmisen kokema riippuvuus on samalla tavalla kokonaisvaltainen ilmiö kuin itse ihminenkin. Päihderiippuvuudessa on vaikeaa erottaa toisistaan elämäntilanteen, kehon ja tajunnan ilmentymiä. Hyvään hoitotyöhön kuuluu näiden kaikkien eri alueiden ja puolten käsitteleminen yhdessä asiakkaan ja ehkä hänen läheistensä kanssa. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 5, 19 ; Smith & Meyers 2004, 97.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihdekuntoutujien hoitoprosesseja. Tavoitteena on saada tietoa päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan päihdekuntoutujan hoidon kehittämiseksi. Tavoitteena on kehittää päihdekuntoutujan hoitoprosessia, sen kulkua ja sujuvuutta sekä toimintatapoja. Tietoa opinnäytetyöhön koostetaan päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan. Lisäksi kokemusasiantuntijoilta, tässä opinnäytetyössä päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan, saadaan tietoa ja kehittämisideoita, joiden avulla asiakkaan perhe huomioidaan asiakkaan hoitoprosessin aikana ja voidaan ottaa mukaan hoitoon. Tietoa ja kehittämisideoita saadaan myös hoitohenkilökunnalta. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös rakentaa erään Suomen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdelle yksikölle päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvaus. Opinnäytetyössä kuvataan päihdekuntoutujien kokemuksia ja kertomaa narratiivisten kertomusten avulla. Hännisen ja Valkosen (1998, 3) mukaan kuntoutumiseen liittyviä prosesseja on monissa tutkimuksissa viime vuosina tarkasteltu narratiivisesta näkökulmasta. Tarinallinen tutkimus pyrkii tuomaan lääketieteellisen tiedon rinnalle tietoa siitä, miten sairastunut ihminen kokee elämäntilanteensa ja mitä merkityksiä sairaus antaa ihmisen kokemukselle.

Luottamuksellisen ja tukevan hoitosuhteen luominen on edellytys päihdeongelmaisen ihmisen kuntoutumisen onnistumiselle. Päihdekuntoutukseen liittyvissä tutkimuksissa on havaittu, että hoitosuhteen tulee olla nimenomaan asiakkaan näkökulmasta tukeva ja luottamuksellinen. Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot ovat erittäin tärkeitä hyvän asiakassuhteen muodostumisen kannalta. Apua hakiessaan päihteidenkäyttäjät on haavoittuvimmillaan, joten hoitotyöntekijältä vaaditaan hienovaraisuutta ja sensitiivisyyttä. Päihteidenkäyttäjille tulisi olla tarjolla mahdollisimman matalan kynnyksen paikkoja, joista hakea apua jo aikaisessa vaiheessa. Päihdeongelmaisen kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että myös hoitotyöntekijä on motivoitunut ja sitoutunut asiakkaan kuntoutumisprosessiin. Päihdekuntoutujien ei tulisi kohdata kehoauttamista ja mielivaltaa, eikä asiakkaiden hoidon onnistumista tule ennustaa. Päihdekuntoutuksessa tarvitaan eettisesti vahvoja hoitotyöntekijöitä, jotta asiakkaat saisivat parhaan mahdollisen tuen ja avun kuntoutumisprosessissaan. (Hyytinen 2008, 90, 92, 103.)

2 Päihderiippuvuus

2.1 Riippuvuus ja päihteiden käyttö

Jokainen meistä voi altistua päihderiippuvuudelle ja sairastua siihen. Tähän johtaa riittävän pitkäaikainen ja runsas päihteiden käyttö. Alussa ihmisen elämänhallinnan tunne säilyy. Riippuvuus on saanut alkunsa silloin, kun runsaan ja säännöllisen päihteiden käytön jatkuessa seuraa pakonomaiselta tuntuva tarve käyttää jatkuvasti päihteitä. (Korhonen 2013, 123.)

Riippuvuudesta voidaan puhua silloin, kun ihmisellä on pakonomainen tarve käyttää jatkuvasti niitä aineita, joihin riippuvuus kohdistuu. Riippuvuuden myötä ihminen menettää sen, mitä alun perin lähti päihteiden avulla tavoittelemaan - elämänhallintansa ja valinnanvapautensa. Silloin, kun ihminen on päihteistä riippuvainen ei ole enää selvää, kumpi oli ensin päihteiden väärinkäyttö vai vaikeudet. Päihteiden käytön syyt ja seuraukset sekoittuvat riippuvuuskäytön myötä. Päihderiippuvuus on päihtymystilojen ja ahdistustilojen kierre, jossa riippuvainen hoi-taa syyllisyyttään, kolhujaan ja ongelmiaan uusilla päihdeannoksilla. Riippuvaisen ihmisen ajatellaan olevan vastuuton ja riippuvuussairaus mielletään ihmisen omaksi valinnaksi. Ihmi-sen ajatellaan tietoisesti tai tahallaan ajautuneen kyseiseen tilanteeseensa. Koska riippuvai-nen on valinnut käyttäytymistavan, joka on terveydelle vaarallinen ja tuhoisa, usein ajatel-laan, että riippuvainen valitsee sairauden. (Korhonen 2013, 10, 40, 109, 168, 197 ; Ryytänen & Myllykangas 2000, 148.)

Lääkäri Heikkilä (1995, 11, 18) kuvaa kirjassaan, Riippuvuus - valheiden verkko, riippuvuuden olevan illuusio ihmisen omasta kyvystä ja voimasta hallita elämäänsä. Riippuvuutta aiheuttava aine peittää kaiken muun alleen tuottaen erittäin voimakkaan mielihyvän tunteen riippuvai-selle. Riippuvuuden voidaan katsoa olevan neuroosi, suljettu ympyrä, joka toistaa itseään. Riippuvuus kehittyy salakavalasti huomaamatta ja ajan kuluessa. Riippuvuuteen kuuluu asioi-den vääristely, kieltäminen ja salailu. Riippuvuuteen paetaan ahdistavaa elämäntilannetta ja tunteita ja sen avulla pyritään hallitsemaan niitä. Riippuvainen ihminen on täysin riippuvuu-tensa vallassa ja hän on täysin voimaton riippuvuutta vastaan. Sisäinen pakko, riippuvuuden ääni ohjaa ja hallitsee elämää.

Pohjois- Kalifornialainen tohtori Jampolsky (2012, 16) määrittelee riippuvuutta addiktiivisen persoonallisuuden kehittymisen ja syntymisen avulla. Etsimällä onnellisuutta itsemme ulko-puolelta, uskomme löytävämme ja saavamme sen, mitä tarvitsemme ja haluamme. Riippuvai-sen, addiktiosta kärsivän ihmisen toiminnan katselu voi ulkopuolisista ja läheisistä tuntua täy-sin käsittämättömältä. Tuntuu uskomattomalta, että riippuvainen ei näe addiktiotaan ja tee sille jotakin. Addiktoituneen ihmisen pitää koossa nimenomaan kieltäminen ja sen vuoksi riip-puvainen sallii itsensä jatkaa ja kiihdyttää addiktiotaan. Samalla riippuvainen pysyttelee tie-

tyllä tavalla irrationaalisessa ajattelutavassa, joka mahdollistaa edellä mainitun toiminnan. Kieltäminen on addiktiivisen persoonallisuuden keino estää ihmistä näkemään omaa tilannettaan ja tosiasioita. Ihmisen ollessa addiktiivisen persoonallisuuden otteessa elämä on kärsimystä ja se ei ole enää ihmisen itsensä hallittavissa ja ihminen aiheuttaa tuskaa läheisilleen. (Jampolsky 2012, 40, 43, 113.)

Alkoholiriippuvuudesta keskusteltaessa ihmetellään ja otetaan kantaa siihen, että miksi ihminen ei lopeta, vaikka haitat ja ongelmat kasaantuvat. Helppo on sanoa: ”Päihderiippuvaisen oma syy, kun ei lopeta!” Tässä vaiheessa riippuvainen on ylittänyt kynnyksen ja ei enää kykene tekemään asialle mitään omin voimin. Riippuvuus on saanut ihmisen tiukkaan otteeseensa. Tämä vaihe on kuitenkin kovin petollinen, koska perhe ja läheiset alkavat pelastaa. He poistavat oireita ja esteitä, jotka ovat kuitenkin varoitusmerkkejä tulevasta. Tällöin ihmiselle annetaan vapaat kädet alkoholin käytön jatkamiseksi. On liian myöhäistä moralisoida siinä vaiheessa, kun ihminen on jo sairastunut ja riippuvuus vahvistunut. Siinä vaiheessa, kun ihmisellä ”alkaa mennä lujaa”, asiaan on viimeistään puututtava. On huolestuttavaa, että ”lujaa meno” vaiheessa yleinen suhtautuminen on huumoripitoista ja hyväksyvää. (Korhonen 2013, 69-70.)

Huumeiden käytön kohdalla voidaan ajatella, että ihminen itse on syypää tilaansa, koska on kokeillut ja alkanut käyttää huumeita. Taas on helppo sanoa: ”Huumeiden käyttäjän oma syy, kun ei lopeta!” Sairastumisvaiheessa on myöhaistä syylistää ja hakea selityksiä nuoruudessa tehdyistä vääristä valinnoista. Tosiasia kuitenkin on se, että päihteiden ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttöä on mahdotonta hallita, jos siitä tulee säännöllistä. Säännöllisen käytön myötä sairaus kroonistuu. Päihteiden käyttö tulisikin lopettaa siinä vaiheessa, jossa ihminen itse päättää elämästään ja hallitsee vielä itse tahtotilansa. Silloin riippuvuus ei ole vielä ehtinyt kehittyä vakavalle tasolle. Huumeiden käytön alkuvaiheessa ihminen tuntee hallitsevansa elämänsä paremmin kuin koskaan ja tuntee, ettei käyttöä ei ole syytä lopettaa, koska kaikki on hallinnassa. Myöhemmin huumeiden käyttäjän halutessa lopettaa aineiden käytön kohtaa vaikeuksia. Hän ei ehkä kykenekään siihen, vaikka hän saisi apua, tukea ja hoitoa. (Korhonen 2013, 70-71.)

Psykologia määrittelee riippuvuuden pakkomielteenä, jolla on symbolinen merkitys. Riippuvuus on aina yhtä vaikea asia sitä sairastavalle ihmiselle, vaikka sitä tarkastelisi psykologian taikka molekyylibiologian kautta. Riippuvuus murtaa ihmisen moraalin ja luonteen. Aluksi riippuvuutta aiheuttava aine tuottaa mielihyvää, siitä voi nauttia ja toiminnan voi lopettaa ja palata taas takaisin normaaliin elämään. Nautinnollisista elämyksistä tulee itsetarkoitus toiminnan jatkuessa. Silloin muutos aivojen normaalitilaan vaatii kovasti ponnisteluja ja sen vuoksi riippuvuudesta luopumisen voidaan sanoa olevan hyvin pitkä ja vaikea prosessi. Vie

vuosia, että aivojen toiminta palaa normaaliksi. Fyysiset vieroitusoireet sen sijaan kestävät muutamista päivästä vuoteen. (Heikkilä 1995, 20.)

Päihteitä käyttäessään ihminen on joutunut tukahduttamaan tunteensa ja siksi erilaisia tunteita on ollut mahdoton tunnistaa. Tunteita on säädely ja tukahdutettu riippuvuuden pakottamana. Toipuneet huumeiden käyttäjät nimittävätkin riippuvuussairautta tunnesairaudeksi, koska tunteita ei ole kyetty kohtaamaan. (Korhonen 2013, 119.)

Päihteiden käyttäjä sairastaa kokonaisvaltaisesti hallitsevaa sairautta ja hän purkaa sisällään olevaa ahdistusta ympärillään oleviin ihmisiin. Häneltä puuttuvat keinot poistaa ahdistustaan rakentavan vuorovaikutuksen keinoin. Päihteiden käyttäjän perheellä ja läheisillä ei aina ole riittävästi tietoa riippuvuudesta ja sen kokonaisvaltaisuudesta. Riippuvuus imee käyttäjän ja myös läheisten voimavarat niin fyysisesti kuin henkisesti. Päihderiippuvuus vie ihmisen mukanaan. Riippuvuuden oireisiin jää kiinni myös päihteiden käyttäjän lähipiiri ja he joutuvat helposti symbioottiseen tilaan riippuvaisen kanssa. Tämän vuoksi perheen jäsenten onkin erittäin tärkeää pyrkiä selkeään ajatteluun ja vuorovaikutukseen riippuvaisen kanssa. Perheen ja lähipiiriin ei tulisi antaa myönnytyksiä riippuvaiselle. Hän, joka niin tekee on itse vastuussa tekemisistään ja niistä ei voi syyttää riippuvaista. Riippuvainen ihminen voi vaatia ja pyytää mitä tahansa. Entiset huumeiden käyttäjät ovat sanoneet, että vika on taudissa ja siksi sitä ei saa lähteä mahdollistamaan antamalla myönnytyksiä riippuvaiselle, vaan tarvitaan hoitoa ja tukea. Esteiden ja ongelmien poistaminen riippuvuussairaudessa heikentää riippuvaisen tahtotilaa ennestään niin, ettei hän kykene vastustamaan päihteitä ja niiden käytön jatkamista. (Korhonen 2013, 93, 96-98.)

Dahl ja Hirschovits (2002, 296) kuvaavat päihderiippuvuutta moniulotteisena ongelmana. Päihteiden käytön lopettamista edeltää yleensä hyvin pitkäkestoinen psyykinen muutosprosessi. Dahl ja Hirschovits havainnollistavat päihteiden käytön lopettamisen eri vaiheita ja sen vaikeutta eräänlaisen muutosprosessin vaihemallin avulla. Vaihemallin ensimmäinen vaihe on nimeltään esiharkintavaihe, jossa useimmiten hoitoon hakeutuneet asiakkaat tulevat hoitoon läheistensä toivomuksesta, ilman että he itse kokevat päihteiden käyttöönsä ongelmana. Vaihemallin toinen vaihe on kypsymisvaihe, jossa päihdeongelmainen tulee ”tutustumaan” päihdepalveluun ja kokeilemaan raittiutta epärealistisin hoidon tavoittein. Usein päihderiippuvaisella on tässä vaiheessa naiivi käsitys siitä, että ihmeperantuminen ja käytännön asioiden järjestely tapahtuu muutamassa päivässä ja useimmiten hoito päättyy keskeytykseen. Vaihemallin kolmas vaihe on konkreettisen toiminnan vaihe, jossa päihdeongelmainen mahdollistaa raittiutta esimerkiksi hoitamalla huumevelat ennen hoidon aloittamista sekä selkeyttää ihmishuuhdeasioitaan ja asuntoasioitaan. Neljäs vaihemallin vaihe on ylläpitovaihe, jossa päihdekuntoutuja keskittyy kuntoutuksen jälkihoidon sujumiseen ja yhteiskuntaan sopeutumiseen. Ylläpitovaiheen jälkeen päihdekuntoutuja voi käytännössä siirtyä vaiheeseen viisi, jossa näh-

dään kaksi erilaista haaraa. Toinen haara on muutos kohti raitista elämää ja henkilökohtaista kasvua. Toinen haara on retkahdus, josta seuraa siirtyminen takaisin vaihemallin ensimmäiseen vaiheeseen.

Tuntuvan osan ennenaikaisista kuolemista ja sairauksista Suomessa aiheuttaa päihteiden käyttö. Tavallisimmat päihdyttävässä tarkoituksessa käytettävät aineet Suomessa ovat alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, kannabis, amfetamiini, opiaatit ja liuotinaineet. (Poikolainen 2003, 42.) Päihteeksi määritellään aineet, joita nautitaan ilman terapeuttista tarkoitusta huumauksen tai nautinnon saavuttamiseksi. Päihteeksi määritellyt aineet aiheuttavat keskushermostovaikutuksista johtuvia psykologisia muutoksia ja korjaantuvia käyttäytymisoireita. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110.) Päihderiippuvuudesta toipuvan ihmisen tekemän muutoksen syvenemisen ja muutoksen säilymisen kannalta on olennaista se, että riippuvainen löytää elämälleen sisältöä. Sisältöä, jonka ansiosta addiktiosta saatu näennäinen tyydytys ja turva tulevat tarpeettomiksi. (Koski-Jännes 1998, 233.)

Päihderiippuvuudessa ja myös muissa addiktiossa ihmisen voidaan sanoa kärsivän pitkäkestoisesta motivaatiojärjestelmän häiriötilasta. Tällaisessa häiriötilassa riippuvainen alkaa suosia haitallista ja välittömästi palkitsevaa käyttäytymistä kohtuuttomasti. Sen vuoksi voidaankin todeta, että riippuvuusongelmissa on aina kyse myös motivaatio-ongelmista. Ihmisen motivaatiojärjestelmän voimat vaikuttavat niin tiedostamattomiin kuin tietosiinkin valintoihin. Motivaatiojärjestelmässä ilmeneviin ongelmiin puuttuminen vaatii tietämystä siitä, mikä vaikuttaa ihmisen haluihin ja valmiuksiin tehdä muutoksia omissa toimintatavoissaan. Päihderiippuvaisen tulee kokea kuntoutumisen aloittaminen itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi ja tavoitteet ovat motivoitumisen välttämätön ehto. Riippuvainen ihminen kamppailee kahden keskenään kilpailevan tavoitteen ristiriidassa. Toisaalta addiktiiviseen tapaan kiinnittynyt haluaa kokea toiminnasta saatavan helpotuksen ja mielihyvän tunteen. Toisaalta taas hän haluaa välttää siitä seuraavat syyllisyyden tunteet ja haitat ja päästä irti riippuvuudesta. Edellämainittujen tavoiteristiriitojen pohtiminen, punnitseminen ja mahdollinen ratkaiseminen edesauttavat riippuvaista ryhtymään muutoksen toteuttamiseen ja sitoutumaan siihen. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 7-9.)

2.2 Alkoholiriippuvuus

Alkoholi on käymisteitse tärkkelys- ja sokeripitoisista kasveista valmistettavaa väritöntä, vesiliukoista nestettä. Se imeytyy ruoansulatuskanavasta nopeasti kaikkiin kudoksiin ja aivoihin. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoa lamaavasti jo pieninäkin annoksina nautittuna, aiheuttaen muun muassa toimintojen kontrollin heikentymistä. (Dahl & Hirschovits 2007, 130.) Alkoholi (etanoli) luokitellaan farmakologisesti lamaavaksi lääkeaineeksi, joka tuottaa mielihyvää ja huumaavia keskushermostovaikutuksia. Alkoholiin kehittyy toleranssi sekä fyysinen ja psyykki-

nen riippuvuus, joka on seurausta alkoholin krooniseen käyttöön liittyvästä hermoston sopeutumisreaktiosta. (Kiianmaa 2003, 120.)

Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, jossa eri ihmisillä sen piirteet ja oireet painottuvat eri tavoin. Jatkuva alkoholin käyttö voi johtaa alkoholiriippuvuuteen ja taipumus riippuvuuteen periytyy. Alkoholiriippuvuus ilmenee käyttäytymisen muutoksena ja se on seurausta alkoholin aiheuttamista muutoksista yksilön aivoissa ja hänen tavassaan tuntea, ajatella ja havainnoida. Alkoholiriippuvuudessa on kyse enemmänkin psyykkisestä riippuvuudesta kuin yksinään fyysisestä riippuvuudesta. Riippuvuus on itse aiheutettu aivojen sairaus, joka kehittyy asteittain. Psyykinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia myös vieroitusoireiden ohi mentyä. Fyysisessä riippuvuudessa ihmisen alkoholin sietokyky on kohonnut ja henkilöllä on vieroitusoireita. Riippuvuuden myötä juomisen merkitys korostuu kohtuuttomasti alkoholiriippuvaisen elämässä ja se jatkuu haitoista huolimatta. Alkoholiriippuvuus on vaikein alkoholin ongelmakäytön muoto. Siinä ihminen ei pysty hallitsemaan juomistaan yrityksistään huolimatta, eikä estämään siitä tulevia haittoja. Alkoholin riskikäytössä ihminen juo liikaa ja se aiheuttaa huomattavan vaaran saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Riskikäytössä alkoholiriippuvuutta tai merkittäviä haittoja ei vielä esiinny, mutta alkoholin riskikulutuksen rajat ylittyvät. Riskikäyttö on käyttäytymistä, joka altistaa alkoholiriippuvuudelle ja alkoholin aiheuttamille sairauksille ja sosiaalisille haitoille. Alkoholin riskikäyttöä jatkaessaan ihminen voi saada alkoholin aiheuttamia psyykkisiä tai fyysisiä haittoja. Halutessaan riskikäyttäjä kykenee vähentämään juomistaan. Alkoholin haitallisesta käytöstä on kyse silloin, kun ihmisellä on jo selvästi tunnistettavissa olevia psyykkisiä tai fyysisiä haittoja, eikä hän siitä huolimatta vähennä alkoholin käyttöään haitan häviämiseksi. Useilla ihmisillä, joilla on todettu alkoholin aiheuttamia haittoja, täyttyvät myös riippuvuuden diagnostiset kriteerit. (Aalto 2010, 8-9 ; Kiianmaa 2010, 17, 23, 25.)

Alkoholiriippuvuuden kulku eri ihmisillä vaihtelee suurestikin ja riippuvuudesta voi toipua ilman hoitoa. Useimmiten toipuminen ilman ammattiapua ei kuitenkaan onnistu, mutta toiset voivat toipua vertaisryhmien ja läheisten avulla. Vain noin neljännes hakee hoitoa. Alkoholiriippuvaisten hoito voidaan jakaa vieroitus-, lääke- ja psykososiaaliseen hoitoon, jonka lisäksi on tarjolla vertaistukiryhmiä. Tilannekohtaisesti arvioidaan avo- ja laitoshoidon tarve. Usein on perusteltua käyttää samanaikaisesti sekä lääkehoitoa että psykososiaalista hoitoa. Jotta riippuvuutta voidaan hoitaa tuloksellisesti, tulee riippuvaisen olla riittävän motivoitunut ja sitoutua hoitoon. Hoidon alussa erityistä huomiota tulee kinnittää muutosmotivaation vaihteluun. Alkoholiriippuvuuden ollessa kroonistunut ja vaikea-asteinen, on syytä varautua useisiin, toistuviin hoitotoimiin ja hoitoyrityksiin. Retkahduksen sattuessa tulee uudelleen arvioida henkilön tilanne, hoitosuunnitelma ja käytettävät hoitomenetelmät. Kroonistunut alkoholiriippuvuus vaatii pitkäjänteistä ja ammattitaitoista työskentelyä, ammattitaitoisen ammattitaitajan johdolla. Päihderiippuvaisia tulee kohdella tasaveroisena muiden kansalaisten kans-

sa. Asiakkaan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumustaan tulee kunnioittaa. (Aalto 2010, 13-14 ; Mäkelä & Aalto 2010, 44-45.)

Alkoholiriippuvuuden lääkehoitoihin liittyvissä tutkimuksissa on tullut ilmi, että psykososiaalisten hoitomuotojen tehoa voidaan parantaa huomattavasti jo käytössä olevien lääkkeiden avulla (Hyytiä & Alho 2012, 22). Tehokkaina hoitokeinoina alkoholiriippuvuuden hoidossa käytetään myös useita psykososiaalisia hoitomuotoja. Lääkehoidot ja psykososiaaliset hoidot eivät sulje pois toisiaan ja usein psykososiaalisista hoitomuodoista rakennetaan hoidon perusta. Asiakkaan oma aktiivinen rooli on tärkeää hoitotilanteissa, koska niissä käytetään käytännön harjoituksia, erilaisia tehtäviä ja keskustelua. Monien asiakkaiden kohdalla hoitotuloksia voidaan parantaa lääkityksellä. Psykososiaalisista hoidoista osa on psykoterapiaa ja silloin niiden toteuttaminen vaatii asianmukaisen koulutuksen. Alkoholiriippuvuuden hoidossa Suomessa käytetään yleisimmin disulfiraamia (Antabus) ja naltreksonia. Disulfiraami estää alkoholin palamista ja aiheuttaa alkoholin juomisen yhteydessä antabusreaktion. Naltreksoni vähentää tai estää mielihyvää, joka liittyy nousuhumalaan ja sen on osoitettu vähentävän retkahduksia ja lisäävän raittiiden päivien määrää. Alkoholiriippuvaiset ohjataan usein osallistumaan vertaistukiryhmiin, kuten AA- ryhmät ja niihin voi osallistua ilman rajoituksia. (Aalto 2010, 14-15.)

Nimettömät alkoholistit eli AA on tunnetuin vertaistukijärjestelmä. Nimettömien alkoholistien toiminnan päämäärä on täysin raittiina pysyminen ja toisten alkoholistien auttaminen raittiuden saavuttamiseksi. Jäseneksi pääsemisen ainoana edellytyksenä on halu lopettaa juominen. Vertaistukiryhmässä jaetaan kokemuksia, voimaa ja toivoa ja autetaan toinen toisia tervehdytymään alkoholismista. Huumeiden käyttäjien vertaistukiryhmiä järjestää NA eli Nimettömät Narkomaanit. (Mäkelä & Aalto 2010, 53 ; Kuussaari 2006, 156.) Päihderiippuvuudesta toivuttuaan ihminen on elinikäisen toipumisprosessin edessä. Vaikka akuuttia päihteiden käyttöä ei enää olisikaan, he ovat krooniseen sairauteensa sidottuja lopun elämäkseen. Päihderiippuvuus on sairaus. Vertaistuen ja ryhmien tehtävänä onkin muistuttaa ihmistä huolehtimaan omasta terveydestään ja jaksamisestaan ja sairauden kroonisesta luonteesta. Riippuvuussairaudesta toipuessaan ihminen joutuu luomaan uudelleen identiteettinsä ja minäkuvansa. (Korhonen 2013, 92, 218, 222.)

Alkoholiriippuvaisen kohdalla ihmisen tulee ensin yrittää olla juomatta ja ryhtyä sen jälkeen toimimaan ja elämään raittiisti. Näin toimiessaan ihminen tuottaa itselleen vähitellen ominaisuuksia, jotka tuottavat päihteettömyyttä. Riippuvainen ei ensin muutu raittiiksi ja sitten vasta ryhdy elämään raittiisti. (Särkelä 2001, 26.)

Alkoholiriippuvuuden hoito tulee nähdä pitkäjänteisenä prosessina. Riippuvuuteen on olemassa useita tehokkaiksi havaittuja hoitomuotoja, mutta tulee muistaa, että mikään hoitomuoto ei tietysti auta kaikkia. Alkoholiriippuvaisista vain pieni osa onnistuu palaamaan kohtuukäyt-

töön ja tämän vuoksi täysraittiuuden tulisikin olla hoidon lopullisena tavoitteena. Tutkimusten mukaan hyvä hoitosuhde parantaa toipumisen mahdollisuutta. Raitistumisen tavoitetta ei useinkaan ole hyödyllistä asettaa ulkoapäin, vaan riippuvaisen tulisi itse aidosti asettaa raittius tavoitteekseen. Tällöin on mahdollista päästä pidenpiaikaiseen raittuteen. Hoidon edistymisen mittareina voidaan myös käyttää alkoholin kulutuksen vähentämistä ja siitä aiheutuvien haittojen vähentymistä. Vuoden kuluttua hoidon alkamisesta tutkimusten mukaan raittisuuden tavoitteen on saavuttanut keskimäärin noin 30 % asiakkaista ja tämän lisäksi noin 20-30 % :n tila on kohentunut huomattavasti. (Aalto 2010, 14.)

Yhdysvaltain hallituksen alainen National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism teki 1992 massiivisen tutkimuksen (yli 42 000 amerikkalaista) liittyen amerikkalaisten alkoholin- ja huumeiden käyttötottumuksiin. Tutkimus, josta käytettiin nimeä National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES, alkoholiepidemiologian valtakunnallinen pitkittäistutkimus) osoitti, että alkoholismien hoito ei ole erityisen tehokasta Yhdysvalloissa ja että hoito-ohjelmiin osallistuneet päihdekuntoutujat retkahtivat usein uudelleen ja hoidon jälkeen heidän ongelmansa jopa pahenivat joissain tapauksissa. (Peele 2004, 14- 17.)

New England Journal of Medicine- lehdessä (12/2001) julkaistiin tutkimus, jossa oli tutkittu alkoholistien saamaa lääkettä. Osalle alkoholisteista oli annettu alkoholismien hoidossa käytettävää naltreksoni- lääkettä ja osalle lumelääkettä (sokeritabletti). Tutkimukseen osallistuneet alkoholistit, joille annettiin lumelääkettä onnistuivat lopettamaan juomisensa yhtä lailla, kun oikeaa lääkettä saaneet. (Peele 2004, 23.)

2.3 Huumeriippuvuus

Huumeeksi määritellään aineet, jotka on mainittu huumausainesäädöksissä ja ainetta nautitaan muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa omatoimisesti. Näitä muita tarkoituksia ovat stimulaatio, euforia, sedaatio ja vieroitusoireiden lievittäminen. Huumeisiin katsotaan kuuluvaksi nikotiini, kannabistuotteet, opiaatit, hallusinogeenit (LSD), bentsodiatsepiinit, barbituraatit, stimulantit (amfetamiini, kokaiini, ekstaasi, kofeiini) ja jotkut tekniset liuottimet ja eräät muut edellisten kaltaiset aineet. Suomalaisista arviolta noin 300 000 on joskus kokeillut laittomia huumeita. Noin 30 000 on arvioilta jäänyt käyttäjiksi. (Poikolainen 2003, 43 ; Kiianmaa & Hyttiä 2003, 110.)

Huumeiden huumaavat ja päihdyttävät vaikutukset perustuvat eri ainekohtaisiin keskushermostovaikutuksiin. Jotkut huumeet lamaannuttavat ja rauhoittavat (esimerkiksi opiaatit, bentsodiatsepiinit) ja jotkut taas stimuloivat (esimerkiksi amfetamiini, kokaiini) hermostoa. Hermoston eri toimintojen herkkyys päihteelle vaihtelee ja se miten voimakkaasti päihteet vaikuttavat riippuu käytetystä määrästä. Paitsi, että huumeet tuottavat huumaavan vaikutuk-

sen, ne tuottavat myös miellyttäviä psyykkisiä vaikutuksia. Näiden miellyttävien psyykkisten vaikutusten vuoksi huumetta käyttänyt on taipuvainen käyttämään huumetta uudestaan. Huumeen käytön aiheuttaessa voimakkaita miellyttäviä vaikutuksia on todennäköistä, että sitä käytetään uudestaan ja käyttäjä addiktoituu huumeeseen eli tulee riippuvaiseksi. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110.)

Huumeiden käytössä käytetty huumausaine määrä ja käyttötiheys lisäävät käyttäjän sietokykyä eli toleranssia ja hänen on siirryttävä vahvempiin huumeisiin. Tämä on riippuvuussairauden problematiikkaa. Huumeiden käyttäjien kohdalla puhutaan siitä, että huumeiden käyttö, alakulttuurisissa kuvioissa eläminen perustuu ihmisen vapaaseen tahtoon ja valinnanvapauteen. Eräs entinen huumeiden käyttäjä kuitenkin kommentoi näin: ”Miten voisi mitään valita, kun ei ole omaa ymmärrystä siitä, mitä valitsisi?” (Korhonen 2013, 139, 141.)

Riippuvuus kuljettaa huumeita käyttävää ihmistä huumeesta toiseen ja lopulta sekakäyttäjäksi - tämä on porttiteoriaa. Porttiteoria tarkoittaa sitä, että riippuvuus ei pysy samalla tasolla ja että riippuvuus syvenee, ellei riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttöä lopeta. Eräät entiset huumeiden käyttäjät ovat kuvanneet käyttöhistoriaansa seuraavasti: ”Useimmiten nuori aloittaa kannabiksella ja siirtyy siitä sitten riippuvuuden otteen syvetessä vahvempiin huumeisiin, käyttäen niitä yhä runsaammin ja useammin.” Porttiteoriassa huumeiden käyttö etenee hitaammin, kuin silloin kun huumeokeilut aloitetaan design -piristeillä tai subutexilla. Huumeiden käyttöön puuttuminen on hankalaa ja monimutkaista, vaikkakin käyttöön puuttumiseen on enemmän aikaa porttiteorian mukaan etenevässä käytössä. (Korhonen 2013, 145, 147.)

Huumeita käyttävän ihmisen on vaikea tulla toimeen itsensä kanssa, sen vuoksi on helppo syyttää ulkopuolisia ja läheisiä epäonnistumisista. Näin ollen käyttäjän ei tarvitse tutkia itseään niin, että totuus tulisi ilmi. Pahaan oloon haetaan syyllistä itsen ulkopuolelta. Riippuvuus vie ihmiseltä mahdollisuuden toimia omilla ehdoillaan ja se riistää myös ihmisen itsenäisyyden. (Korhonen 2013, 49-50.)

Korhosen (2013, 100) mukaan eräs entinen huumeiden käyttäjä kuvaa riippuvuussairautta seuraavasti: Riippuvuussairaus tarkoittaa ihmisen käytöksen ja sosiaalisen ajattelun vääristymistä ja psyykkisen ja fyysisen puolen sairastumista. Amerikkalainen tohtori Jampolsky (2012, 144, 161) puhuu kirjassaan, Vapaudu riippuvuudesta, addiktiivisen persoonallisuuden paraneminen omakohtaisista kokemuksistaan liittyen nuoruusvuosiensa huumeiden käyttöön. Jampolsky kuvailee otettuaan huumeannoksen, hän tunsi hetkellisen vapauden, eheyden ja voimakkuuden tunteen. Kuitenkin tohtori kuvaa huumeiden käyttönsä olleen kuin bumerangi, joka vain lisäsi epätoivoa ja yksinäisyyttä. Riippuvuus muuttuu muuriksi, joiden taakse piiloutua ja lopulta muurit sulkevat ihmisen oman itsensä vangiksi uskotellen, ettei pakotietä ole.

Huumeriippuvuudesta kärsivällä ihmisellä on tapana antaa tyhjiä lupauksia, vedota sääliin, antaa toivoa, kiristää ja uhkailla lähipiiriä. Riippuvuuspersoonana on vailla omaatuntoa ja oikeudentajua. Huumeiden käyttäjät tuntevat sisimmässään kovaa syyllisyyttä ja tämä saa heidät huutamaan ja käyttäytymään holtittomalla ja käsittämättömällä tavalla läheisiään kohtaan. Ihmisellä normaalisti oleva moraalitaju ja syyllisyydentunto ovat ihmisessä itsessään, eivätkä huumeiden käyttäjällä vallalla olevassa riippuvuuspersoonassa. Riippuvuus on tukahduttanut hiljaiseksi omantunnon, joka kuuluu huumeiden käyttäjässä olevalle terveelle persoonalle. Ihmisen minäkuva, joka on vahvistettu päihteillä ja huumeilla, on keinotekoinen. (Korhonen 2013, 63-64, 73.)

Kuussaari (2006, 18) kuvaa huumeidenkäyttäjien hoitojärjestelmää rajalliseksi. Hoitojärjestelmä voi tarjota joillekin käyttäjille mahdollisuuden huumeiden käytön lopettamiseen, toisia järjestelmä ei koskaan tavoita. Kolmanneksi on käyttäjiä, jotka eivät tarvitse järjestelmän apua lainkaan toipuakseen riippuvuudesta. Päihteiden käytön lopettamisesta ilman tiivistä terapeutista pitkää hoitojatkumoa, ilman lääkkeitä ja ilman vertaistukea on Kuussaaren mukaan tutkimustietoa.

3 Päihteitä käyttävien palvelut

3.1 Katkaisuhoido- ja vieroitushoitopalvelut

Asiakkaat ohjautuvat päihdepalveluiden piiriin erilaisista väylistä. Asiakkaan hoito päihdepalveluissa voi saada alkunsa sosiaalitoimen, esimerkiksi lastensuojelun tai muiden viranomaistahojen, kuten esimerkiksi poliisin ohjaamana. Asiakkaita ohjautuu päihdepalveluiden piiriin myös työterveys- ja opiskeluterveydenhuollon kautta esimerkiksi työnantajan hoitoon ohjaamana. Osa päihdepalveluiden piiriin hakeutuneista päihteidenkäyttäjistä hakeutuu hoitoon omatoimisesti tai omaisen kehoituksesta. Lisäksi väestöä ohjaavat päihdepalveluihin myös sairaalat ja lääkärinvastaanotot. Esimerkiksi sairaalajakson jälkeen hoitoon ohjautuvat ihmiset, joilla on todettu päihteidenkäyttöön liittyviä haittoja. Päihteitä käyttävien palveluiden jatkumon olen kuvannut päihdekuntoutujan hoitopolun prosessin kuvauksessa (kuvio 1, s.32)

Kaukosen (2000, 108) mukaan päihdehuoltolaissa määritellään päihdehuollon tavoitteeksi terveydellisten ja sosiaalisten haittojen vähentäminen päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä edistämällä sekä päihteiden ongelmakäytön vähentäminen ja ehkäiseminen. Jokaisen kunnan tulee järjestää päihdehuolto kunnan tarvetta vastaavassa laajuudessa. Palveluiden järjestäminen on kunnan sosiaali- ja terveysviranomaisten vastuulla. Päihdepalvelut on hyvinvoitvaltalon tasolla määritelty päihdepalveluiden laatusuosi-

tuksissa Kuussaaren (2006, 21) mukaan palveluina, jotka tuottavat päihteiden ongelmakäyttäjille ja heidän läheisilleen apua, tukea, hoitoa ja kuntoutusta.

Katkaisu- ja vieroitushoitopalveluihin hakeudutaan silloin, kun ihmisellä on tarve saada päihteiden käyttö katkaistua. Päihteiden käytön katkaisemisen vuoksi hoitoon voidaan hakeutua esimerkiksi avovieroitushoitoon, A-klinikalle, terveyskeskukseen tai nuorisotasemalle. Nykyään yhtenä mahdollisuutena on kotikatko, jossa päihteitä käyttävä ihminen saa katkaisuhuotoa omassa kodissaan. Katkaisu- ja vieroitushoitoa voi saada myös hoitolaitoksessa, esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla tai päihdehoitolaitoksessa. (kuvio 1, s.32) Laitisen ja Mäkelän (2003, 209) mukaan avokatkaisuhoitoa voidaan käyttää silloin, kun päihdeongelmaisen päihteiden käyttö on kestollisesti ollut melko lyhyt. Avokatkaisu sopii päihdekierteen katkaisuun ja lyhytjaksoiseen fyysiseen kuntoutukseen. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi työpaikan säilymisen, jatkohoitoon ohjautumisen tai päihteiden aiheuttamien sairauksien ehkäisemisen tilanteissa. Avokatkaisun riskeinä voidaan pitää huonoa hoitoon kiinnittymistä ja sitä, että päihteiden käyttötavoissa ei saada pysyvää muutosta aikaan niin lyhyessä ajassa. Avokatkaisu kestää tavallisesti vain kolme päivää.

Katkaisuhoidon tavoitteena on käynnistää päihdekuntoutujan sosiaalisten ongelmien selvittely ja luoda edellytykset fyysiselle kuntoutumiselle. Katkaisuhoitoon sisältyy fyysisen kunnon seuranta, yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, lepoa, jatkohoidon suunnittelu ja joissakin yksiköissä lääkehoito. (Dalh & Hirschovits 2007, 404 ; Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 91.)

Vieroitushoidon, josta voidaan käyttää myös termiä katkaisuhoito, tarkoituksena on alkoholin käytön lopettamiseen liittyvien vakavien haittojen ehkäiseminen ja oireiden vähentäminen. Vieroitushoidossa keskitytään hoitamaan ainoastaan fyysisiä riippuvuuden oireita, joita tyypillisimmin ovat: pahoinvointi, levottomuus, unettomuus, päänsärky, hikoilu, vapina ja korkea verenpaine tai sydämentykytys. Yleensä muutaman vuorokauden kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta ilmaantuu vaikea vieroitusoireyhtymän muoto, delirium tremens. Vieroitushoito tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden siirtyä hoidattamaan psyykkistä riippuvuutta ja pyrkii motivoimaan asiakasta jatkohoitoon. (Aalto 2010, 14.)

Monet hoitotahot kamppailevat pitkien jonojen kanssa vaikka hoidontarpeen ilmetessä siihen tulee vastata mahdollisimman nopeasti. Nykyinen hoitotakuu velvoittaa akuutissa tilanteessa kuntia toimimaan viivyttämättä. Esimerkiksi silloin, kun asiakkaalla on päihdekierteen katkaisemisen tarve (katkaisuhoito). Kunnissa hoidon tarpeen arvioinnin tekee tietty taho, yleisimmin A-klinikka tai vastaava avohuollon yksikkö. Kunnat painottavat ja rajoittavat eri hoitopaikkojen käyttöä ja asiakas ei yleensä saa itse valita haluamaansa hoitoyksikköä. Valitettavaa on, että useimmiten kuntien päihdetyöhön resurssoidut rahat loppuvat kesken vuoden. (Häkkinen 2013, 18.)

Päihdehuoltolaissa kuntoutus- ja hoitopaikat on jaettu peruspalveluihin ja erityispalveluihin. Peruspalveluiden jatkeena ja niiden rinnalla toimivat erityispalvelut. Peruspalveluihin lukeutuvat terveyskeskus kaikissa toimintamuodoissaan, työterveyshuolto, erikosisairaanhoido esimerkiksi neuvola, kouluterveydenhuolto, vanhustenhuolto ja sairaaloiden eri osastot. Lisäksi peruspalveluihin lukeutuvat yksityislääkäreiden vastaanotot ja yksityiset palvelut. (Mäkelä & Aalto 2010, 43-44.)

Tutkimuksessaan terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä Kuussaari (2006, 54-55) kertoo päihdepalveluiden vaikuttavuutta tutkitun kansainvälisesti. Päihdepalveluiden on todettu vähentävän yleisen terveydenhuollon kustannuksia ja niiden on todettu ehkäisevän syrjäytymistä ja lisäävän asiakkaiden hyvinvointia. Tutkimuksessaan Kuussaari (2006, 56) on käsitellyt myös Suomalaisen huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmän kehityksen tutkimusta. Kuussaaren mukaan tehtyjen tutkimusten ja selvitysten pohjalta huumausaineden käyttäjien hoitojärjestelmässä on havaittavissa joitakin ongelmia. Kritiikin kohteena on toistuvasti hoitopalveluiden riittävyyden tematiikka. Hoitopalveluiden riittävyyteen liittyvistä argumenteista ovat esimerkiksi katkaisuhoidon ja vieroitushoidon pääsyn vaikeus, helpon hoitoon pääsyn mahdollistavien hoitopaikkojen vähyys, laitoshoidon erityispalveluiden lisätarve ja laitoshoidon jälkeisen hoidon ontuvuus. Kritiikin kohteeksi nousi myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestämisen vastuutahon epämääräisyys, kenen vastuulla hoidon järjestäminen on viime kädessä. Esiin nousi myös hoitojärjestelmän kyvyttömyys täyttää erityisryhmien tarpeita, erityisryhminä mainittiin vangit, huumeita käyttävät raskaana olevat, maahanmuuttajat, hiv- positiiviset huumeiden käyttäjät ja nuoret. Kolmantena kritiikin kohteena esille nousi työntekijöihin liittyvät puutteet, kuten osaamattomuus, asenteet, taidot ja tiedot.

Anglosaksisesta maailmasta on jo melko runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että päihteiden käytön rajoittaminen tai lopettaminen on omaehtoisesti tai omien jo olemassa olevien sosiaalisten verkostojen tuella jopa yleisempää, kuin päihteiden käytön lopettaminen hoidon avulla. Suomesta vastaavanlaista tutkimusnäyttöä on vain vähän. Vieroitushoidon tavoitteena ja jonkinlaisena onnistumisen mittarina voidaan katsoa olevan asiakkaan psyykkisen ja fyysisen kunnon koheneminen, huolimatta siitä vaikka asiakas jatkaisikin päihteiden käyttöä. (Kaukonen 2000, 122-123.) Vakavammista päihdeongelmista kärsivien riippuvaisten on tutkimusten valossa katsottu saavuttavan useammin täysraittisuuden, kuin lievemmistä päihdeongelmista kärsivien (Holmberg 2010, 54).

3.2 Kuntoutuspalvelut

Päihteiden käyttäjien kuntoutuspalveluita toteutetaan kuntoutuslaitoksissa ympäri Suomea. Kuntoutuslaitoksia on Suomessa noin kolmisenkymmentä ja niiden asiakaspaikkaluku vaihtelee

kymmenestä toiselle sadalle. Muutamat kuntoutuslaitokset osana A-klinikkatointa, mutta pääosin kuntoutuslaitoksia ylläpitävät kunnat, kuntayhtymät, uskonnolliset järjestöt ja erilaiset päihdehuoltoon erikoistuneet järjestöt. Kuntoutuslaitoksissa toteutetaan katkaisuhoidon jälkeistä kuntouttavaa hoitoa päihdekuntoutujille, joille avohoitopalvelut eivät ole tarkoituksenmukaisia tai riittäviä vieroitushoidon jälkeenkään. Kuntoutuslaitoksissa hoito on vieroitushoitoa pidempiaikaisempaa, yleensä noin 4-6 viikkoa kestävää kuntouttavaa hoitoa. (Mäkelä 2003, 196.)

Kuntoutuspalveluita päihdekuntoutujille järjestetään laitospäihdekuntoutuksena ja avokuntoutuksena. Päihdekuntoutuja voi saada laitospäihdekuntoutusta kuntoutusosastolla/yksikössä, päihdepsykiatrian osastolla tai ostopalveluissa (joitakin päihdekuntoutuslaitoksia). Avokuntoutus taas voi tapahtua avohoidon yksikössä, esimerkiksi A-klinikka, psykiatrian yksikkö tai nuorisoasema. Avokuntoutusta toteutetaan myös peruspalveluissa päihdetyöntekijän avulla tai jopa päihdekuntoutujan kotona. Avokuntoutuksen palveluissa on myös vaihtoehtoisia ostopalveluita. (kuvio 1, s.32)

Kuntouttavassa päihdehoidossa keskitytään opettelemaan henkisiä ja sosiaalisia taitoja, tunteiden tunnistamista, nimeämistä ja kokemista, arkipäivän harjoittelua ja yhteiskuntaan sitoutumista raittiina pysymisen tueksi. Päihdekuntoutujaa tuetaan kasvamaan kokonaiseksi persoonaksi, omaksi itsekseen, jonka elämän päätarkoituksena ei ole enää päihteidenkäyttö. Lisäksi kuntouttavassa hoidossa korostuu yhteiskunnan normien ja arvojen selvittäminen. Koska pitkään huumemaailmassa eläneelle ihmiselle esimerkiksi varastaminen ja toisten hyväksikäyttäminen ovat olleet arkipäivää. Kuntouttava hoito sisältää usein yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, terapiatyöskentelyä, ryhmiin osallistumista, ryhmätoimintaa ja yhteiskuntaan sopeuttavaa käytännön harjoittelua. (Dahl & Hirschovits 2007, 385, 404.)

Laitospäihdekuntoutuksen tehtävänä on päihdekuntoutujan vahvistaminen ja motivoiminen. On tärkeää muistaa, että asiakkaan kuntoutukseen ja elämään vaikuttavat myös kuntoutuksen ulkopuoliset tekijät. Kuntoutusaikojen lyhenemisellä on merkitystä ajatellen päihdekuntoutujan kuntoutumisprosessia. Asiakkaan arvomaailman ja ajatusten käsittelyyn ja pohtimiseen tulisi olla enemmän aikaa. Kuntoutuksen ei tulisi olla vain ensiapu asiakkaan tilanteeseen. Päihdekuntoutujan tulisi saada tarvittava tuki moraalisten jokapäiväisten tilanteiden arvioimiseen ja uuden elämisen tavan opetteluun avohoidossa laitospäihdekuntoutumisen jälkeen. (Ruisniemi 2009, 166.) Weckrothin (2006, 161) tutkimuksessa huumehoitolaitoksen asiakkaat kuvasivat hoitoprosessia pitkäksi prosessiksi, johon kuuluu eri vaiheita. Hoitotyöntekijät taas kokivat vieroitushoidon ja sen jälkeen jatkuvan kuntouttavan hoidon olevan ainoa kestävä vaihtoehto pyrittäessä päihteiden käytön lopettamiseen.

Kuntoutuslaitoksissa sovelletaan terveydenhuollon ja sosiaalityön menetelmiä. Käytössä on yksilö- ja ryhmäterapiaa, terveysneuvontaa, fyysisen ja psyykkisen terveyden kohentamista, perheterapiaa, työ- ja toimintakyvyn edistämistä sekä jatkohoidon suunnittelua yhteistyössä avohoitoyksiköiden kanssa. (Mäkelä 2003, 196.)

Vieroitushoidon jälkeen huumeriippuvaisen kuntouttava hoito voidaan toteuttaa avohoitona tai laitoshoidona. Avohoidon keskeinen ongelma on huumeriippuvaiden huono hoitoon sitoutuminen. Laitoskuntoutusta suositellaan pitkäaikaisen huumeiden käytön läpi käyneille. Laitoskuntoutus on realistisempi hoitovaihtoehto, kuin avohoito. Osa huumeriippuvaiden kuntoutuspalveluista voidaan tarpeen mukaan toteuttaa vaihtoehtoisesti perinteisen päihdehoidon sijaan muun muassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidon yksikössä. Näin voidaan menetellä esimerkiksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla. (Dahl & Hirschovits 2007, 385.) Kuussaari (2006, 24) määrittelee huumeiden käyttäjien hoidon olevan sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutettavaa asiakaskohtaista työtä, jonka tavoitteina ovat asiakkaan toimintakyvyn turvaaminen, lisääminen ja palauttaminen sekä päihdehaittojen ehkäisy.

Päihdehoidon erityispalveluihin kuuluvat avohoidon ja -kuntoutuksen osalta A-klinikat, nuori-soasemat ja erikoissairaanhoidon poliklinikat. Laitoshoidon ja -kuntoutuksen osalta erityispalveluiden piiriin kuuluvat katkaisuhuoltoyksiköt, kuntoutusyksiköt ja erikoissairaanhoidon sairaalat: päihdepsykiatriset osastot. Muiden palveluiden osalta asumispalvelut, ensisuojaajat ja päiväkeskukset kuuluvat erikoispalveluihin. (Mäkelä & Aalto 2010, 46, 48.)

Nikoskelainen (2012, 71) on tutkinut ylemmän tutkinnon opinnäytetyössään, Päihdekuntoutus valinnan teorian näkökulmasta, Kuntoutus-Sillan asiakkaiden kokemuksia. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että päihdekuntoutujat eivät laitoskuntoutusjaksolla ollessaan kyenneet muodostamaan riittävän luottamuksellista hoitosuhdetta hoitohenkilökuntaan. Kuntoutusjakso oli tutkittavien kohdalla liian lyhytkestoinen eikä kuntoutus ollut riittävän intensiivistä ollakseen tehokasta. Nikoskelainen nostaakin luottamuksellisen ja toimivan asiakassuhteen luomisen yhdeksi päihdekuntoutuksen tärkeimmäksi asiaksi.

Hännikäinen-Uutela (2004, 152-186) on väitöskirjassaan kuvannut laitoskuntoutusta Mikkeli-yhteisössä. Väitöskirjassa on kuvattu päihdekuntoutujien kuntoutumisprosessia yhteisöön saapumisesta kuntoutusjakson loppuun saakka. Kuntoutuksen aikana toipumista tukevia tekijöitä ovat oma hoitomotiivaatio, sitoutuminen hoitoon, vertaisryhmän tuki ja riittävän pitkä hoitoaika.

3.3 Jatkohoitopalvelut

Kuntouttavan hoidon jälkeen osa päihdekuntoutujista siirtyy jatkohoitopalveluiden piiriin. Jatkohoitopalveluita toteutetaan avohoidossa esimerkiksi A-klinikalla, nuorisoasemalla, erilaisissa avokuntoutuksen päihdeyksiköissä ja jälkikuntoutuksena asiakkaan kotona. Jatkohoitopalveluihin lukeutuvat myös erilaiset tuetun asumisen yksiköt, esimerkiksi asuntolat, tukiasunnit ja palveluasuminen. Jatkohoitopalveluihin kuuluvat erilaiset vertaistukiryhmät, esimerkiksi AA (nimettömät alkoholistit) ja NA (nimettömät narkomaanit). Myös päihdekuntoutujan omatoiminen hoito kuuluu jatkohoitopalveluihin. (kuvio 1, s.32)

4 Päihteitä käyttävien hoitoprosessi

4.1 Hoitoprosessi

Asiakkaan hoitoprosessin aikana syntyy tietoa, jonka avulla voidaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida asiakkaan hoitoprosessia sekä dokumentoida tehtyjä toimenpiteitä. Tulotilanteessa tehty diagnoosi saattaa hoitoprosessissa tutkimusten edetessä muuttua toiseksi diagnoosiksi. Tällöin muuttuneen tai tarkentuneen diagnoosin pohjalta hoitosuunnitelma on uusittava. Tulotilanteen arvio, suunnitelma hoidon kulusta, toteutus ja hoidon arviointi kuuluvat hoidon perusprosessiin. Hoitoprosessin vaiheita hyödynnetään kirjaamisessa. Hoidon toimintaprosessin tulee toteuttaa asiakkaan hyvää hoitoa ja tukea sitä. Asiakkaalle täytyy antaa mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan, jotta hänellä olisi mahdollisuus voimaantumiseen. Toimintaprosessin tulee tukea myös hoidon jatkuvuutta, asiakkaan oikeuksia, potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa. Jotta pystytään tuottamaan entistä parempaa hoitoa, tulee kerätyn tiedon olla korkealaatuista. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Miettinen 2011, 27- 28, 34.) Yksilöllisen hoitoprosessin ja asiakkaan erityisominaisuuksien kautta voidaan tulkita myös yhteiskunnallisia tarpeita päihdehuollossa (Kaukonen 2000, 120).

Terveydenhuollon hoitoprosesseja kuvattaessa tavoitteena on lisätä prosessien työnkulun ymmärrystä liittyen niiden tehtäviin ja tehtävien etenemiseen sekä kuvata, miten toiminta liittyy eri vaiheissa käytettäviin ja syntyviin potilastietoihin. Terveydenhuollossa yleisen toimintaprosessin kuvaus keskittyy terveydenhuollon palveluprosessiin. Riippumatta organisaationaalisisista ja hallinnollisista rajoista kliininen prosessi kattaa asiakkaan näkökulmasta kaikki hoitoon liittyvät toiminnot ja se voi koskea yhtä tai useaa terveysongelmaa. Hoidon jatkuvuuden ja yhteentoimivuuden lisääminen ovat hoitoprosessin kuvauksen tavoitteena. Hoitoprosessikuvauksia voidaan hyödyntää, kun halutaan selvittää toimintatapoja tai tehostaa niitä. Hoitoprosessikuvausta voidaan käyttää myös stimuloimaan toiminnan muutoksia. Terveyden-

huollon hoitoprosesseissa voi esiintyä paljon poikkeuksia ja keskeytyksiä. Ne ovat luonteeltaan asiantuntijatyön prosesseja ja yleensä hyvin pitkäkestoisia sekä toisiinsa keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Vuokko ym. 2011, 5,12-13.)

Holmbergin (2010, 147) mukaan hoitoprosessienkuvaukset ovat tarpeellisia ja tärkeitä, jotta päällekkäisen työn tekoa vältettäisiin ja erilaiset hoitoa hidastavat hoitoprosessin ongelmat kohdat nousisivat esiin. Hoitoprosessikuvauksien avulla työntekijät voivat pohtia oman työnsä merkitystä ja näin ollen omaa motivaatiotansa sitoutua työhönsä ja työyhteisöönsä. Hoitoprosessienkuvaukset voivat parhaassa tapauksessa lisätä työn mielekkyyttä ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä. Hoitoprosessienkuvaukset voivat myös johtaa uusiin innovaatioihin.

Hoitoprosessin kulkutasolla kuvataan toiminnot, toiminnan työvaiheet ja työvaiheista vastuussa olevat toimijat. Toiminnan mahdollisia ongelmakohtia voidaan tunnistaa tällä tasolla. Riippuen kuvauksen tarkkuudesta hoitoprosessin jakautumista voidaan tarkastella toimintojen, tehtävien tai toimenpiteiden osalta. Sellainen toiminta, jolle voidaan tunnistaa tuotos suhteessa toiminnan kokonaisuuteen sekä alku- ja lopetuskohta kuvataan yleensä tällä tasolla. Hoitoprosessin kulkua on mahdollista kuvata esimerkiksi toimintatarinana, prosessikaaviona tai työkulun sanallisena kuvauksena. On hyvin tärkeää, että prosessin kannalta tärkeät ja oleelliset asiat löytyvät jokaiselta tasolta johdonmukaisesti ja selkeästi. Prosessia voidaan tarkentaa tarvittaessa yksityiskohtaiselle tasolle niin, että jokainen toimija, toiminto, asiakirja ja syntyvä tieto voidaan tunnistaa. (Vuokko ym. 2011, 16.)

Weckrothin (2006, 186, 188) tutkimuksen mukaan päihdekuntoutujan hoito määrittyy hoitoprosessin eri vaiheissa eri tavoin. Päihdekuntoutujan hoito voi määrittäytyä haitallisen elämäntavan korjaavana, muiden ihmisten päihteidenkäyttäjään kohdistamana vaatimuksena. Hoito voi myös ajankohtaistua elämäntilanteen muutoksen välttämättömyytenä, jonka määrittelee viranomaiset tai päihteidenkäyttäjä itse. Hoito voidaan määrittellä myös päihderiippuvaisen itsensä omaksi vapaaksivalinnaksi.

Moniongelmaisten päihderiippuvaisten ihmisten hoidon pirstaleisuus ja päihdekuntoutujan kulkeminen vuodesta toiseen erilaisissa avo-, laitos- ja katkaisuhoidoissa lisää päällekkäistä työtä ja resurssien kuormittamista. Päihdekuntoutujan tulisi saada kaikki tarvittavat palvelut yhdestä yksiköstä, jossa hänen asioihinsa perehdyttäisiin ja hänen elämäntilanteensa tunnettaisiin mahdollisimman hyvin. Voimavarat tulisi kohdentaa akuutteihin ongelmiin ja lopettaa päihderiippuvaisten kierrättäminen eri työntekijöiden luona. Valitettavan usein päihderiippuvaiset vastaavat itse heikkokuntoisina ja yksinäisinä omasta hoitostaan ja hoidostaan. (Malinen 2012, 83-84.)

Parin viimeisen vuosikymmenen aikana onkin kehittynyt konstruktionistinen ajattelu, jonka mukaan objektiivista todellisuutta ei ole löydettävissä. Todellisuus muotoutuu asiakkaan kanssa yhteisessä keskustelussa ja ongelman määrittely tehdään kielellisessä vuorovaikutuksessa yhdessä asiakkaan kanssa. Aikaisemmin onkin jo ymmärretty, että sitoutuminen suunnitelmaan ja työskentelyyn edellyttää yhteistä ongelman määrittelyä. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että pyritään työntekijän ja asiakkaan tasavertaisuuteen hoitoprosesseissa. Asiakkaalla on oikeus ja mahdollisuus itse määrittellä oma ongelmansa. Sitä tarkoittaa tasavertaisuus tässä yhteydessä. Toisaalta voidaan ajatella, että ongelman määrittäminen ei ole niin oleellista kuin tavoitteiden määrittely. Tavoitteilla päihdeongelmainen saadaan liikkeelle ja aktivoitua, ei ongelmia määrittelemällä. Tavoitteisiin sitoutuminen on tärkeämpää kuin ongelmiin sitoutuminen. Tämä perustuu siihen, että ongelmat tulevat ratkaistaviksi tavoitteiden suuntaisessa toiminnassa. (Särkelä 2001, 12.)

Auttaessamme päihdeongelmista kärsiviä asiakkaita meidän tulee luoda sellainen suhde, jossa asiakas haluaa työskennellä ja jossa työntekijä haluaa auttaa asiakastaan (Särkelä 2001, 27). Tutkimusten mukaan päihdekuntoutujan kuntoutumisprosessissa hoitotyöntekijöiden ei tulisi kiirehtiä. Kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että asiakas itse oivaltaa ja miettii onko hän valmis luopumaan riippuvuuden tuottamasta tyydytyksestä. Näin ollen voidaan mahdollisesti välttää asiakkaassa aiheutuva passivoituminen, vastarinta ja liiallinen hoidettavaksi asettautuminen. (Hyytinen 2008, 105- 106.)

Ryan ja Deci (2000) kirjoittavat artikkelissaan itsemääräytymisteoriaa koskevan tutkimuksen osoittavan sen, että ulkoisilla rangaistuksilla ylläpidettävän muutoksen ylläpitämisessä retkahduksen olevan hyvin todennäköinen, mikäli sanktiot loppuvat tai ne poistetaan. Ryanin ja Decin itsemääräytymisteoriakin kertoo sisäisen motivaation viittaavan riippuvaisen henkilökohtaiseen motivaatioon ja omaan kiinnostukseen. Kun taas ulkoisen motivaation ylläpitämisessä keskeisessä asemassa ovat palkinnot, rangaistukset ja pakko. Itsemääräytymisteoriassa motivaatiota voidaan vahvistaa huomioimalla kolme eri inhimillistä perustarvetta. Nämä kolme ovat sosiaalisen yhteyden tarve, autonomian tarve ja kompetenssin tarve. Sosiaalisen yhteyden tarpeen tyydyttämisessä ihminen tuntee saavansa hänelle merkittäviltä läheisiltä tai ryhmältä tukea tunteilleen ja ajatuksilleen. Autonomian tarpeessa ihmisellä itsellään on kokemus siitä, että hän päättää asioistaan eikä joku ulkoinen taho käskytä häntä. Kompetenssin tarpeessa viitataan riippuvaisen haluun tuntea, että hänen toiminnallaan on jotakin vaikutusta ja näin ollen toiminta tuottaa tulosta.

Hoitokontaktissa on erittäin tärkeää on vahvistaa asiakkaalle sosiaalisen yhteyden tunnetta osoittamalla asiakkaalle kiinnostusta, empatiaa ja kunnioitusta. Hoitokontaktissa tulee välttää asiakkaan syyllistämistä ja tukea kuntoutujan autonomiaa eli korostaa asiakkaan valinnan vapautta koskien tavoitteita. Autonomian tukemiseen kuuluu myös pyrkimys saada esille asi-

akkaan tarpeita ja syitä muutokseen sekä hänen henkilökohtaisia halujaan. Kompetenssia tuettaessa keskitytään auttamaan päihteiden käyttäjää kehittämään realistisia ja selkeitä tavoitteita sekä odotuksia muutoksen seurauksista. Tämä voidaan toteuttaa vahvistamalla asiakkaan uskoa hänen omiin kykyihinsä toteuttaa muutokset ja antamalla mahdollisimman paljon hyvää palautetta. (Ryan & Deci 2000.)

Päihdetyössä toimivien työntekijöiden on jaksettava ymmärtää kroonisen riippuvuussairauden ilmenemismuodot ja luonne. Lisäksi tulee muistaa ja ymmärtää, että ollaan tekemisissä sairaudesta toipuvan ihmisen kanssa. Toipumisvaiheen haastavuus tulee pitää mielessä, sairaut oireet ovat vielä pinnassa ja ne tarvitsevat hoitoa. Työntekijöiden tulee kestää käsitellä asiakkaiden ahdistusta ja siitä nousevia monia käsittelemättömiä pelkoja ja tunteita. Sairauden oireita ja sen ilmenemismuotoja on käsiteltävä eri hoitomenetelmien avulla, eikä asiakkasta saa syyttää tai rangaista niistä. Eri hoitomenetelmien vaikuttavuutta on testattu ja seurattu, ne tunnetaan hoitoyhteisöissä ja niitä osataan käyttää. Hoitopaikalla on vastuu asiakkaan hoidon onnistumisesta, asiakkaan vastuulla on hoitoon sitoutuminen. Asiakkasta tulee kaivaa esille ihmisen tahtotila, jotta asiakkaalla on mahdollisuus ymmärtää mikä vastuu hänellä itsellään on hoidossa pysymisestä. Toipuvaa päihteiden käyttäjää kannattelevat vertaistukiryhmät, yhteisön tuki ja hoitomenetelmät. (Korhonen 2013, 82, 156.)

Terveysten- ja sosiaalihuollon työntekijöiden, poliisin ja päihdetutkijoiden tieto päihteiden käytöstä ja sen seurauksista on sosiaalisesti välittyntä ja erilaista kuin päihdeongelmaisten ihmisten (Kaukonen 2000, 40). Hoitotyöntekijöiden tulee muistaa, että päihteiden käyttäjät tulevat hoitoon rajattomasta, kovin heirarkisesta ja toisia alistavasta maailmasta. Päihteiden käytön maailmaan kuuluvat alistaminen ja syyllistäminen ja niihin riippuvainen on tottunut. Päihderiippuvaisen ihmisen stressinsietokyky ja itsetunto ovat olemattomat. Vuorovaikutustaidot eivät ole sillä tasolla, jollaista heiltä odotetaan hoitoonohjaustilanteessa. Kun kyseessä on riippuvuussairaus, kukaan ei voi parantaa riippuvaista ilman, että hän sitoutuu hoitoonsa. Asiakkaan tulee ymmärtää, ettei vastuuta omasta toipumisesta voi sysätä ympäristön ja hoitopaikan niskoille. Riippuvainen ei voi syyttää tilanteestaan ulkopuolisia. (Korhonen 2013, 94-95, 156.)

Päihdekuntoutuksen piirissä usein ajatellaan, että hoidon aloittavalla tai hoidossa jo olevalla asiakkaalla on motivaatiota hoitoon tai sitten ei. Yleinen on myös ajatus, että omasta itsestä lähtevän hoitomotivaation puuttuessa asiakkaat eivät aloita tai jatka hoitoaan tai he eivät noudata hoito-ohjeita ja näin ollen hoito epäonnistuu. Hoitomotivaatio käsitetään usein asiakkaan haluksi noudattaa hoitolaitoksen tai päihdetyöntekijän ohjeita ja motivaatiota pidetään asiakkaan eikä hoitajan vastuualueeseen kuuluvana. Hoitajan tehtäviin kuitenkin kuuluu asiakkaan motivaation herätteleminen ja voimistaminen. Hoitajan tyyli ja sosiaalinen kanssakäyminen asiakkaan kanssa vaikuttavat asiakkaan motivaatioon. Tutkimusten mukaan ihmisen

motivaatio vaihtelee tilanteiden mukaan, eikä se ole ihmisen staattinen ominaisuus. Päihdekuntoutujan muutosmotivaatioon vaikuttavat voimakkaasti perhe, läheiset, yhteisön tuki ja tunteet. Yhteiskunnan yleinen suhtautuminen päihneiden käyttöön voi vaikuttaa myös kuntoutujan motivaatioon. (Miller 2008, 17,19.)

Hoitotyöntekijöiden tulee huomioida asiakkaan kohtaamisessa päihdeongelmainen niin, että tämä ei tunne työntekijän mitätöivän häntä. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei syyttele ja osoita asiakkaalle epäluottamusta hoitokontaktissa. Luottamus onkin kuntoutumisesta edistävän hoitokontaktin edellytys. (Hyytinen 2008, 94.) Päihdekuntoutuksessa asiakkaalle tulee antaa riittävästi aikaa oman sisäisen prosessin käynnistymiseen. Hoitotyöntekijöiden ei tule kiirehtiä hoitoprosessia missään vaiheessa. Päihdekuntoutuksessa keskeistä on hoitoprosessin pitkäjänteisyys ja kärsivällisyys. Tulee myös muistaa, että vain päihdekuntoutujan itsensä asettamat tavoitteet mahdollistavat kuntoutumisen. (Stormbom 2008, 110.)

4.2 Omaiset hoitoprosessissa

Kehityttyään päihderiippuvuus huonontaa ihmisen sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia. Päihneiden käytön aiheuttamat ongelmat vaikuttavat ihmisen oman itsen lisäksi myös riippuvaisen perheeseen, lähipiiriin ja työyhteisöön. Riippuvuus vaikeuttaa perhe-elämää ja työn hoitamista ja näin ollen ongelmia muodostuu sosiaalisissa suhteissa ja taloudellisissa asioissa. (Kiiänmaa 2010, 23.) Päihdeongelmaisia on hoidettu pitkään yksilökeskeisesti, mutta päihdehuoltolain vaikutuksesta viimeisen 15 vuoden aikana perhekeskeisyyttä on alettu korostaa. Laki kehottaa hoitamaan myös päihdeongelmaisen perhettä ja läheisiä, ei ainoastaan päihdeongelmaista. (Mäkelä 2003, 225.)

Riippuvainen ihminen elää omaa elämäntilannettaan myös silloin, kun hän on hoidettavana ja hän on itse oman elämänsä asiantuntija. Riippuvaisen ja hänen läheistensä välinen suhde liittyy olennaisesti hoitotyöhön, asiakkaan läheiset voivat aiheuttaa ongelmia tai he voivat olla tukena ja voimavarana. Hoitohenkilökunnan tuleekin pyrkiä ymmärtämään asiakkaan ja hänen läheistensä välistä suhdetta. Kujala (1996) on tarkastellut liittyen lisensiaattitutkimukseensa useita opinnäytetutkimuksia, joissa on todettu läheisten olevan hyvin merkityksellisiä ja tärkeitä toipuvulle. Asiakkaan läheisiä ei tulisi kokea lisärasitteena vaan voimavarana asiakkaan kuntoutumiselle ja näin ollen hoitohenkilökunnan ja läheisten tulisi pyrkiä yhteistä päämäärää ja tavoitetta kohti. Suomalaisissa asiakkaisiin kohdistetuissa tutkimuksissa on todettu, että asiakas itse ja hänen läheisensä eivät pääse haluamallaan tavalla osallistumaan omaansa tai perheenjäsentensä hoitoon ja siihen liittyviin päätöksiin. Tutkimusten mukaan moni läheinen oli halukas osallistumaan, mutta siihen ei ollut tarjottu juurikaan mahdollisuutta. (Kujala 1996, 27-28, 34.)

Asiakkaan ja hänen perheensä ja läheistensä omatoimisuuden tukeminen on keskeisessä asemassa ja tavoitteena. Jokaiselle asiakkaalle tulee räätälöidä yksilöllinen ja tarpeeksi kattava hoitosuunnitelma ja erilaisia hoitomuotoja tulee olla riittävästi tarjolla. Päihdepalveluita tulee tarjota päihteiden ongelmakäyttäjien lisäksi heidän perheilleen ja läheisilleen. Vertaistuen ja ammattiauttajien avulla voidaan kuitenkin kuntouttaa ja hoitaa monia päihdeongelmaisia. Terveystuon yleinen lainsäädäntö ja sosiaalihuoltolaki toimivat palvelujärjestelmän pohjana. Vielä tarkemmin alkoholi- ja huumeongelmien hoidon ja kuntoutuksen rajat määrittelee vuoden 1986 päihdehuoltolaki. Jokaisen kunnan on lain ja sitä täydentävän asetuksen mukaan järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuoltoon sijoittuvat päihdepalvelut laajuudeltaan ja sisällöltään vastaamaan kunnan asukkaiden tarpeita. Päihdepalveluiden tulee olla helposti tavoitettavissa, monipuolisia ja laadukkaita. Ne tulee järjestää myös päivystysluontoisesti, jotta palveluja on saatavilla jokaisena vuorokauden aikana tarvittaessa. Palvelut tulee ensisijaisesti järjestää avohuollon toimenpitein. Laissa päihdehuollon tavoitteiksi määritellään päihteiden ongelmakäytön ehkäiseminen ja vähentäminen sekä päihteiden ongelmakäyttöön liittyvien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen. Lisäksi laissa määrätään edistämään päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Alkoholi, huumeet, päihdyttävät lääkkeaineet ja päihteenä käytettävät liuotteet nimetään laissa päihteiksi. Laissa korostetaan ongelmien varhaisvaiheessa oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Päihdepalveluita järjestää kuntien lisäksi valtio ja erilaiset julkiset ja yksityiset palveluntuottajat. Päihdealan yhdistyksillä ja järjestöillä on erityisesti tärkeä tehtävä päihdepalveluiden tuottajina. (Mäkelä & Aalto 2010, 43-44.)

Perhenäkökulman keskeinen periaate on se, että perheenjäsenille ei saa tuottaa haittaa ja että lapset ovat riippuvaisia vanhemmistaan ja vanhemmat ovat vastuussa lastensa hyvinvoinnista. Länsimainen etiikka määrittelee ihmisen itsenäiseksi olennoksi, jolla on lupa toimia niin kuin hän itse haluaa ja jopa itselleen haitallisella tavalla. Länsimainen etiikka kuitenkin asettaa toiminnan ehdoksi sen, että muille ihmisille ei saa tuottaa haittaa. (Mäkelä 2010, 82) Perheenjäsenten mielissä herää monia kysymyksiä ja tunteita silloin, kun joku perheestä on päihteiden käyttäjä. Pelot, epävarmuus ja erilaiset vuorovaikutuspelit syrjäyttävät aikasemman avoimuuden. Mieltä vaivaavia asioita ei uskalleta ottaa puheeksi ja suoria ja avoimia kysymyksiä vältetään, koska pelätään päihteiden käyttäjän reaktioita, raivostumista ja suuttumista. Ei uskalleta kuulla vastauksia ja pelätään että riippuvainen lähtee juomaan tai käyttämään huumeita, koska häntä on loukattu kysymällä asioita. Omaisten onkin pyrittävä pysymään toimintakykyisinä ja terveinä. On erittäin tärkeää pitää huolta omasta jaksamisestaan ja voinnistaan. Omaisten tulisi myös ymmärtää, että tilanteessa on kaksi avuntarvitsijaa, riippuvainen ja omaiset itse. (Korhonen 2013, 43-44, 132.)

Jampolsky (2012, 141-142) kuvaa työskentelynsä alkuaikoina huumeriippuvaisten kanssa tehtävän työn keskittyneen vain riippuvaiseen itseensä, ei lainkaan riippuvaisen perheenjäseniin.

Ihmissuhteet, etenkin perhesuhteet ovat se näyttämö, jossa riippuvuus vaikuttaa tuhoisin seurauksin. Hoidon tulisi kattaa myös päihderiippuvaisen perhe. Jampolsky kuvaa myös työssään kohtamiaan kokemuksia, joissa perhe on velvoitettu osallistumaan riippuvaisen hoitoon, mutta läheiset ovat kieltäytyneet. Läheiset ovat kieltäytyneet osallistumasta hoitoon, koska ovat olleet sitä mieltä, että riippuvuus on riippuvaisen oma ongelma ja että jos hän siivoaisi elämänsä ja muuttaisi käyttäytymistään, kaikki olisi taas normaalia.

Hyytisen (2007, 189) mukaan useat päihdekuntoutukseen liittyvät tutkimukset ovat osoittaneet, että läheissuhteiden merkitys asiakkaan kuntoutumisessa ja tukemisessa on merkittävä tekijä. Kuusisto (2010, 189, 236) toteaa tutkimuksessansa, Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen - tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa, että päihdekuntoutujan kuntoutumista tukee perhesuhteet. Läheisten tuki auttaa päihdekuntoutujaa vetäytymään pois ja pysyttelemään irti päihdemaailmasta. Kuusiston tutkimuksessa tutkittavat olivat tuoneet esille paljon erilaista kuvausta läheisten tuen merkityksestä kuntoutumisprosessin ajalta. Ydinperheen lisäksi tukea antoivat ystävät, vertaistuki ja työyhteisö. Päihdekuntoutajat eivät tunteneet perheen tukea painostuksena enää siinä vaiheessa, kun heillä oli herännyt oma hoitomotivaatio ja muutoshalukkuus.

Omaiset, sukulaiset, tuttavat ja työtoverit voivat olla tukena ja apuna riippuvaisen toipumisessa. Riippumatta siitä, minkälaisessa hoidossa ongelmainen on, läheisten tuella on suuri merkitys. Läheiset toimivat tukiverkkona ja vahvistavat hoidettavan päihteettömänä pysymistä. Riippuvaisen perhe ja läheiset ovat tärkeä tukijoukko ja voimavara, vaikka riippuvainen itse onkin päävastuussa muutoksen toteuttamisessa. Hoidossa toimintasuunnitelman kolmijalka sisältää perhekeskeisen hoidon, perheen sisäiset keskustelut ja vertaistuen. (Mäkelä & Aalto 2010, 52 ; Mäkelä 2010, 84.)

Päihteiden käyttäjän omaiset tuntevat usein kiukkua, uupumusta, surua ja häpeää siitä, millä tavoin heidän omaisensa päihteiden ongelmakäyttö vaikuttaa heidän elämäänsä. Päihteiden ongelmakäyttö ei vaikuta ainoastaan käyttäjään itseensä. Omaiset yrittävät kaikin keinoin salata perheen jäsenensä päihderiippuvuutta. Jotta ongelman vakavuus ei paljastuisi muille, pyritään riippuvaista hoivaamaan ja hänestä huolehditaan. Arkea varjostavat monet ikävät ja raskaat asiat, kuten väkivallan uhka, pelko, huoli päihdeongelmaisesta, hänen mahdollisista lapsistaan ja tulevaisuudestaan. Päihdeongelmaisen perhe tekee usein kaikkensa, jotta he voisivat auttaa läheistään ja selviänsä itsekkin arjestaan. Ikävä kyllä, joskus osa omaisista masentuu niin, että he itse alkavat käyttää päihteitä tai lääkkeitä väärin. Läheisten keinot vaikuttaa omaan tilanteeseensa saattavat olla vajavaisia, mahdollisesti heiltä puuttuu tietoa, keinoja tai ymmärrystä kirjoittaa Myllyhoitoyhdistyksen projektipäällikkö Uusivuori (2008, 147) artikkelissaan Päihdeongelmaisten hoitoon motivointi omaisten avulla.

Kuusiston (2010, 263) tutkimus osoitti myös sen, että päihdekuntoutujan oli helpompi palata sosiaaliseen osallisuuteen, mikäli hänellä oli perhe tukena. Kuitenkin päihdeongelman ollessa akuutisti päällä, perheen koheesio kuvattiin heikoksi. Perheen merkitys päihdekuntoutujan elämässä oli suuri, mutta päihdeongelmalla oli perhesuhteita hajottava vaikutus. Yleisesti ottaen läheisten tuella nähtiin olevan vaikutusta toipumisessa.

Päihdeongelmista kärsittäessä omatoiminen ponnistelu ei useinkaan riitä ja sen vuoksi onkin ensiarvoisen tärkeää, että asiakkaan perhe edistää hoitoon hakeutumista. Alkoholiongelmiensa hoidossa ja ehkäisyssä perhe ja läheiset ovat suuri ja tärkeä voimavara. Läheisten ollessa mukana hoitoprosessissa, saadaan aikaan parempia hoitotuloksia. Yksilökeskeisen mallin mukaan voidaan ajatella hyvinkin mustavalkoisesti, niin että riippuvainen on ongelmien aiheuttaja ja syyllinen ja että perheenjäsenet ovat vain viattomia uhreja. Tämä ajattelutapa ei ole hyödyllinen saatika muutosta edistävä. Perhekeskeisessä mallissa pyritään hyödyntämään perheen kaikki vahvuudet ja parantumista edistävät voimat. Mallissa pyritään näkemään perheen vuorovaikutustavat ja ympäristön ja perheen muodostama kokonaisuus. (Mäkelä 2010, 73, 76.)

Huumeiden käyttäjien hoitoprosessi vaatii yleensä tukijoukkoja ja on sääli, että raju elämäntapa on saattanut katkaista siteet perheeseen ja muihin tärkeisiin ihmissuhteisiin. Alaikäisen hoidettavan ollessa kyseessä perheen merkitys korostuu entisestään, tällöin perhe pyritään integroimaan hoitoprosessiin. Aikuisen huumeiden käyttäjän ollessa kyseessä, näin ei toimita. Joissakin tapauksissa perheen mukaan ottamien hoitoprosessiin voi olla jopa haitallista. Kyseessä voi olla myös näkemys siitä, että perheen asemaa hoitoprosessissa ei koeta tärkeänä ja että huumeongelma koetaan yksilötason ongelmana. (Kuussaari 2006, 63.)

Joidenkin päihderiippuvaisten elämään kuuluu myös perhe ja lapsia. Näin ollen vanhempien päihdeongelmat eivät kosketa vain heitä itseään. Aikuisten alkoholiriippuvuutta hoidettaessa tulee aina ottaa huomioon myös lasten näkökulma. Lastensuojelu onkin sosiaalitoimiston tärkeä toiminta-alue ja vanhempien päihdeongelmat ovat yksi lastensuojelutoimintapöytäkirjojen keskeisimpiä syitä. Lastensuojelulaki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, opetustoimen, nuorisotoimen ja poliisitoimen työntekijöitä ilmoittamaan sosiaalitoimistoon, mikäli he havaitsevat lapsen, jonka hoito ja huolenpito on laiminlyöty, taikka lapsi elää kehitystä vaarantavissa olosuhteissa tai lapsen oma käyttäytyminen ilmoitusta edellyttää. (Mäkelä & Aalto 2010, 46 ; Mäkelä 2010, 73.)

Vuosikautia päihdeongelmaisten hoito-ohjelmat päihdeklinoilla ovat periaatteineen estäneet läheisten ottamisen mukaan hoitoon ja sen vuoksi perheenjäsenten on ollut vaikeaa saada apua päihdeongelmaiselleen. Pääasiallinen vaihtoehto omaisille on ollut vertaistukiryhmätoiminta Al-Anon, joka tarjoaa vertaistukea alkoholiriippuvaisen läheisille. Al-Anonin kaltaiset 12 askeleen ohjelmat ohjaavat perheenjäseniä irrottautumaan päihteidenkäyttäjistä. Omaisten

tulisi keskittyä itseensä ja pyrkiä hyväksymään oma voimattomuutensa liittyen päihdeongelmaisen epäterveeseen käyttäytymiseen. Perheenjäsenten aito kiinnostus päihdeongelmaisen hoitoon saamiseksi ja yhteyden jatkuminen on olennaisen tärkeää. Suurin osa päihdeongelmaisten omaisista on halukkaita ja motivoituneita tekemään töitä positiivisten muutosten eteen. He ovat huolissaan päihdeongelmaisesta ja heille itselleenkin on hyötyä osallistumiseen omaisena hoitoon. Omaisten tulisi myös muistaa, että ihminen ei muuta käyttäytymistään ilman syytä ja käyttäytymisen muuttaminen perustuu psykologisiin oppimisperiaatteisiin. Nuorille (10-20 -vuotiaille) joiden elämään vaikuttaa toisen ihmisen juominen on tarjolla Ala-teen-ryhmiä. Näissä ryhmissä kummina toimii kokenut Al-Anon-ryhmän jäsen. (Smith & Meyers 2004, 14, 43, 50, 378 ; Mäkelä & Aalto 2010, 53.)

Joissakin hoitopaikoissa suositaan perheenjäsenten mukaan tuloa hoitoon jo heti ensimmäisestä hoitokerrasta lähtien, jotta hoidon suunniteluun saadaan mahdollisimman monipuolinen näkökulma jo heti alussa. Joskus jopa perheen lapset pyydetään mukaan käynnille. Kuitenkin valtaosa terveydenhuollon yksiköistä toimii yksilöhoitoperiaatteella. Se kertoo ehkä siitä, että perhekeskeistä hoitotapaa vierastetaan. Päihdetyön erikoisyksiköt, kuten A-klinikat ja nuori-soasemat työskentelevät paljonkin perheiden ja pariskuntien kanssa. Koko perheen voimalla hoitoon lähteminen voi olla kuitenkin ongelmallista jo käytännön järjestelyiden kannalta. Perheneuvottelut ovat kestoaltaan pidempiä ja työstä tai koulusta täytyy ottaa vapaata, jotta pääsee osallistumaan. Päihdehuoltolaki kuitenkin antaa suosituksen hoitaa koko perhettä päihdeongelmien yhteydessä. Perhekeskeisestä työskentelystä on runsaasti korkeatasoista tutkimusnäyttöä. Perheen osallisuus asiakkaan hoidossa edistää asiakkaan hoitoon hakeutumista ja siellä pysymistä. Perhekeskeisen hoidon on osoitettu tuottavan parempia tuloksia kuin yksilöhoidon ja sen on osoitettu myös hyödyttävän perheen lapsia. Alkoholien käyttö on vähentynyt, perheen ihmissuhteet ovat parantuneet, perheväkivallan todennäköisyys on vähentynyt ja perheen muutkin ongelmat ovat vähentyneet. Perhekeskeisen hoidon kustannukset saattavat olla pienemmät kuin yksilöhoidossa. (Mäkelä 2010, 78-79.)

4.3 Prosessikuvaus

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena ymmärtää päihdekuntoutujan hoitopolun prosessia ja sen kulkua. Voidaksemme kehittää jotakin prosessia, tulee prosessi ensin kuvata. Prosessien kuvaaminen on hyvä keino tuoda esiin organisaation käytännön työtä. Prosessin ideana on se, että on olemassa jotakin toistuvaa ja pysyvää, josta voidaan sopia ja jota voidaan kehittää ja mallintaa. (Laamanen 2001, 20, 23.)

Prosessi rakentuu erilaisista tehtävistä ja sen toteuttamiseen tarvitaan resursseja, kuten työ-aikaa, rahaa, osaamista, laitteita, tiloja ja koneita. Perusajatuksena prosessiajattelun kulussa on nähdä tapahtumaketjun eli prosessin tuoma hyöty asiakkaalle. Prosessit tulisikin kuvata,

jotta niiden kulku tulisi selväksi ja ”läpinäkyväksi” kaikille niin asiakkaalle itselleen kuin hoitotyöntekijöillekin. Prosessiajattelun peruskomuksena onkin tietyn toimintojen ketjun asiakkaalle luoman hyödyn tavoittaminen, hyödyn, joka luo arvoa asiakkaalle. Prosessien kehittämisen avulla voidaan parantaa toimintaa asiakkaan tarpeesta lähtien ja parantaa asiakkaan tyytyväisyyttä ja saamaa palvelua. Hoitohenkilöstön kohdalla työhön voidaan tuoda lisää ymmärrystä liittyen organisaation tavoitteisiin, yhteistyöhön yli rajojen ja henkilöstön oman roolin ymmärtämiseen. (Laamanen 2005, 151, 155- 156.) Prosessin kuvaamisen tarkoituksena on ymmärtää valittua toimintaa (Laamanen 2005, 161).

Hyvä prosessikuvaus sisältää prosessin kannalta kriittiset asiat ja sen tulee esittää asioiden välisiä riippuvuuksia. Hyvä prosessikuvaus auttaa ymmärtämään omaa roolia ja kokonaisuutta suhteessa tavoitteiden saavuttamiseen. Lisäksi sen tulee edistää prosessissa toimivien henkilöiden yhteistyötä sekä antaa mahdollisuus toimia joustavasti tilanteen vaatimusten mukaan. (Laamanen 2001, 76.)

Tässä opinnäytetyössä prosessikuvauksen tarkoituksena on löytää kunkin päihdekuntoutujan hoitopolusta, haastatteluista saatujen tietojen ja kokemusten pohjalta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia virallisen hoitopolun ja tutkittavien kokemusten välillä. Hoitoprosessien osia ja tutkimushaastatteluissa esille tulleita kertomuksia vertailemalla löytyy mahdollisia kehittämis- ja uudistamistarpeita. Edellä mainittuja tutkimustuloksia tuodaan käytäntöön tarpeen mukaan. Hoidon jatkuvuuden ja yhteen toimivuuden lisääminen ovat prosessikuvauksen tavoitteena. Prosessikuvauksia voidaan hyödyntää, kun halutaan selvittää toimintatapoja tai tehostaa niitä. Prosessikuvausta voidaan käyttää myös stimuloimaan toiminnan muutoksia. (Vuokko ym. 2011, 5,12.)

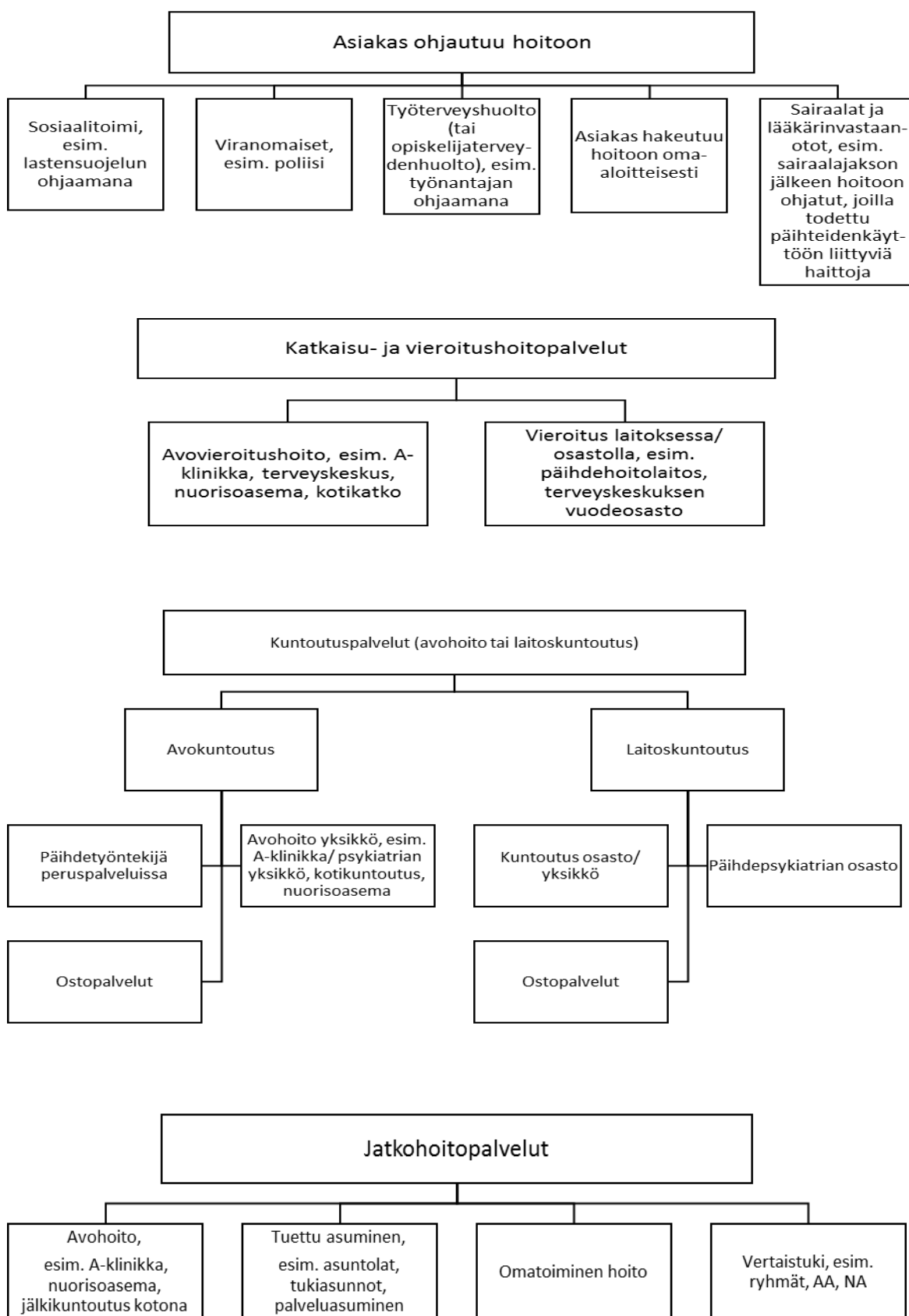
Päihdekuntoutujan hoitopolun prosessi on tärkeää kuvata, jotta sitä voidaan kehittää kohti tuloksellisempaa hoitoa. Tällä hetkellä päihdekuntoutujat valitettavan usein putoavat hoitopolun prosessista esimerkiksi siirtyessään hoitopaikasta toiseen ja jatkavat päihdeidenkäyttöä. Sen jälkeen uudestaan hoitoon hakeutuessaan he aloittavat hoitopolun prosessia ajatellen tavallaan kaiken alusta.

Päihdekuntoutujan hoitopolun prosessi on myös tarpeellista tehdä näkyväksi sen vuoksi, jotta hoitotyöntekijät ja toimijat, jotka linkittyvät asiakkaan hoitopolun kulkuun saisivat käsityksen siitä, mitä hoitopolun kulussa todellisuudessa tapahtuu. Pääsääntöisesti toimijat ymmärtävät omalla osastollaan tai työpisteessään tehtävän työn, mutta muilla osastoilla tai pisteissä tehtävästä työstä heillä on harvoin selvää käsitystä. Työntekijöillä ei välttämättä ole käsitystä siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu, kun asiakas esimerkiksi siirtyy hoitopolussa eteenpäin. Prosessien kuvaaminen voikin johtaa myös työtovereiden osaamisen arvostamiseen, monitaitoisuuden kehittymiseen ja työkokonaisuuksien kasvattamiseen. (Laamanen 2001, 23.)

Häkkinen (2013, 74) kuvaa tyypillistä hyvää päihdekuntoutujan hoitopolun prosessia seuraavasti: katkaisuhoido, pidempi hoitajakso jossakin yhteisössä, hoitokotiin siirtyminen pitkäksi aikaa, tukiasuntoon siirtyminen ja lopuksi siirtyminen vapaaseen omatoimiseen asumiseen. Tälle hoitopolun prosessille ihanteellinen aika on 2-3 vuotta. Hoitoprosessia ja kuntoutujan toipumista tukee vaiheittainen ja hidaskäynninen eteneminen, jonka avulla pyritään minimoimaan edestakainen liike ja retkahdusten vaara.

Miller (2008, 31, 33) taas kuvaa tyypillistä hoitopolun etenemistä vaiheesta toiseen spiraalimaisena tai sirkulaarisena eikä lineaarisena jatkumona. Päihdeongelmissa ongelman uusiminen on hyvin todennäköistä ja normaali tapahtuma. Retkahduksen sattuessa kuntoutujat palaavat tavallisesti aikaisempaan vaiheeseen, jota voisi kutsua jonkinlaiseksi harkintavaiheeksi. Jotkut jopa palaavat esiharkintavaiheeseen takaisin. Silloin he yleensä ovat kyvyttömiä tai haluttomia yrittämään nopeaa muutosta. Retkahdusta ja paluuta takaisin alkuun ei tulisi pitää epäonnistumisena, eikä tilanteen tarvitse olla pitkään jatkuva tai suurta vahinkoa aiheuttava. Takaiskujen sattuessa ei tule ajatella, että kuntoutuja on hylännyt muutostavoitteensa. Monet päihdekuntoutujat kiertävät saman ympyrän useita kertoja ennen päätymistään pysyvään ja vakaaseen muutokseen. Lundin (2006, 109, 114) mukaan nykyisessä päihdehuollon hoitojärjestelmässä voidaan havaita ongelmia, joita hän kuvaa seuraavasti: liian sattumanvaraisia toimenpiteitä, liian myöhään ja liian monimutkaiselta palvelujärjestelmältä. Päihdekuntoutujan omaiset ja asiakas itse tuskailevat järjestelmän sekavuuden kanssa.

Kuvio 1. Päihdekuntoutujan hoitopolun prosessin kuvaus (omaa asiantuntemusta ja lähteitä mukailten)



5 Opinnäytetyön tausta

Opinnäytetyöni liittyy erään Suomen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden erään yksikön kehittämiseen. Kyseisessä yksikössä toimiva avokuntoutusosasto tarjoaa kaupunkinsa aikuisille apua ja hoitoa päihdeongelmiin ja masennukseen. Yksikössä toimivalla avokuntoutusosastolla voi käydä vastaanotolla ja osallistua erilaisiin ryhmiin. Opinnäytetyöni on rajattu kuvaamaan kolmen päihdekuntoutujan hoitopolku ja sen eri vaiheet. Lisäksi kuvataan omaisten osallisuus päihdekuntoutujan hoitopolussa. Tutkimushaastatteluihin osallistuvilla päihdekuntoutujilla on takanaan vähintään yksi laitoskuntoutusjakso ja he ovat tällä hetkellä avokuntoutusyksikön asiakkaina.

Opinnäytetyön prosessin aloitin viime syksynä lokakuun alussa tapaamalla kyseisen mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksikön työntekijöitä ja esimiehiä. Tapaamisessa ideoimme yhdessä opinnäytetyöni aiheita. Heiltä nousi toive, että alkaisin tutkia päihdekuntoutujan hoitopolun prosessia ja omaisten osallisuutta siinä. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia, kuvata ja kehittää päihdekuntoutujan hoitopolkua. Tavoitteena on tehdä ”läpinäkyväksi” päihdekuntoutujan hoitopolku ja saada viitteitä, kuinka asiakkaan perhe huomioidaan ja otetaan osalliseksi hoitoon. Tarkoituksena on kuvata prosessikuvauksen ja narratiivien avulla, mitä päihdekuntoutujan hoitopolussa todellisuudessa tapahtuu sekä analysoida kokemusasiantuntijoiden mahdollisia kehittämis-/uudistusehdotuksia ja tuoda niitä käytäntöön mahdollisuuksien mukaan. Lopuksi tulen rakentamaan oman asiantuntemukseni, lähteiden ja kokemusasiantuntijoilta hankitun tutkimustiedon avulla päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvauksen. Tässä opinnäytetyössä hoitopolun prosessilla tarkoitetaan asiakkaan hoidon kulkua ensimmäisestä hoitoon hakeutumisesta tähän päivään saakka.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihdekuntoutujien hoitoprosesseja. Tavoitteena on saada tietoa päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan päihdekuntoutujan hoidon kehittämiseksi. Tavoitteena on kehittää päihdekuntoutujan hoitoprosessia, sen kulkua ja sujuvuutta sekä toimintatapoja. Tietoa opinnäytetyöhön koostetaan päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan. Lisäksi kokemusasiantuntijoilta, tässä opinnäytetyössä päihdekuntoutujilta ja heidän omaisiltaan, saadaan tietoa ja kehittämisideoita, joiden avulla asiakkaan perhe huomioidaan asiakkaan hoitoprosessin aikana ja voidaan ottaa mukaan hoitoon. Tietoa ja kehittämisideoita saadaan myös hoitohenkilökunnalta. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös rakentaa erään Suomen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdelle yksikölle päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvaus.

Tavoitteisiin päästään seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Millainen on päihdekuntoutujan hoitopolku?
2. Miten perheen tuki vaikuttaa ja mikä on sen merkitys päihdekuntoutujan hoitopolulla?
3. Millaista on asiakkaan saama hoito ja hänen luottamuksensa hoitotahoon?
4. Miten asiakkaan oma hoitomotivaatio vaikuttaa hoitoon?

7 Opinnäytetyön tutkimukselliset lähestymistavat

7.1 Arviointitutkimus

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen ja osin myös arviointitutkimusta. Arviointitutkimuksen tarkoituksena on auttaa ihmisiä tavalla tai toisella ja se voi kohdistua prosessiin, prosessin osaan, palveluun, ohjelmaan, innovaatioon, hankkeeseen tai interventioon (Robson 2001, 18). Arviointitutkimuksessa edetään syklisesti. Kohde on ennalta määritelty. Siinä määritellään, mikä toimii ja missä asiayhteydessä asioita tehdään ja mitä varten ne toimivat. Palveluiden kehittämiseksi tulee hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa ja palveluita tulee arvioida toiminnasta kerätyn tiedon avulla. Lähtökohtana on tuottaa tietoa, jotta kehitystyötä voidaan viedä eteenpäin ja tietoa voidaan siirtää myös muihin vastaavanlaisiin hankkeisiin. Käytettäessä arvioivaa työtettä on tärkeää ja keskeistä aukaista työn eri prosessit ja logiikka Niiden avulla työn ja toiminnan periaatteet ja sisällöt voidaan tehdä läpinäkyväksi. (Anttila 2007, 83–84.) Tässä opinnäytetyössä kehittävää ja arvioivaa tietoa tulee esiin päihdekuntoutujan prosessikuvauksessa ja narratiivisissa kertomuksissa sekä haastatteluista nousseiden teemojen käsittelyssä.

Palvelun käyttäjien kokemuksilla voidaan sanoa olevan eniten vaikutusta ja suuri merkitys kehitettäessä palveluita. Valitettavan usein heidän ääntänsä on vaikea saada kuuluviin. (Robson 2001, 34, 196.) Asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien haastattelut ja kyselyt ovat tärkeitä. Niillä saadaan tärkeää tietoa niiltä, jotka palveluita käyttävät ja joille palvelut on suunnattu. Käyttäjiltä ja toimijoilta kerätään tietoa, jonka avulla prosessia voidaan kehittää ja ohjata entistä paremmin vastaamaan käyttäjien tarpeita. Käyttäjille annetaan ääni ja heitä kuullaan. Palvelun käyttäjien avulla voidaan saada realistinen käsitys hoitoprosessin tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. (Toikko & Rantanen 2009, 96-97.) Tarkasteltaessa yksittäisen ihmisen hoitoprosessia asiakas voi saada lisää tietoa siitä, mitä hän voi toiminnalta odottaa ja minkälainen on se prosessi, jonka avulla mahdollisesti toivottuja tuloksia saavutetaan. Työntekijälle oman organisaation työprosessien ja vakiintuneiden käytäntöjen läpivalaisu saattaa antaa välineitä omaan ammatilliseen kehitykseen. (Robson 2001, 6.)

7.2 Narratiivinen lähestymistapa

Ihminen on oman elämän tarinansa päähenkilö. Ihminen elää tai kuvaa tarinaansa, jonka kautta hän rakentaa identiteettiään. Kerrotussa ja eletyssä tarinassa piirtyy päähenkilö, jonka henkilöahamo on ihmisen minuus. Ilmiötä voidaan tarkastella tarinanäkökulmasta ja silloin ilmiö voidaan nähdä merkityksen omaavana, muuttuvana ja kontekstiin sidottuna. Tarinassa tapahtumaketjujen elementit kytkeytyvät toisiinsa tavalla, joka osoittaa niiden keskinäisen riippuvuuden, inhimillisen toiminnan peruslaadun mukaisesti, mutta ei kausaalistisesti. Tarinassa aika jäsentyy inhimillisellä tavalla merkityksen omaaviksi episodeiksi, siinä kytkeytyvät yhteen ihmisen toiminnan konkreetit ehdot ja pyrkimykset. Ihmisen tarina kantaa moraalista sisältöä konstitutiivisena elementteinään eli oikeuden ja vääryyden, onnen ja epäonnen, hyvän ja pahan jännitettä. Ricoeurin (1982) mukaan ihmisen elämä on sarja kaaottisia tapahtumia, joita voidaan jäsentellä tarinan avulla, tarinaa käytetään kokemusten jäsentäjänä. Elämän tapahtumat hahmotellaan loogisesti eteneväksi tarinaksi. (Hänninen 2003, 93-94.) Hyvärisen ja Löyttyniemen (2005, 189) mukaan kertomus antaa vastauksen kysymykseen, kuka minä olen. Ihmisten identiteetit rakentuvat kertomusten kautta ja niiden avulla voidaan käsitellä, hallita ja ymmärtää mennyttä.

Ihmisiltä kysyttäessä, miksi he tekivät jotakin niin kuin tekivät, saamme usein vastauksen kertomuksen muodossa. Elämme kertomusten maailmassa ja sen vuoksi kertomukset ovat tärkeitä. Narratiivisessa tutkimuksessa ainoastaan tärkeää ei ole vain se, mitä ihmiset kertovat, vaan myös se, miten he sen kertovat ja miksi asioista ja tapahtumista kerrotaan juuri tietyllä tavalla. (Kaasila 2008, 41-42.) Kertomusten analyysi on narratiivisen tutkimuksen lähtökohta ja ydin ja se on saanut alkunsa Aristoteleen runousopista. Narratiivisessa lähestymistavassa tarinoita ja kertomuksia käytetään tapana ymmärtää omaa elämää ja tehdä elämän kokemuksia ja tapahtumia merkitykselliseksi. Kertomukset tuottavat ja välittävät tietoa. Narratiivi voidaan suomentaa tapahtumien kuluksi, tarinaksi tai kertomukseksi ja niiden avulla ihmiset voivat ymmärtää itseään, asioitaan ja asioiden välisiä yhteyksiä. Narratiivien voidaan myös ajatella olevan keskeisiä konkreettisia työkaluja itsensä ymmärtämiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 218.) Kertomusta, tarinaa ja narratiivia voidaan käyttää toistensa synonyymeina (Heikkinen 2010, 143).

Narratiivisen ja perinteisen laadullisen tutkimuksen keskeisimpänä erona voidaan pitää tietämisen subjektiivisuutta. Narratiivinen tutkimus pyrkii henkilökohtaiseen, subjektiiviseen ja paikalliseen tietoon eikä objektiiviseen tai yleistettävään tietoon. (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen, 2001, 84- 85; Heikkinen 2010, 157.) Narratiivi voidaan käsittää tutkimuksen lähestymistapana ja tällöin puhutaan tarkasteltavan ilmiön ontologiasta eli tiedon luonteesta ja epistemologiasta eli siitä, millä menetelmillä tietoa saadaan. Narratiivisen tutkimuksen ydin on siinä, että huomio kohdistetaan tarinoihin maailman merkityksen ja todellisuuden

tuottajana ja välittäjänä. Näin ollen narratiivinen tutkimus voidaan ymmärtää väljäksi metodiseksi viitekehyykseksi. Ihmisten elämään liittyvät ilmiöt ovat prosessimaisia ja ne ovat aikaan ja paikkaan sidottuja. Narratiivin ontologiset lähtökohdat määrittelevät ihmisen merkityksiä antavaksi aktiiviseksi toimijaksi. Narratiivinen aineisto perustuu kieleen ja kielen avulla ihminen tekee kokemuksensa ymmärrettäväksi muille. Epistemologisissa lähtökohdissa on keskeistä, että ihminen käyttää kieltä kokemuksensa tuottamiseen, narratiivisen tutkimuksen tarkoituksena on siten ymmärtää konkreettisia tapahtumia ja kokemuksia ihmisten sisäisestä maailmasta, pyrkimyksistä ja toiminnasta. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 84- 85.)

Narratiivisessa tutkimuksessa viitataan usein kokemuksen, elämän ja kasvatuksen kietoutuvan toisiinsa. Kokemukset muotoutuvat kertomuksista, joita ihmiset elävät ja kokemus sijoittuu aikaan ja tarinan muotoon. Narratiivisuuteen sisältyy myös ajatus koko elämän ja yksittäisten kokemusten välisestä yhteydestä. Kertomukset kasvattavat niin kokijaa itseään kuin myös kuulijoita eli toisia ihmisiä. Ymmärtääksemme erilaisia asioita ja muutoksia ihmisten elämässä, niitä on tutkittava yksittäisten ihmisten elämän kokemusten kautta. Narratiivinen tutkimus pohjautuu sen kykyyn saada lukija vakuuttuneeksi ja eläytymään kertomukseen ja kokemaan kertomuksen todentuntuisesti. Narratiivinen tutkimus ei pohjautu uskottavuudeltaan väitelauseisiin ja perusteluihin. Parhaimmillaan narratiivinen tutkimus on silloin, kun lukemisen jälkeen lukijan ja myös tutkijan maailmassa jokin on toisin kuin aiemmin. (Syrjälä 2010, 252- 253, 258.)

Narratiivinen tutkimus lähtee ajatuksesta, että ihmisen identiteetti rakentuu kertomuksessa, jota hän elää. Samalla kun ihminen kertoo tarinaansa, hän myös elää sitä. Jokaiselle meille oman tarinan kertominen on ihmisyyteen olennaisesti kuuluvaa. Kerromme ja tarinoimme kaiken aikaa. Tarinalliset, kertomukselliset tai kerronnalliset aineistot eli narratiivit voivat olla pitkiä tai lyhyitä ja julkisia tai henkilökohtaisia. Narratiiveiksi voidaan ymmärtää kaikki jossain määrin kerrontaan pohjautuvat aineistot ja materiaalit, joiden analysoiminen vaatii tulkintaa. Narratiiveilta edellytetään kuitenkin tietyn ainakin ajallisesti loogisen rakenteen noudattamista eli kertomuksellisia piirteitä. Kertomusta, tapahtumasarjaa tai tarinaa pitää koostaa juoni, jolla on alku, keskikohta ja loppu. Narratiivista aineistoa ei ole mielekästä esittää esimerkiksi luettelona. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tarinoiden ja kertomusten avulla tapahtumia ja kokemuksia voidaan tehdä muistettavaksi ja ymmärrettäväksi ja niitä voidaan jakaa toisten ihmisten kanssa. Ihmisen elämäntarina muodostuu oman minän ympärille kertyneistä tapahtumista muodostaen enemmän tai vähemmän yhtenäisen ja eheän kokonaisuuden. Oman elämänsä tarinoita ja kertomuksia apuna käyttäen ihminen tavoittelee elämänsä mielekkyyttä, eheyttä ja pysyvyyttä. (Syrjälä 2010, 252.)

Narratiivisuudella on monenlaisia ulottuvuuksia. Narratiivisuutta voidaan käyttää myös haastatteluissa, esimerkiksi tehtäessä elämäkerrallisia tutkimuksia. Narratiivisuutta voidaan li-

säksi ajatella käytännöllisenä työvälineenä ja konstruktivistisena tutkimusotteena. Tutkimuksissa, joissa ollaan kiinnostuneita ihmisten tarinoista omasta elämästään ja heidän vapaasti kertomistaan asioista, narratiiviset tarkastelutavat ovat hyvin soveltuvia. Ihmisten voidaan siis ajatella rakentavan ja muodostavan identiteettinsä ja tietonsa kertomusten avulla. Ei siis ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa todellisuutta, vaan me kaikki rakennamme oman todellisuutemme. Narratiivisuuden avulla on mahdollista saada todella arvokkaita näkökulmia asiakkaiden, potilaiden ja hoitoalan tehtävissä toimivien ihmisten elämään. Erityisesti hoitotieteessä on havaittu tarinallisten tutkimusten tärkeys, jotta alan ymmärrys lisääntyisi. Ajattelun potilaita, hankalien ja vaikeiden asioiden ja tapahtumien työstämisessä tarinoiden tuottaminen on erityisen tärkeää ja välttämätöntä selviytymisen onnistumiseksi. (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Narratiivinen lähestymistapa antaa mahdollisuuden tutkia hoitamiseen liittyviä kertomuksia ja sen avulla voidaan ymmärtää potilaiden ja terveydenhuollon asiakkaiden näkökulmia hoitoon. Ihmisen kertoma tarina on prosessi, joka pitää sisällään prosesseja ja tapahtumia kertojan elämästä. Tarina muodostaa tapahtumien ketjun, joka etenee ajallisesti ja samalla muodostaen juonen, joka sitoo yhteen erilliset tapahtumat yhdeksi kokonaisuudeksi. Tarinan tulkinta määrittelee kertojan elämän kokemukset ja tapahtumat toivoa herättäviksi, häpeän, suuttumuksen tai kunnian aiheiksi. (Vuokila- Oikkonen ym. 2001, 81- 82, 86.)

Hännisen (2003, 95, 25-26) mukaan tarinassa on aina juoni, jonka avulla peräkkäiset tapahtumat kietoutuvat toisiinsa muodostaen tarinan peruskaavan: alkutila- muutos- lopputila. Tarinoiden avulla voidaan hahmottaa muutoksia, jotka ovat osa menneen ja tulevaisuuden yhdistävää juonta. Näin ollen tarinoita voidaankin pitää elämänmuutoksen hallinnan välineinä. Elämän kirjo sisältää monenlaisia tarinoita. Joissakin tarinoissa päähenkilönä oleva joutuu halveksunnan ja paheksunnan kohteeksi, kun taas toisissa tarinoissa päähenkilö voi kantaa itsearvostuksensa ja minuutensa muutoksen yli ilman että se on uhka hänen identiteetilleen. Jokaisella ihmisellä on vapaus ja haaste luoda oma elämäntarina niiden lähtökohtien ja ehtojen pohjalta ja rajoissa, jotka hänelle on annettu. Ihminen on itse periaatteellisella tasolla vastuussa oman tarinansa luomisessa autenttisten kokemusten ohjaamana.

Narratiivien analyysissä katsotaan olevan useampia analyysi- ja lähestymistapoja kuin narratiivisessa analyysissä. Narratiivisessa analyysissä on kuitenkin myös erilaisia analyysivaihtoehtoja, kuten esimerkiksi tyyppittelyn kaltainen tarinatyyppien muodostaminen tai juonirakenteen tarkastelu. Joissakin tutkimuksissa voidaan soveltaa narratiivis-diskurssiivista analyysiä, koska osittain narratiivisuus ja diskurssiivinen analyysi menevät päällekkäin ja ne sisältävät samansuuntaisia elementtejä. Sitä, miten henkilökohtaiset kertomukset suhteutuvat kulttuuriin tarinoin, voidaan tarkastella esimerkiksi tutkimuksen keinoin. Kertomuksissa niputetaan yhteen erilaisia sosiaalisia ja yhteiskunnallisia tarpeita, tavoitteita, asenteita, vaateita

ja toivomuksia. Niissä työstitään elämänmuutoksista selviytymistä ja otetaan kantaa, tehdään asioita ymmärrettäväksi, kritisoidaan, puolustaudutaan, asemoidaan itseä ja muita ja tehdään selontekoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä opinnäytetyössä käytän narratiivista analyysiä ja pyrin rakentamaan keräämistäni kertomuksista jokaisesta yhden uuden tarinan. Narratiivisuuden lähtökohtana voidaan pitää ajatusta, että ihmisille luonteenomainen ja sisäinen tapa jäsentää kokemuksiaan, itseään ja elämäänsä ovat kertomukset ja tarinat. Vaikka ne pitäisivät sisällään epämukavuuksia ja epäjohdonmukaisuuksia tai toisaalta tuottaisivat jatkuvuutta ja johdonmukaisuutta ne toimivat keinona eheyttää elämää. Tarinoiden ja kertomusten avulla ihminen pyrkii rakentamaan persoonallisuuden ja minuuden yhtenäisyyttä. (Laitinen & Uusitalo 2008, 111-112.) Kertomusten analyysiä voidaan pitää narratiivisen tutkimuksen alkukotina ja ytimenä (Hänninen 2003, 16). Narratiivinen analyysi perustuu uuden kertomuksen tuottamiseen kerätyn aineiston tarinoiden perusteella. Se konfiguroi uuden kertomuksen aineiston pohjalta ja pyrkii tuomaan esiin aineiston keskeisiä teemoja. Näin ollen narratiivinen analyysi ei kohdistu huomoituaan aineiston luokitteluun. (Heikkinen 2010, 149.)

Tarinan kertominen auttaa ihmistä jäsentämään ja muovaamaan kokemustaan ja kerronnan avulla ihminen antaa kokemuksilleen ulkoisen muodon, kertominen voi myös auttaa etsimään elämäntilanteelle uusia tulkintoja sekä muokata ihmisen sisäistä tarinaa (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 88). Me ihmiset rakennamme identiteettimme narratiivisesti eli tarinoiden välityksellä ja me ymmärrämme itseämme kertomusten kautta. Tutkimuksessa narratiivisuus toimii jatkuvasti kahteen suuntaan, koska kertomukset ovat sekä tutkimuksen lähtökohta että lopputulos. (Heikkinen 2010, 145-147.) Narratiivisuus aineiston käsittelytapana voidaan jakaa kahteen kategoriaan. Narratiiviseen analyysiin ja narratiivien analyysiin. Narratiivien analyysissä kertomuksia luokitellaan erilaisiin luokkiin esimerkiksi kategorioiden, tapaustyyppien tai metaforien avulla. Narratiivisessa analyysissä taas keskitytään uuden kertomuksen rakentamiseen ja keskeisten teemojen esiin nostamiseen aineiston kertomusten perusteella. (Heikkinen & Syrjälä 2002, 191.)

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Aineiston hankinta

Opinnäytetyöhöni hankin tutkimustietoa haastattelemalla erään Suomen kaupungin mielen-terveys- ja päihdepalveluiden erään yksikön kolmea asiakasta, yhtä asiakkaan äitiä ja yhtä yksikön hoitotyöntekijää puolistrukturoitua haastattelua käyttäen. Lähdin tutkimaan asiakkaan hoitopolun prosessia, koska on erittäin tärkeää saada asiakkaan ja hänen perheensä ääni

kuuluviin sekä tuoda esille mahdolliset ongelmakohdat, kehittämishaasteet ja hoitopolun prosessin edut.

Tarkasteltaessa yksittäisen ihmisen hoitopolun prosessia, tässä opinnäytetyössä asiakkaan hoitopolun kulkua, asiakas voi saada lisää tietoa siitä, mitä hän voi toiminnalta odottaa ja minkälainen on se prosessi, jonka avulla mahdollisesti toivottuja tuloksia saavutetaan. Työntekijälle oman organisaation työprosessien ja vakiintuneiden käytäntöjen läpivalaisu saattaa antaa välineitä omaan ammatilliseen kehitykseen (Robson 2001, 6). Tämän opinnäytetyön avulla kyseisen mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksikön työntekijät voivat tarkastella, kehittää ja tukea asiakkaidensa hoitopolunprosessin etenemistä ja huomioida asiakkaiden omaiset entistä paremmin hoidon tukena.

Opinnäytetyön prosessin alkaessa suunnitelmana oli saada viisi asiakasta ja heidän puolisonsa ja mahdollisuuksien mukaan asiakkaiden äidit osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluihin osallistuvia asiakkaita ja heidän omaisiaan oli kuitenkin hyvin hankala löytää. Harva päihdekuntoutuja oli valmis tulemaan haastateltavaksi ja kertomaan omakohtaisia kokemuksiaan hoitopolustaan ja sen kulusta. Haastateltavakseni sain kuitenkin kolme päihdekuntoutujaa, joilla kaikilla oli puoliso. Yksikään puolisoista ei kuitenkaan suostunut haastatteluun. Lisäksi päihdekuntoutujien äideistä yksi oli kuollut ja toinen ei suostunut haastatteluun, mutta kolmas äiti suostui. Päihdekuntoutuja, jonka äiti suostui haastatteluun, oli ensin itse sitä mieltä, että hänen omaisiaan ei saa vaivata ollenkaan haastattelulla, koska he olivat jo saaneet kestää tarpeeksi. Kävi kuitenkin niin, että kyseinen äiti otti itse yhteyttä minuun päin ja halusi kertoa näkemyksensä päihdekuntoutujan hoitopolun prosessista ja siihen liittyvistä kokemuksista. Tapasinkin tämän rouvan hänen kotonaan haastattelun merkeissä.

Koska haastateltavia saatiin kokoon melko vähäinen määrä, joukkoa päätettiin lisästä haastatteleamalla kahta henkilökunnan jäsentä. Henkilökunnan haastatteluja tuli kuitenkin vain yksi, koska päädyin sittenkin käyttämään narratiivista analyysiä aiemmin suunnittelemani sisällönanalyysin sijasta. Narratiivisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdentuu niihin tapahtumiin ja kertomuksen sisältöön, joita tarinan kertoja eli haastateltava kertoo. Kertomukset syntyvät päihdekuntoutujien omista kokemuksista ja heidän niille antamista merkityksistä.

Tutkittavat on valittu harkiten ja siten, että valinnan perusteena olivat tutkittavien omat kokemukset päihdekuntoutujan hoitopolusta. Tutkimushaastatteluihin osallistuvien henkilöiden määrä on suhteellisen vähäinen, mutta henkilöt, joilta tiedot kerätään tietävät tutkittavasta ilmiöstä paljon omien kokemustensa perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.) Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta, kun halutaan saada selville mitä tutkittavat kokevat, uskovat, tuntevat ja ajattelevat on tarkoituksenmukaista käyttää haastatteluja (Hirsjärvi ym. 1997, 181).

Ennen haastattelua pyysin kaikilta haastateltavilta suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen kirjallisena. Haastattelun aluksi piirsimme yhdessä asiakkaan kanssa hänen hoitopolkunsu eli mistä kaikki alkoi ja missä hän on nyt -tyyppisen janan asiakkaan päihdehistoriasta. Haastattelut sujuivat hyvin ja haastateltavat puhuivat paljon. Pääosin kaikki haastateltavat kertoivat haastattelun jälkeen olevansa hyvillä mielin ja helpottuneita saadessaan kertoa omista asioistaan, vaikka aluksi he olivat ajatelleet, etteivät halua osallistua koko haastatteluun. Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluaineisto on keskeisessä asemassa ja tutkimuksen edetessä sen tarkka kuvaileminen on tärkeää. Nauhoitin haastattelut ja litteroin ne sanatarkasti. Litterointi oli työlästä ja aikaa vievää. Nauhoitettuja haastatteluja käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja nauhoitukset tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua.

Tiedonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua (liite 1 päihdekuntoutujan haastattelurunko, liite 2 omaisen haastattelurunko ja liite 3 työntekijän haastattelurunko). Valitsin teemahaastattelun sen vuoksi, että halusin saada mahdollisimman tarkasti selville haastateltavien omat kokemukset liittyen päihdekuntoutujan hoitopolun prosessiin. Lisäksi teemahaastattelua käytettäessä on mahdollista tarkentaa ja täsmentää kysymyksiä tarpeen tullen. Se antaa asiakkaalle myös mahdollisuuden tulkita kysymyksiä. Tarkoitus on saada tietoa juuri tietystä aihepiiristä, joten haastattelun aihe on kontekstisidonnainen (Anttila 2007, 124). Narratiivisessa tutkimuksessa tarinoita ja kertomuksia voidaan kerätä monin tavoin, mutta menetelmänä on usein käytetty teemahaastattelua (Hirsjärvi ym. 1997, 218). Aineistona narratiivisessa tutkimuksessa voi olla mikä tahansa kirjoitettu tai puhuttu tapahtumien kuvaus tai kokonainen haastatteluaineisto (Vuokila- Oikkonen ym. 2001, 91).

Teemahaastattelussa edetään valmiiksi suunniteltujen aiheiden ja teemojen mukaan (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 110). Teemahaastattelussa teema-alueet eli aihepiirit ovat tiedossa, mutta tarkka kysymyksen asettelu ja mahdollinen järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 1997, 204). Teemahaastattelussa kaikille haastateltaville aihepiirit, teema-alueet ovat samat ja sen vuoksi sitä kutsutaan puolistrukturoiduksi menetelmäksi (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

Kun kyseessä on laadullinen tutkimus tulee haastateltavat valita tarkasti, jotta aineistosta muodostuu luotettava (Anttila 2007, 127). Haastateltaville ilmoitetaan ennen haastattelujen alkamista teemahaastattelun aihealueet. Teemahaastattelussa haastateltava kertoo vapaasti tietonsa, ajatuksensa ja näkemyksensä kysytystä aihealueesta. Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän tulee ohjata kysymysten asettelua. Mitä tahansa ei kuitenkaan kannata kysyä, vaikka kysymyksiä ei ole etukäteen määritetty. Ennalta määritellyt teema-alueet ja haastattelurunko ohjaavat haastattelijan ja haastateltavan välistä keskustelua. (Eskola & Vastamäki 2001, 26- 27.) Teemahaastattelu muistuttaa jokapäiväistä keskustelua, jota tutkijan on kuitenkin ohjattava siten, että se ei erkane kokonaan tutkimusongelmasta. Kysymysten tulee olla avoimia eli sellaisia, että niihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Teemahaastattelun

tavoitteena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän tai ongelmanasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77- 78.)

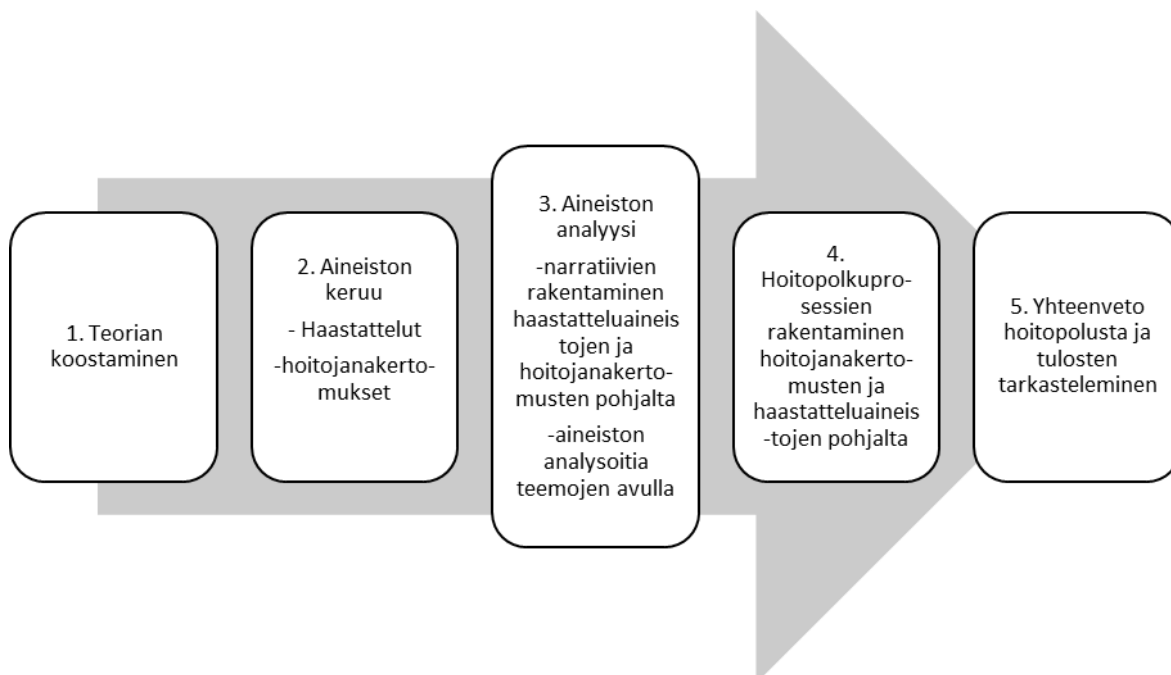
Tutkittavien vastausten totuudenmukaisuutta tutkijan tulee arvioida havainnoimalla vastaajan oheisviestintää eli ilmeitä, eleitä, äänensävyä ja käyttäytymistä tutkimustilanteessa. Lomakekyselyyn verrattuna haastattelun tulokset ovat luotettavampia ja syvällisempiä. Vastaajiksi suunnitellut kokemusasiantuntijat saadaan yleensä helpommin mukaan haastatteluun kuin lomakekyselyyn. Myös mahdollisessa aineiston täydentämistarpeessa tai seurantatutkimusta tehtäessä on haastateltavat helpompi tavoittaa. (Hirsjärvi ym.1997, 202.)

Tutkittaviksi henkilöiksi valitaan vapaaehtoisia kokemusasiantuntijoita, joilla on riittävä ja paras kokemus/tieto tutkittavasta asiasta. Haastattelututkimuksen haittoina voidaan mainita ajankäyttöön ja luotettavuuteen liittyvät haasteet. Haastattelututkimus haastatteluineen ja litterointeineen vie paljon aikaa. Ennen haastattelujen toteuttamista tapahtuva huolellinen suunnittelu ja valmentautuminen haastattelijan rooliin vaatii myös aikaa. Haastatteluissa ihmisten taipumus antaa sosiaalisesti suotavia ja toivottuina pitämiään vastauksia saattaa heikentää haastattelun luotettavuutta. (Hirsjärvi ym.1997, 202.)

8.2 Aineiston analyysi

Tätä tutkimusta ohjaa konstruktiivis-hermeneuttinen paradigma. Todellisuus rakennetaan yhdessä tutkittavien kanssa ja se riippuu ihmisten tulkinnoista paradigman ymmärtämiseen pyrkivän luonteen vuoksi. Hermeneuttisessa eli tulkinnallisessa paradigmassa prosessiin osallisten antamat eri ilmiöiden merkitykset sekä tulkinnat nousevat esille ja ne ovat kiinnostuksen kohteena. Toteutuksessa voidaan käyttää esimerkiksi haastattelua, jotta ihmiset voivat kertoa heitä kiinnostavista ja koskevista asioista. (Anttila 2007, 24.) Tutkimusmenetelmien valintaa ohjaa tutkimusongelma (Toikko & Rantanen 2009, 18).

Narratiivisessa tutkimuksessa aineiston analyysitapa on usein melko vapaamuotoinen, mutta tavoitteena on kuitenkin alkuperäisen kertomuksen välittäminen mahdollisimman tarkasti (Hänninen 2003, 137). Tässä opinnäytetyössäni olen päätenyt käyttämään aineiston käsittelytapana narratiivista analyysia ja olen pyrkinyt löytämään narratiiveista keskeisiä teemoja. Narratiivisen analyysin toisessa vaiheessa, kategorisessa lähestymistavassa pyrkimyksenä on löytää aineiston sisältämiä yhteisiä teemoja, piirteitä, säännönmukaisuuksia ja huomattavia eroja (Kaasila 2008, 47).



Kuvio 2. Tutkimusprosessin eteneminen

Aineiston analyysin aloitin haastattelujen litteroinnilla. Litteroin haastattelut sanatarkasti. Vasta sitten, kun aineisto on litteroitu, sitä voidaan alkaa tarkastella ja koota yhteen kuhunkin kysymykseen tulleita vastauksia (Anttila 1998). Litteroituani aineiston, tulostin litteroidut haastattelut paperiseen muotoon ja leikkasin jokaisen kysymyksen ja siihen kuuluvan vastauksen erikseen. Sen jälkeen kokosin isoille kartongeille jokaisen haastattelukysymyksen ja siihen liittyvät vastaukset ominaan. Yhdellä kartongilla oli siis yksi haastattelukysymys ja kaikki siihen kysymykseen tulleet vastaukset. Tämän jälkeen minun oli helpompi alkaa järjestellä aineistoa teemoittain ja esittää sille kysymyksiä. Käytin eri värisiä tusseja merkatakseni selkeästi kuhunkin teemaan liittyvät asiat ja lausahdukset. Keskeiset teemat nousivat hyvin selkeästi haastateltujen vastauksista ja kertomista asioista.

Saaranen-Kauppisen ja Puusniekan (2006) mukaan litteroinnin jälkeen aineiston järjesteleminen teemoittain tapahtuu siten, että jokaisen teeman alle kerätään esimerkiksi taulukoksi haastatteluaineistosta ne kohdat, joissa puhutaan käsittelyssä olevasta teemasta. Tutkimustuloksia raportoitaessa onkin hyvä esittää suoria lainauksia aineistosta, jotta lukijalle välittyy mahdollisimman kattava kuva aineiston sisällöstä. Suorien lainauksien esittäminen raportointivaiheessa on tarkoituksenmukaista myös sen vuoksi, että lukijalle osoitetaan tutkijalla olevan todellisuudessa aineisto, josta analyysi on tehty. Lisäksi suorien lainausten tehtävänä on myös antaa lukijalle käsitys siitä, miten tutkija on päätenyt juuri näiden teemojen muodostamiseen.

Moilasen ja Rähän (2010, 55) mukaan aineistoa pelkistämällä eli esittämällä sen keskeisimmät ja olennaisimmat asiat voidaan aineistoa teemoitella. Teemat eivät liity yksittäisiin kohtiin vaan koko aineiston sisältöön ja niiden avulla pyritään tavoittamaan aineiston merkityksenantojen ydin. Tekstiä tulee käydä läpi useaan otteeseen, jotta aineiston keskeiset merkitykset löytyvät. Tässä opinnäytetyössä olen lähestynyt aineistoa aineistolähtöisesti, koska pyrin etsimään aineistosta teemoja, joista haastateltavat puhuivat. Teemat ovat nousseet esiin haastatteluaineistosta niin, että olen esittänyt tutkimuskysymykseni yksi kerrallaan vuorotel- len, jokaiselle haastattelukysymykselle. Analyysiä tehdessäni huomasin tiettyjen teemojen ja asioiden toistuvan haastateltavien antamissa vastauksissa. Keskeisten teemojen esiin nostami- sella olen pyrkinyt löytämään aineistosta kertomusten ja haastatteluaineiston olennaisimmat asiat ja tuomaan esiin kertojan äänen. Teemat on etsitty tarinoista, joita haastateltavat ker- toivat. Käytyäni läpi litteroitua haastattelumateriaalia useaan otteeseen olen löytänyt sieltä mielestäni keskeisimmät teemat.

Aineiston analyysi voidaan aloittaa ja analyysin runko voidaan muodostaa järjestämällä aineis- tosta esiin nousseet teemat. Tutkijan tulee muistaa, että jo siinä vaiheessa kun jakaa ja pilk- koo aineistoa luokkiin ja teemoihin tekee tulkintoja. (Holliday 2002, 99-100.) Analysoidessani aineistoa järjestelin sitä teemojen mukaan sarakkeisiin. Sen jälkeen jaoin haastatteluissa esiin nousseita sisältöjä teemasarakkeisiin. Analyysiä jatkoin niin, että luin aineistoa uudel- leen ja uudelleen etsien siitä esimerkiksi asiakkaan omaa hoitomotivaatiota koskevia asioita, joista haastateltavat puhuivat. Esimerkiksi oma hoitomotivaatio teemasta syntyneeseen sa- rakkeeseen ”lasten sijoitus pois kotoa” ja ”jättäytyminen töistä pois ja keskittyminen päihde- ongelman hoitamiseen”.

Aineiston sarakkeiden alle jakamisen avulla olen pyrkinyt kuvaamaan aineistoa. Narratiiviset kertomukset olen rakentanut siten, että olen lukenut ja tarkastellut hoitोजना- ja haastatte- luaineistoa moneen kertaan. Tarkastelun ja lukemisen jälkeen olen pyrkinyt muodostamaan aineiston avulla narratiiviset kertomukset haastateltavien haastatteluissa kuvaamien hoitोजना- nakertomusten ja haastatteluaineiston pohjalta. Analyysiä tehdessä heräsi kysymys, kuinka analysoida koko aineisto kattavasti ja niin, että osa aineistosta ei jäisi ilman analyysiä. Pää- dyin siihen tulokseen, että oli kattavinta analysoida aineistoa teemoittain ja rakentamalla narratiiviset kertomukset ja hoitopolun prosessin kuvaukset. Näin pyrin hyödyntämään koko aineiston.

Opinnäytetyöni analyysiä tehdessäni olen siis tarkastellut haastattelu- ja hoitोजना-aineistoani niiden teemojen kautta, jotka nousivat olennaisina esille esitettyäni tutkimuskysymykseni aineistolleni useaan otteeseen. Aineiston tarkastelua ovat ohjanneet jatkossa teemat, jotka ovat lähtöisin ja tulleet esiin aineistosta ja tutkimuskysymyksistäni. Aineistosta nousi keskei- siksi teemoiksi kolme teemaa, jotka ovat: 1) perheen tuki ja sen merkitys, 2) asiakkaan saama

hoito ja luottamus hoitotahoon, 3) asiakkaan oma hoitomotivaatio. Opinnäytetyössäni huomioni kohdistuu kertomusten ja tarinoiden sisältöön ja ensisijaisesti olen kiinnostunut teemoista, joita nousee esiin päihdekuntoutujien haastatteluista. Teemojen löytymisen jälkeen olen koonnut niistä käsitekartan, jossa kuvaan kuhunkin teemaan liittyvät asiat. Käsitekartan (liite 4) kokoamisen jälkeen olen tarkastellut jokaista teemaa erikseen. Teemoja tarkastelen luvussa 9 tutkimustulokset.

9 Tutkimustulokset

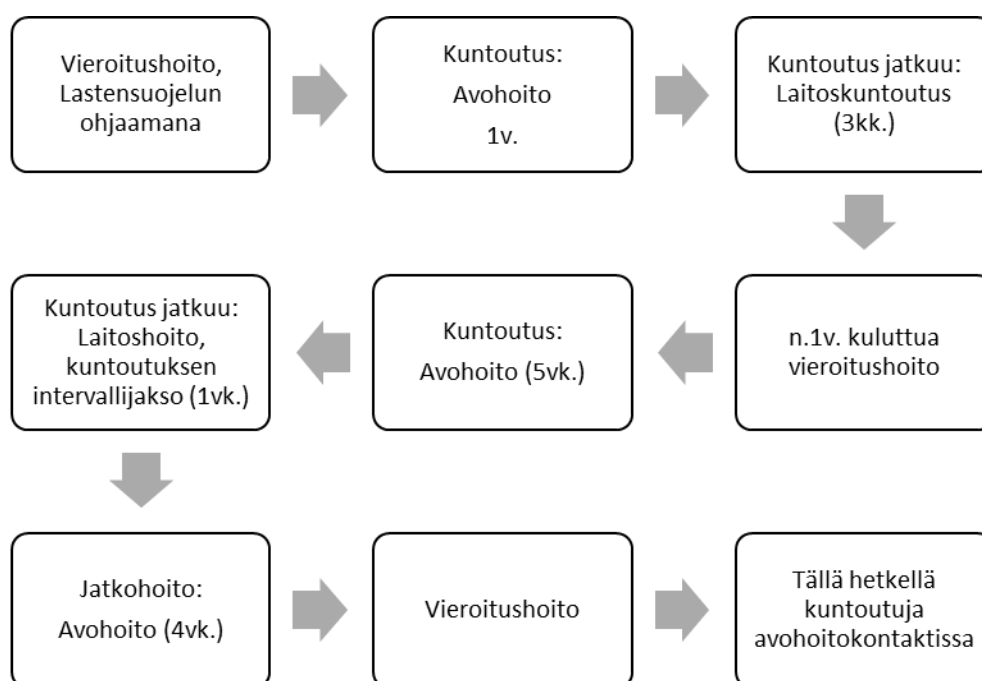
9.1 Päihdekuntoutujien hoitopolut

Päihdekuntoutujien hoitopolkuja, heidän saamaa hoitoa ja sen kulkua päihdepalveluissa olen kuvannut narratiivisten kertomusten ja prosessikuvausten avulla. Olen hankkinut tutkimustietoa haastatteleamalla kokemusasiantuntijoita eli päihdekuntoutujia ja yhtä omaista. Heillä on omakohtaista kokemusta hoitoprosessista, sen kulusta ja toimivuudesta.

9.1.1 Annin polku

Anni oli aikaisemmin työelämässä vuosia, kunnes työajalla tapahtui tapaturma, jonka seurauksena Anni joutui pyörätuoliin pidemmäksi ajanjaksoksi. Masennuksen ja henkisen pahanolon helpottajana kuvioihin astuu alkoholi. Annin puoliso hoitaa lapsia ja arkea, mutta väsyy kuitenkin nopeasti. Kotona on vaikeaa ja riitoja on paljon. Puoliso käyttää myös ajoittain runsaasti alkoholia. Lastensuojelu tulee mukaan elämään, Annin perheestä on tehty lastensuojeluilmoitus. Perheen jaksamisesta ollaan huolissaan. Annin asiakkuus päihdepalveluihin alkaa lastensuojelun suosituksesta. Tuolloin Anni on noin 45-vuotias. Vastoinkäymiset jatkuvat ja lastensuojelu suosittelee Annille pidempää laitoshoitajaksoa. Anni suostuu, mutta laitoshoitajakson jälkeen vanhat kuviot ja tavat palaavat pian. Arkea eletään ja tehdään viinan voimalla. Riidat ovat arkipäivää ja Annin puoliso ei edelleenkään näe ongelmaa päihteidenkäytön suhteen. Alkoholia, riitelyä ja mustasukkaisuutta, kunnes Annin voimat loppuvat. Anni hakee itse apua tilanteeseen ja päätyykin erinäisten tapahtumien seurauksena taas laitoshoitajaksole. Kotiin päästyään tilanne jatkuu taas ennallaan. Yhtenä päivänä Anni tilaa taksin hakeutukseen hoitoon, taksi kyyditsee hänet hoitopaikkaan, mutta Anni on liian humalassa päättäkseen hoitoon sillä hetkellä. Hänet lähetetään kotiin selviämään. Taksikuski ehdottaa publiin menoa ja kyyditsee Annin oluelle. Myöhemmin Anni hakeutuu takaisin hoitoon. Kuitenkin lukuisien poliisille ja lastensuojeluun tehtyjen ilmoitusten seurauksena Annin lapset otetaan huostaan. Ilmoitusten rankasta sisällöstä ja niiden lukumäärästä johtuen lapsille etsitään jatkosijoituspaikkaa. Anni on pahoillaan tilanteesta ja osin tyytymätön lastensuojelun toimintaan. Annin lapset ovat surullisia ja rukoilevat kotiin pääsyä. Siihen ei nyt kuitenkaan anneta

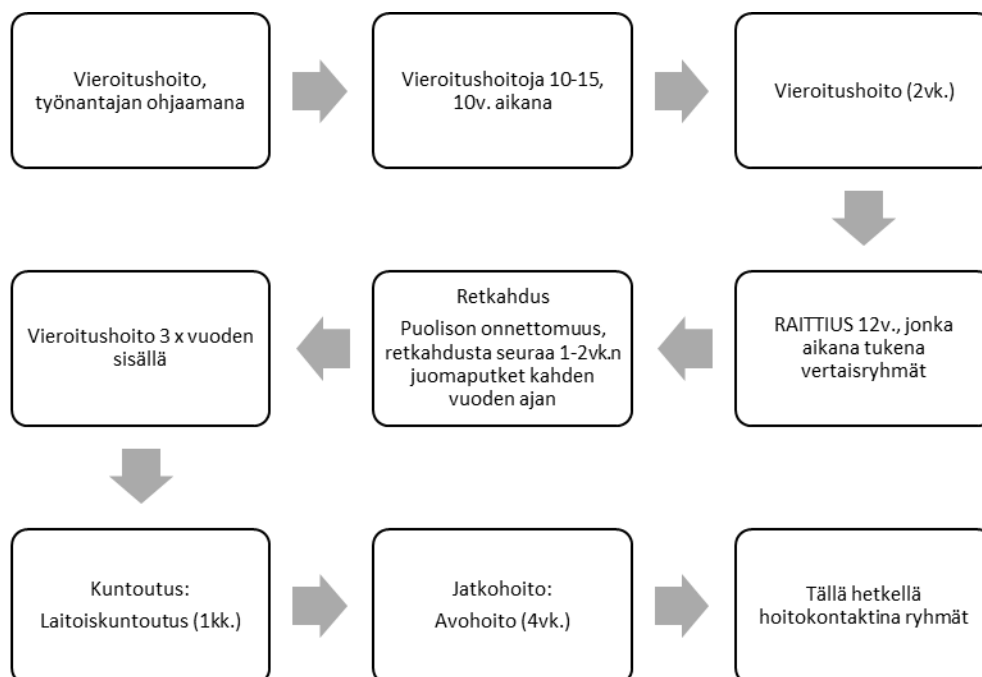
mahdollisuutta. Anni itse näkee ratkaisun olevan melko helppo: kahteen eri kotiin muutto, jotta lapsilla olisi rauhalliset kodit, jossa elää ja kasvaa. Anni onkin hakenut aktiivisesti asuntoa itselleen ja lapsille. Hetkittäin Anni kokee toivottomuuden tunteita ja mieliala käy pohjalukemissa ja hänestä tuntuu, että oman hengen riistäminen on ainoa vaihtoehto. Sitä Anni ei kuitenkaan tee, hän rakastaa lapsiaan liikaa. Nyt hänestä tuntuu siltä, että edessä on liian isoja asioita, jotta niistä voisi selvitä. Anni aikoo pitää kiinni päihteettömydestään, jotta hänen mielialansa pysyisi parempana ja hän saisi lapset takaisin kotiin. Tulevaisuudessa Anni toivoo yksityiskontaktia avohoitoon.



Asiakas ohjautuu vieroitushoitoon lastensuojelun ohjaamana. Vieroitushoidon jälkeen asiakas jatkaa kuntoutukseen avohoitoon yhden vuoden ajaksi. Siitä jatkumona asiakas siirtyy vielä laitoskuntoutukseen kolmeksi kuukaudeksi. Laitoskuntoutusjakson jälkeen raittius ei vielä kannata ja asiakas hakeutuu vuoden kuluttua uudelleen vieroitushoitoon. Asiakas siirtyy kuntoutukseen avohoitoon viideksi viikoksi. Kuntoutus jatkuu laitoshoidon intervallijaksolla, joka kestää yhden viikon. Jatkohoito tapahtuu avohoidon kontaktissa neljän viikon ajan. Hoito ei kuitenkaan kannata pidemmälle ja asiakas hakeutuu takaisin vieroitushoitoon. Vieroitushoidosta asiakas jatkaa avohoitokontaktiin, jossa hän on tällä hetkellä.

9.1.2 Matin polku

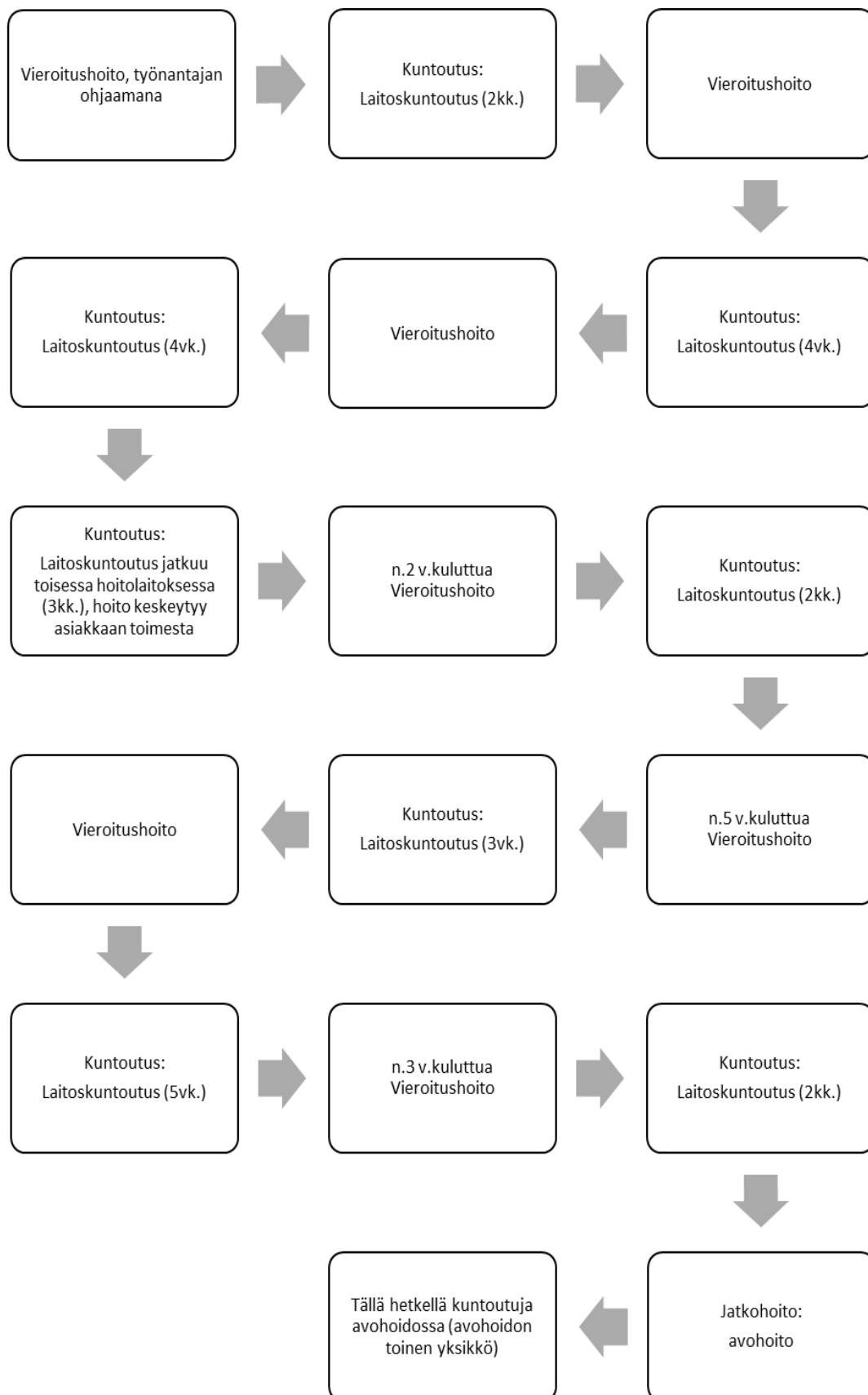
Matti elelee normaalia työ ja perhe-elämää ja käyttää alkoholia silloin tällöin, hetkittäin runsastikin. Eräänä päivänä työpaikalla Matilla tulee erimielisyyksiä työkaverin kanssa, jonka seurauksena Matin työnantaja ohjaa hänet katkaisuhuitoon. Tuolloin Matti on noin 40-vuotias. Katkaisuhuito ei kuitenkaan kannu kovin pitkälle. Seuraavat 10-vuotta Matti käy katkaisuhoidoissa, vaihtaa työpaikkaa ja on välillä ”kentällä” juomassa alkoholia. Katkaisuhoidoja kertyy matkan varrella noin 15. Vuodet vierivät ja Matti jatkaa alkoholin käyttöä. Matin perhe pysyy kuitenkin hänen rinnallaan kaikesta huolimatta. Matti kuvaa lastensa kannustaneen häntä hoidoissa ja puolison hakeneen apua itselleen pahimpina aikoina. Sitten Matti saa tarpeekseen juomisesta ja ottaa lopputilin ja hakeutuu hoitoon. Hän viettää puoli vuotta rauhoittaen itsensä ja elämänsä ja onnistuu katkaisuhoidon jälkeen raitistumaan. Matin raittius kestää 10-vuotta, kunnes hänen perhettään kohdannut onnettomuus ajaa Matin juomaan uudelleen. Raittiuden pettäminen on hänelle kova paikka. Nyt Matti juo satunnaisesti, hän juo pari kertaa vuodessa yhden-kahden viikon putkia. Parin viime vuoden aikana Matti on hakeutunut muutamia kertoja katkaisuhuitoon ja on ollut laitoskuntoutusjaksollakin. Matti kokee, että hän on aina saanut apua silloin, kun on sitä itse halunnut. Nuorempana Matista hoitoon hakeutuminen oli kamalan hävettävä paikka. Nyt kuitenkin hän kokee, että hoitoon hakeutumisen kynnys on vuosien mittaan madaltunut ja halu hoitoon hakeutumiseen kasvanut. Tällä hetkellä Matilla on avohoitokontakti, jonka hän kokee hyvänä ja riittävänä nyt. Siihen nähden, mitä Matin alkoholinkäyttö oli aikoinaan, hän kokee kaiken sujuneen hyvin ajatellen hoitoaan. Tällä hetkellä Matin arki täyttyy ryhmistä, lukemisesta ja kevyestä urheilusta. Tulevaisuus näyttää ja tuntuu valoisalta.



Asiakas ohjautuu ensimmäisen kerran vieroitus/katkaisuhoitoon (jäljempänä käytetään sanaa vieroitushoito) työnantajan kehoituksesta. Ensimmäinen vieroitushoito en kannan sen pidemmälle. Seuraavan 10 vuoden aikana asiakas käy vieroitushoidossa useita kertoja, arviolta noin 10-15 kertaa. Asiakas on välillä ”kentällä” käyttämässä päihteitä ja välillä hakeutuu itse vieroitushoitoon. Osittain hän käy jopa työssä jatkuvasti vaihtuvissa työpaikoissa. Ensimmäisestä vieroitushoidosta noin 10 vuoden kuluttua asiakas hakeutuu vieroitushoitoon kahdeksi viikoksi. Sen seurauksena asiakas päättää rauhoittaa elämänsä ja keskittyä ainoastaan kuntouttamaan itsensä. Hän sitoutuu käymään vertaisryhmissä jopa kaksi kertaa päivässä. Oman motivaation ja ryhmien avulla asiakas saavuttaa raittiuden, joka jatkuu 12 vuotta. Raittiuden aikana asiakas käy ryhmissä säännöllisesti. 12 vuoden kuluttua asiakkaan puoliso joutuu vakavaan onnettomuuteen, jonka seurauksena asiakas on niin ahdistunut ja järkyttynyt, että hän sortuu ottamaan muutaman paukun. Asiakkaan raittiuus päättyy retkahdukseen. Retkahduksen seurauksena asiakkaalla alkaa 1-2 viikon satunnaiset juomaputket seuraavan kahden vuoden ajan. Kahden vuoden kuluttua asiakas hakeutuu vieroitushoitoon kolmeen otteeseen vuoden sisällä. Viimeisen vieroitushoidon jälkeen asiakas siirtyy kuntoutukseen, laitospainotusjaksolle yhdeksi kuukaudeksi. Tämän jälkeen hän siirtyy jatkohoitoon avohoitokontaktiin neljän viikon ajaksi. Asiakas onnistuu saamaan kiinni raittiudesta uudelleen ja tällä hetkellä hän käy ahkerasti ryhmissä saadakseen tukea omaan raittiina pysymiseen.

9.1.3 Pekan polku

Pekka on parikymppinen nuori mies. Hän käy töissä ja käyttää päihteitä silloin tällöin. Alkoholia Pekka on juonut 14-vuotiaasta saakka. Juominen on ollut alusta asti humalahakuista ja rajua. 16-vuotiaana kuvioihin tuli mukaan kannabis ja kannabiksen käyttö on jatkunut näihin päiviin saakka. 18-vuotiaana Pekka alkoi käyttää myös amfetamiinia ja ekstaasia. Hänen päihteidenkäyttönsä onkin ollut sekakäyttöä sen jälkeen. Välissä Pekka käytti kuuden vuoden jakson rauhoittavia lääkkeitä, joista hän kuitenkin onnistui vieroittautumaan. Pekka on kokeillut myös muutaman kerran subutexia eli buprenorfiinia. Pekka työskenteli sukulaisensa omistamassa yrityksessä, kunnes sukulainen puuttui hänen päihteidenkäyttönsä ja ohjasi Pekan hoitoon. Tilanne oli kuitenkin mutkikas, koska sukulainen ei kyennyt ymmärtämään päihdeongelman vakavuutta ja hoidon tarvetta ja pitkäkestoisuutta. Työpaikalleen Pekka ilmestyikin useasti sekavassa kunnossa ja siitä aiheutui riitaa ja ongelmia. Toisaalta työnantaja oli sitä mieltä, että töitä olisi kyettävä jatkamaan ”sairaudesta” huolimatta. Pekka kokee, että sukulainen on kykenemätön ymmärtämään Pekan päihdeongelmaa. Pekka kokee, että päihdeongelma on hyvin vaikeaselkoinen sairaus, jota ihmisten on hyvin vaikea ymmärtää. Pekan päihdehistorian aikana hänellä on ollut monia hyvinkin pitkiä hoitojaksoja eri laitoksissa ja joitakin jatkohoitojakoin, mutta matkan varrelle mahtuu myös monia katkaisuhoidoja. Jotkut Pekan laitushoitojaksot ovat päättyneet uloskirjaukseen tai keskeytykseen. Pekan vanhemmat ja matkan varrella vaihtuneet tyttöystävät ovat olleet hänen tukenaan. Eri hoitopaikoissa Pekka on ollut hoitohenkilökuntaan tyytyväinen ja on kokenut, että henkilökunta on ammattitaitoista. Pekan mukaan päihteettömänä oleminen vaatii päihteidenkäyttäjän omaa halua ja tahtoa. Muutoin hoidoista ei saada parhaita mahdollisia tuloksia. Hoitopaikoista Pekka kokee saaneensa oppeja matkalle kohti päihteettömyyttä ja hetkellisesti saaneensa elämänsä takaisin balanssiin eli saanut sillä hetkellä katkaistua päihteidenkäytön. Pekka kokee oman päihdeongelmansa olevan vaikeimmasta päästä ja sen vuoksi epäonnistumisia on tullut niin paljon matkan varrella. Pekka uskoo, että ei olisi hengissä, jos ei olisi saanut apua aina silloin, kun hän on sitä tarvinnut. Viimeisin pitkä laitushoitojakso Pekalla on ollut noin vuosi sitten. Tällä hetkellä Pekalla on ollut retkahduksia alkoholiin ja kannabikseen, mutta hänellä on avohoitokontakti.



Asiakas ohjautuu ensimmäistä kertaa vieroitushoitoon työnantajan ohjaamana. Vieroitushoidosta hän jatkaa kuntouttavaan laitoshoitoon kahden kuukauden ajaksi. Laitoshoidon jälkeen asiakkaan hoitojatkumo katkeaa ja hän jatkaa päihteiden käyttöä. Jonkin ajan kuluttua asiakas hakeutuu uudelleen vieroitushoitoon, jonka jälkeen hän jatkaa laituskuntoutukseen neljäksi viikoksi. Tämäkään hoito ei kanna sen pidemmälle ja asiakas käy uuden kierroksen kentällä olon kautta ja hakeutuu taas uudelleen vieroitushoitoon. Asiakas jatkaa laituskuntoutukseen neljäksi viikoksi. Laituskuntoutuksen jälkeen asiakas jatkaa hoitoaan toiseen laituskuntoutukseen kolmeksi kuukaudeksi, mutta kuntoutuminen keskeytyy asiakkaan itsensä toimesta. Asiakas on kentällä kahden vuoden ajan, jonka jälkeen hän hakeutuu vieroitushoitoon. Vieroitushoitoa seuraa kahden kuukauden laituskuntoutus jakso, joka ei kanna pidemmälle. Viiden vuoden kuluttua asiakas hakeutuu taas uudelleen vieroitushoitoon. Jaksoa seuraa kolmen viikon laituskuntoutus. Hoitojatkumo katkeaa uudestaan ja asiakas tulee kentällä käynnin kautta uudelleen vieroitushoitoon. Jonka jatkona asiakas jatkaa laituskuntoutukseen viideksi viikoksi. Laitoshoidon jälkeen asiakas palaa kentälle. Kolmen vuoden kuluttua asiakas hakeutuu uudelleen vieroitushoitoon. Vieroituksen jälkeen asiakas jatkaa kuntouttavaan laitoshoitoon kahdeksi kuukaudeksi. Asiakas siirtyy sovitusti jatkohoitoon avohoidon asiakkaaksi. Asiakkaan avohoitokontakti siirtyy vielä toiseen avohoitoyksikköön. Tällä hetkellä asiakas on avohoidon asiakkaana.

9.1.4 Marjatan, omaisen tarina

Jonkin aikaa sitten Marjatan tytär otti häneen yhteyttä ja kertoi tarvitsevänsä apua päihdeongelmansa kanssa. Tytär oli vihjaillut äidilleen aiemminkin siitä, etteivät asiat olleet parhaalla mahdollisella tolalla. Tilanne tyttären perheessä oli jo sen verran huono, että Marjatta kuvaa tilanteen räjähtäneen siinä hetkessä, kun sai puhelun tyttäreltään. Marjatta tiesi, että tytär ja hänen puolisonsa ottivat alkoholia ja riitelivät paljon, niin paljon ja usein, että poliisit oli kutsuttu usein paikalle tilannetta rauhoittamaan. Tytär oli usein sanonut äidilleen, että ei tästä tuu mitään, mutta silti tilanne jatkui samanlaisena päivästä toiseen. Pihapiirissä asui muitakin pariskuntia, jotka joivat ja riitelivät ja Marjatan tytär puolisoineen vietti aikaa niissä porukoissa. Katastrofitilanteet olivat arkipäivää naapuruston kanssa. Päivä jona tytär soitti Marjatalle laittoi liikkeelle tapahtumat, jonka seurauksena perhe sai apua. Marjatta soitti poliisit tyttären talolle ja asiat lähtivät purkautumaan. Poliisin toimintaan Marjatta on erityisen tyytyväinen. Poliisit menivät katsomaan tilanteen ja soittivat sitten Marjatalle ja kertoivat mitä oli tapahtunut, eivätkä jättäneet häntä epä tietoisuuteen. Marjatta kokee, että ainoa keino puuttua ja auttaa on soittaa poliisit paikalle, koska hän itse asuu kauempana ja ei pääse paikalle tilanteen sitä vaatiessa. Tyttären lapsista Marjatta on ollut huolissaan hetkittäin. Sosiaalityöntekijöiden toimintaan Marjatta ei ole niinkään tyytyväinen, hän kokee ettei häntä ole viranomaisten puolesta huomioitu täysjärkisenä aikuisena tyttärensä perheen lapsille. Kun tyttären lapset huostaanotettiin ja sijoitettiin muualle, välit mummiin katkesivat väkisinkin.

Lapset eivät myöskään olleet tyytyväisiä. Marjatta kokee lasten huostaanoton olevan mahdollisesti vahingollista lapsille. Lapset eivät ymmärrä tilannetta, jossa heidät viedään väkisin pois omasta kodista. Lasten kanssa tulisi keskustella riittävästi tilanteesta ja sitten selvittää, että tilanne on väliaikainen, kunnes vanhempien asiat saadaan kuntoon. Vanhemman tulee saada levätä, jotta jaksaa taas olla läsnä ja vastuullinen vanhempi lapselle. Lapsia ei tulisi siirtää pois kodista kuin vain hengenvaaran uhatessa. Siirto voi hyvinkin olla vahingollista lapsen mielenterveydelle. Toki Marjatta ymmärtää, etteivät lapset voi asua kotona, jos aikuiset juovat ja tappelevat ja alkoholi on aina arjessa läsnä aiheuttamassa ongelmia. Marjatta kuvailee, kuinka pahalta tuntui, kun tyttären lapset vietiin pois. Lapset olivat järkyttyneitä. Marjatta pelkäsi myös kovin oman tyttärensä mielenterveyden puolesta, kun lapset vietiin. Paras ratkaisu olisi, jos lapset voisivat olla kotona ja joku työntekijä kävisi siellä seuraamassa tilannetta. Marjatta on kuitenkin helpottunut ja iloinen siitä, että hänen tyttärensä on hakeutunut hoitoon ja on motivoitunut lopettamaan alkoholin käytön. Hän kokee tyttärensä jotenkin heränneen ja saaneen voimia laitoshoitajaksolta. Marjatta on tukenut tytärtään ja tämän lapsia henkisesti ja taloudellisesti hoitajakson aikana. Hän uskoo tyttärensä kokevan suurta turvallisuudentunnetta olemassa olostaan. Hetkittäin Marjatta on kokenut myös olevansa kaikkeen tapahtuneeseen syyllinen, mutta vain silloin, kun on ollut tyttärensä mukana hoitoa koskevissa palaverissa. Tulevaisuudelta hän toivoo tyttärensä pysyvän päihdeettömänä ja saavan lapsensa takaisin kotiin mahdollisimman pian. Marjatta ei kuitenkaan tuomitse, mikäli retkahduksia tulee. Hän kokee, että nyt jo on tapahtunut kaikesta huolimatta paljon positiivisia asioita tyttären hoitoon hakeutumisen seurauksena.

9.2 Yhteenveto hoitopoluista

Analysoidessani opinnäytetyöni aineistoa, narratiivisten kertomusten ja hoitopolun prosessien rakentamisen lisäksi päädyin tarkastelemaan teemoja, jotka nousivat esiin päihdekuntoutujien haastatteluista. Keskeisiksi teemoiksi nousi kolme teemaa, jotka olivat: 1) perheen tuki ja sen merkitys, 2) asiakkaan saama hoito ja luottamus hoitotahoon, 3) asiakkaan oma hoitomotivaatio. Tarkastelen teemoja seuraavana ja esitän suoria lainauksia haastatteluista.

9.2.1 Perheen tuki ja sen merkitys

Tutkimustulosten mukaan perheen tuella oli merkittävä vaikutus päihdekuntoutujien hoitopolkujen sujumiseen. Kuntoutujat olivat saaneet tukea omalta lapsuuden perheeltään, puolisoiltaan, lapsiltaan, ystäviltä ja sukulaisilta. Päihdekuntoutujien perheet ja läheiset olivat myötäeläneet mukana hoitoprosessissa ja antaneet tukea keskustelun ja kuuntelun muodossa. Taloudellista tukea, kyytiapua, lastenhoitoapua ja apua käytännön asioiden hoitamiseen oli myös saatu. Nuorten asiakkaiden kohdalla vanhemmat olivat mukana hoidossa. Lisäksi hoitoa tukevana ja sen sujumista edes auttavana nähtiin omaisten yhteydenpito asiakkaan ollessa

hoidossa. Hoitopolun sujumiseen vaikuttavia tekijöitä oli useita. Pääasiassa tekijät olivat positiivisia, mutta muutama negatiivinenkin tekijä mainittiin. Osa päihdekuntoutujien omaisista oli osallistunut mahdollisuuksiensa mukaan hoitotapahtumiin, esimerkiksi ryhmiin. Lisäksi osa omaisista oli osallistunut päihteiden käyttäjien omaisten ryhmiin, joita toimii esimerkiksi järjestöjen toimesta.

Tutkimustulosten mukaan hoitopolun sujumista tukisi perheen antaman muun tuen ohella myös se, että asiakkaan lähiverkosto kutsuttaisiin koolle ja käsiteltäisiin päihdesairauden luonnetta ja haasteita. Yleisesti ottaen koettiin kuitenkin, että perheen kesken voitiin puhua avoimesti ongelmasta ja sairaudesta.

” Joo kyllä se on ollu, tarvii oikeen ihmetellä et ei et perhe pysy kasassa sillon.” (päihdekuntoutuja)

Päihdekuntoutujan perheen ja läheisten näkökulmasta katsottuna tuen antamiseen vaikuttavia tekijöitä oli myös toisaalta omaisten väsyminen kuntoutujan päihteiden käyttöön ja sen seurauksiin. Osittain tulokset osoittivat omaisten väsymistä ja ärtymystäkin suhtautumiseensa päihdekuntoutujan hoitoprosessiin ja tilanteeseen ylipäätään. Omaiset eivät jaksaneet osallistua kuntoutujan tukemiseen jatkuvasti ja he kokivat, että päihteiden käyttäjän hoitoon lähteminen on valtava helpotus, taakka poistuu ja vastuu siirtyy viranomaisille. Negatiivisia vaikutuksia tukeen ja tietynlaista ahdistumisen purkamista ilmeni tilanteissa, jossa omainen mahdollisesti syyllisti kuntoutujaa muistuttamalla juomisjaksojen raskaudesta ja kärsimyksestä, jota kuntoutuja tuolloin on aiheuttanut perheelle. Toisaalta tukea oli hankala saada myös tilanteissa, joissa ongelma henkilöityi päihteiden käyttäjään ja lähipiiri ei halunnut osallistua hoitoon koska he kokivat, että ongelma on yksinomaan päihteen käyttäjällä.

” Se on jo niin väsyny se omainen siihen juomiseen ja päihteenkäyttöön ja kaikkeen mitä siitä seuraa, että hän ei yksinkertaisesti jaksa. Hän ei jaksa siihen osallistua ja hän niinku ajattelee, että se on hänelle valtava helpotus ylipäätään et se toinen lähtee hoitoon ja he toivovat siltä paljon ja tavallaan sitte niinku heiltä poistuu se taakka että viimeinki sen vastuun vierittää viranomaiselle sen sijaan että he itte on vuosikausia usein miten niitä oksennuksia korjanneet ja soitelleet työnantajalle ja paikkailleet jälkiä ja sietäneet kaiken sen mitä siihen juomiseen liittyy.” (hoitotyöntekijä)

Tulokset osoittivat, että päihdekuntoutujan hoitopolulla omaisten mukanaolo oli melko vähäistä. Hoitopolulla mukanaolo sisälsi joissakin hoitotapahtumissa ja vastaanotolla mukana oloa, päihdekuntoutujan kanssa ryhmissä käymistä ja vierailuja laitosjaksojen aikana. Ajoit-

tain oli pariskuntia, joissa raittiimpi osapuoli tuli mukaan vastaanotolle asiakkaan hoitoa suunnittelemaan. Nuorten asiakkaiden kohdalla järjestettiin satunnaisesti verkostotapaamisia, joissa vanhemmat olivat mukana.

” Joskus meillä on niitä verkostoja mut että sitä ei oo mitenkään säännömukaisesti kylläkään, se on myös sen omaisen aktiivisuudesta kiinni, että joskushan tohon tullaan niinkun omaisen saattamana ja omainen on siinä sitte läsnä tapaamisessa ja joskus tavataan niinku pariskuntia ja mut et pääsääntöisesti se asiakkuus on kyllä sillä ihmisellä itsellään.” (hoitotyöntekijä)

Toisaalta koettiin, että hoitopolulla mukana olo ei ollut ollut mahdollista lainkaan.

” Ei millään tavalla, sitä mä oon ihmetelly.” (omainen)

Tutkimustulosten mukaan omaisten mukana olo päihdekuntoutujan hoitopolulla näyttäytyi suurimmaksi osaksi omaisen aktiivisuutena päihteitä käyttävän perheenjäsenen hoitoon haakeutumisen tukemisessa. Lisäksi suurta osaa näytteli omaisen aktiivisuus hoitoon saattamisessa. Päihdekuntoutujan omaisten mahdollisuuksien parantaminen osallistua hoitopolun prosessiin nähtiin tärkeänä. Läheisverkoston säännöllinen kartoittaminen ja hyödyntäminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa koettiin hoitoa tukevaksi ja asiakkaan kuntoutumista edistäväksi. Toisaalta esille tuotiin tärkeänä tavoite, vaikuttaa omaisten suhtautumiseen päihdesairauteen ja asiakkaan kuntoutumiseen sekä se, että omaisille tuotaisiin tietoa sairaudesta ja sen luonteesta, keskustelemalla heidän kanssaan.

Jokainen päihdekuntoutuja oli saanut tukea perheeltään koko hoitoprosessin ajan. Perheen tuki koettiin erityisen tärkeänä. Siitä huolimatta, vaikka päihteiden käyttö oli aiheuttanut ongelmia päihdekuntoutujalle itselleen ja hänen läheisilleen, kukaan ei ollut missään vaiheessa kokenut jääneensä yksin. Perhesuhteet olivat säilyneet melko hyvinä ja joillakin jopa erittäin hyvinä. Kaikki kokemukset perheen tuesta hoidon aikana eivät olleet positiivisia. Negatiivisia kokemuksia liittyen perheen tukeen oli esimerkiksi puolison epäilykset koskien hoidossa olijan motiiveja ja päihdekuntoutujan hoidon häirintä. Negatiiviset kokemukset perheen antamaan tukeen liittyivät siihen, että päihdekuntoutuja koki, ettei lähipiiri ymmärrä päihdesairauden vakavuutta ja monimutkaisuutta ja näin ollen suhtautuminen asiakkaan hoitoa kohtaan oli hetkittäin yksioikoista ja pinnallista.

” Puoliso ei oo ymmärtäny tätä mun tarvetta saada hoitoo tähän ongelmaan ja hän ymmärsi sen ihan väärin, se sitten häiritsi kyllä, vääränlainen

suhtautuminen siihen, et hän ei ymmärtäny mun motiiveja eikä asian tärkeyttä, kuvitteli et mä oon siellä muista syistä.” (päihdekuntoutuja)

” Mun x:n kaa joskus tullu kiistaa ku mä olin hänellä töissä ja et hänen kanssaan on sit ku on lähteny johonki hoitoon ni ollu sit erimielisyyksii. Tää X on aatellu sitä tilannetta niinku, ei oo aatellu sitä tilannetta niin vakavasti kon on ollu tarpeen. Nii onhan tää tietysti vaikee selkonen sairaus, on tavallisen ihmisen sit vaikee ymmärtää sairautta.” (päihdekuntoutuja) (x=eräs sukulainen)

9.2.2 Asiakkaan saama hoito ja luottamus hoitotahoon

Asiakkaiden saamaa hoitoa ja sen kulkua päihdepalveluissa olen kuvannut narratiivisten kertomusten ja prosessikuvausten avulla. Tutkimustulokset osoittivat, että kertomuksissa ja prosessikuvauksissa ilmeni samankaltaisuuksia joiltakin osin. Jokaisen päihdekuntoutujan hoitopolulla oli osittain samojakin elementtejä. Kaikki päihdekuntoutuajat olivat ensimmäisen kerran hakeutuneet hoitokontaktiin jonkin tahon hoitoonohjaamina. Toisin sanoen hoitokontakti päihdepalveluihin oli alkanut toisen sanelemana. Hoitopolut rakentuivat jokaisen päihdekuntoutujan kohdalla hyvin eritavoin ja niissä oli erilaisia toisistaan poikkeavia jatkumoit. Hoitopoluissa oli yksi päihdekuntoutuksessa kestoltaan tässä vaiheessa ajallisesti hyvin lyhyt hoitopolku, jossa asiakas oli kuitenkin ehtinyt jo kiertää useampaan otteeseen vieroitushoidon kautta takaisin kuntouttavaan hoitoon. Muiden päihdekuntoutujien hoitopoluissa ajallinen jatkumo oli todella pitkä. Heillä on takanaan useita katkaisuhoidoja. Kuntoutuajat olivat ehtineet kiertää päihdepalveluiden eri toiminnoissa useaan otteeseen, välillä palaten hetkeksi ”kentälle” ja taas takaisin hoidon pariin vieroitushoidon kautta. Kaikkien kuntoutujien hoitopoluilla oli nähtävissä yhtenevänä tekijänä liiat tauot hoitojen välillä.

Tulosten mukaan tekijät, jotka vaikuttivat hoitoa tukevassa mielessä hoitopolun sujumiseen, koskivat pääosin sitä, miten hoitohenkilökunta suhtautui päihdekuntoutujaan ja hänen hoitoonsa. Hoitopaikoissa pureuduttiin oikeisiin asioihin ja työskenneltiin tosissaan ja henkilökunta oli ammattitaitoista. Asiakkaat kokivat, että heidät kohdataan arvostavasti ja heidän asiansa koetaan tärkeiksi. Lisäksi hoitopaikoissa on tuettu raittiuteen, oltu empaattisia ja ymmärtäväisiä, eikä ole tuomittu, haukuttu tai oltu vihaisia. Hoitotahoihin luotettiin ja hoitopaikat koettiin turvallisiksi.

” Pelkästään positiivisia lausuntoja tästä henkilökunnast, tääl on todella ammattitaitoista ja hienoo porukkaa ja niin oli X:ssäkin, mutta niinku tää

*päihdehenkilökunta on ollu todella hyvää et ei oo mitään negatiivista.”
(päihdekuntoutuja) (x= päihdekuntoutuslaitos)*

” Hyviä kokemuksia ja kyl mä oon aina saanu apua, et en niinku usko et olisin enää niinku edes hengissä jos tota en ois saanu näit hoitoja.” (päihdekuntoutuja)

” Mä koin, et mut kohdataan sillä lailla et tää mun asia koetaan tärkeenä et joku pieni asia tehdään ihan vaan mua varten.” (päihdekuntoutuja)

Hoitopolun sujumiseen vaikuttavia tekijöitä koettiin olleen myös se, että hoitoon oli päässyt heti niin halutessaan ja että katkaisuhoidon alkuvaihe rauhoitetaan vierailuilta. Hoitolaitoksesta toiseen siirtymiset oli järjestetty hoitotahojen puolesta ja se koettiin erittäin hyvänä. Mutta toisaalta siihen, että asiakasta hoidettiin yksilönä, eikä huomioitu perhekokonaisuutta ei oltu niinkään tyytyväisiä. Tämä tulos korostui niiden asiakkaiden kohdalla, joilla oli puoliso ja lapsia.

” Pääsääntöisesti kiittävää, harvoin tulee sellasta, että ei olis niinku saanu hoitoa tai jotakin se on kyllä harvinaista.” (hoitotyöntekijä)

Tutkimustulokset toivat esiin kehitettävää hoitopolun sujumisen kannalta laitoksesta avohoitoon sujuvan siirtymisen varmistamisessa. Laitoshoidosta avohoitoon sujuvamman siirtymisen voisi varmistaa mahdollisuudella tavata tuleva avohoidon työntekijä laitoshoidon loppuvaiheessa. Sen lisäksi sektorirajojen ylittävän yhteistyöryhmän kasaaminen ja sen tapaaminen hoitajakson lopussa koettiin tukea antavana mahdollisuutena. Asiakkaan hoitopolun jatkumon varmistamiseksi ja toivottujen tulosten saavuttamiseksi tällaiseen työryhmään voisi esimerkiksi kuulua srk:n päihdetyötä tekevä diakoni, AA-lainen tukihenkilö, avohoidon työntekijä, asiakkaan sosiaalityöntekijä, asiakas ja asiakkaan perhe. Toisin sanoen viranomaistahojen entistä tiiviimmän yhteistyön kehittäminen ja verkostotyöotteen tehokkaammaksi muokkaaminen. Päihdekuntoutujan perheen mukaan kutsuminen hoitosuhteen luomisen jälkeen, esimerkiksi kolmannella tai neljännellä tapaamiskerralla ja hoidon päättymisvaiheessa antaisi omalle mahdollisuutta olla enemmän mukana päihdekuntoutujan hoitopolulla.

”Nythän se toimii sillä tavalla, että sinne laitokseen tätä asiakasta menee tapaamaan useinmiten toi sosiaalityöntekijä, joka sitte ehkä ei hänen kanssaan tuu tekemään töitä jatkossa, että hän käy siellä ikään kuin katsomassa sitä asiakasta ja kertomassa että on X:ssä toteutuva jatkohoito sitte sun käytettävissä, mutta hän ei oo ite sitä x:n henkilökuntaa. Se voi-

tas määrittää se tavallaan oma työntekijä jo siinä vaiheessa ku joku menee tapaamaan sitä asiakasta. Määriteltäs kuka on tän ihmisen työntekijä x:n jatkohoidossa ja se työntekijä kävis tapaamassa häntä siellä laitoksessa, kenties jo vierotushoidossa, elikkä sitä yhteistyön tiivistämistä.” (hoitotyöntekijä) (x=päihdekuntoutuslaitos)

Päihdekuntoutujan hoitopolkua tulisi kokemusasiantuntijoiden mukaan kehittää niin, että asiakkaan perheellä parempi mahdollisuus osallistua asiakkaan hoitoon. Tulisi olla mahdollista saada enemmän hoitoa perheenä niin, että esimerkiksi puoliso olisi mukana hoidossa. Siirtymien turvaamiseen hoitopaikasta toiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota.

”Että vois puoliso tulla hoitoon mukaan ja olla siellä yhdessä.” (omainen)

Tulokset osoittivat, että kaikki tutkimushaastatteluihin osallistuneet toivat esille jatkotuen tarpeen hoitajaksojen jälkeen, jottei kuntoutuja jäisi tyhjän päälle. Intensiivisen kuntoutuksen päätyttyä tuen järjestäminen olisi tärkeää, ettei hoitojatkumo katkeaisi yhtäkkisesti. Tukiverkostolla (jatkotuki) varmistettaisiin asiakkaan kiinnittyminen johonkin tahoon, jossa asiakkaalla olisi mahdollisuus keskustella ja osallistua ryhmiin niin kauan kuin asiakas tuntee käyntien olevan tarpeellisia. Kuntoutuksen jälkeisen tuen tulee vahvistaa hoidon ja kuntoutuksen tuloksia niin, että arki kantaa ja asiakas saa sairautensa ja elämäntilanteensa hallintaansa.

” No kyl tämmönen seuranta tavallaan sitä sais olla enempi, että hoitajaksojen jälkeen.” (päihdekuntoutuja)

” Erityisesti vahvistaisin sitä sieltä loppupäästä, kun se intensiivinen kuntoutus päättyy niin tästähän on paljon tutkimustuloksia, että se kuntoutus kantaa semmosen noin puoli vuotta ja sen jälkeen se vaikutus alkaa hiipua. Sinne loppupäähän tulis sellasta jatkuvaa tukea niin ihminen saatas kiinnittymään johonkin käynteihin. Kunhan kävis jossakin ja pitäs tavallaan yllä sitä, että sieltä mä lähtisin sitä vahvistamaan, että se tavallaan ne hoidon ja kuntoutuksen tulokset kantais myös siellä arjessa, että olis paikka mihin saa tulla puhumaan niistä vaikeista asioista, houkutuksista, hyvistä asioista, voimavaroista, kertomaan mitä on nyt, joku on oikeesti kiinnostunu hänen asioista. Ja siellä olis ehkä ne tutut toverit tai ainaki tutut työntekijät ja se niinku jatkuis sillä tavalla et se ei katkeais. Se on semmonen mihin kannattais satsata, ettei lopu sitte vaan ku seinään, siin ois sitä jatkuvuutta.” (hoitotyöntekijä)

”Mun mielestä se on aina päihteidenkäyttäjän omast halust aika pitkälti kiinni, et sit on se oma motivaatio päihteidenkäyttäjäl ni kaikki muu tulee sit hyvänä plussana.” (päihdekuntoutuja)

9.2.3 Asiakkaan oma hoitomotivaatio

Asiakkaan oman hoitomotivaation kohdalla tekijä, joka vaikutti hoitopolun sujumiseen positiivisesti oli luottamuksen palaaminen pikkuhiljaa. Päihdekuntoutujaan kohdistuva luottamus alkoi palata pikkuhiljaa hoidon myötä, esimerkiksi hänet kutsuttiin perhejuhliin, annetaan tavata lapsia tai lapsenlapsia. Omaa hoitomotivaatiota lisäsi myös hoitopaikossa muiden vertaistuki, toisten samankaltaisten kanssa keskustelut ja itsetutkiskelun merkityksen oivaltaminen. Kuitenkin oman hoitomotivaation koettiin heikentyvän, esimerkiksi retkahdusten sattuessa. Pettymys ja tyytymättömyys omaan itseensä oli yleinen tunne retkahduksen sattuessa. Retkahdukset aiheuttivat myös hoitopolulla taukoja ja kentällä oloa, osalla tauot olivat ajoittain pitkiäkin ja niitä oli useita.

” Jokaiset vaiheest on saanu oman oppinsa, et tietysti huomioon ottaen et on toi päihdeongelma aika vaikee mulla, ni et sen takii siel on tullu epäonnistumisiikin aika paljon.” (päihdekuntoutuja)

Asiakkaan omaan hoitomotivaatioon vaikuttavia tekijöitä niin sanotusti ”saneltiin osittain myös ulkopuolelta”. Tällaisia olivat esimerkiksi lasten sijoitus pois kotoa tai työpaikan menettämisen uhka. Hoitoon sitoutuminen ja oma hoitomotivaatio ulkoisen tahon ohjatessa hoitoon ja kontrolloidessa hoidon etenemistä nähtiin toisaalta ristiriitaisena. Esimerkiksi työnantajan tai lastensuojelun ohjatessa hoitoon ja kontrolloidessa sitä, jokainen päihdekuntoutuja yritti tosissaan kuntouttaa itseään. Mutta oman hoitomotivaation puuttuessa ulkoa saneltu pakko ei kauas kannu. Omaa hoitomotivaatiota laskevaksi tekijäksi osoittautui myös se, jos ei pääse haluamaansa hoitopaikkaan tai että laitospäästä evätään. Tulokset osoittivat, että suurin kuntoutujan omaa hoitomotivaatiota tukeva ja ylläpitävä voima oli asiakkaan oma halu ja oma motivaatio.

” Tota se on juuri et niinku pakost joutuu tämmöseen niin se on monta kertaa semmonen et sil ei oo mitään hyötyy, et semmosena pakkoleirinä et kyl se oma tahto tarttee olla.” (päihdekuntoutuja)

” Mä otin lopputilin töistä ja olin puol vuotta ihan etten tehny mitää ja rauhotin itteni ihan kunnol ja siit sain niinku raittiudest sit kii ja kävin ryhmis pari kertaa päiväski sillan alkuun. ” (päihdekuntoutuja)

” Se on onnellista jos sen pääsee sen jakson päättymään niin, että sinne voi kirjata, että suunnitellusti päättynyt hoito, mutta eihän se valitettavasti usein niin mene vaan tulee keskeytyksiä. Tulee keskeytyksiä ja sitä ei oo varmaan mitenkään tutkittu, että onko ne missä suhteessa ne on toisiinsa, että onko enemmän keskeytyksiä vai enemmän suunnitellusti päättyneitä. Ehkä nämä työpaikalta hoitoon ohjatut ja lastensuojelun ohjaamat ku siinä on tiukka se kontrolli ni ne ehkä aika usein päättyy suunnitellusti.” (hoitotyöntekijä)

Tutkimustulosten mukaan päihdekuntoutujat kaipasivat hoidon tuloksia tukevia ja omaa motivaatiota ylläpitäviä palveluita, joita olisi helposti saatavilla ympäri vuorokauden. Yhtenä kehitysideana on koota alueellinen tiimi, joka voisi hätätilanteessa tulla kotikäynnille, mikäli asiakas esimerkiksi kokee ylivoimaiseksi lähteä ulos asunnosta tai on jollakin tapaa kykenemätön siihen. Tämän lisäksi koettiin, että tarvetta olisi 24h puhelinpäivystykselle, jonne voisi ottaa yhteyttä kokiessaan henkistä ahdistusta ja päihteiden käytön tai retkahtamisen alkaessa himottaa.

10 Tutkimuksen luotettavuus

Yksi keskeinen osa tutkimusta on tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti saa useammin enemmän huomiota kuin reliabiliteetti. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka perusteellisesti tutkimus on tehty ja ovatko tulokset ja tulosten perusteella tehdyt päätelmät niin sanotusti oikeita eli onko tutkimus pätevä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten ja väitteiden luotettavuutta, jota käsitellessä voidaan tarkastella seuraavia asioita: voidaanko tulokset toistaa riippumattomasti vai onko tutkimustulos saatu vain sattumanvaraisesti? Tutkimuksen reliabiliteetin käsitteellä tarkoitetaan siis käytetyn tutkimusmenetelmän kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. Eli toisin sanoen kykyä antaa ja saavuttaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Anttila 2006.)

Tutkimustietoa opinnäytetyöhöni hankin haastatteluiden ja hoitojanakertomusten avulla. Haastattelin kolmea asiakasta, yhtä omaista ja yhtä työntekijää. Haastatteluihin osallistuneet päihdekuntoutujat valikoituivat siten, että kyseisen päihdeyksikön työntekijät kysyivät omilta asiakkailtaan kiinnostusta osallistua haastatteluihin. He jakoivat asiakkailleen kirjeitä, joissa kerroin opinnäytetyöstäni ja sen tekemisestä. Sen jälkeen he ilmoittivat minulle haastatteluihin suostuvien asiakkaiden yhteystiedot. Yhteystiedot saatuani soitin asiakkaille ja kerroin mahdollisimman tarkasti mistä oli kyse. Tämän jälkeen sovimme tapaamisen päihdeyksikön tiloihin. Haastatteluihin osallistuvien haastattelut pidin kyseisessä päihdeyksikössä, lukuun

ottamatta yhtä haastattelua, jonka tein haastateltavan kotona. Pyrin sopimaan tapaamiset päiviin, jolloin asiakkaat olivat muutoinkin tulossa tapaamaan työntekijöitään tai heillä oli ryhmä. Toki halusin varmistaa, että he tulevat paikalle ja en halunnut heille koituvan ylimääräistä vaivaa osallistuessaan haastatteluun. Kaikki asiakkaat, jotka vastasivat myöntävästi työntekijöiden kysyessä kiinnostusta osallistua haastatteluihin, osallistuivat lopulta tutkimukseen, joten kysymyksessä on harkinnanvarainen näyte. Lisäksi omainen valikoitui myös samalla perusteella. Muut omaiset eivät olleet joko halukkaita osallistumaan haastatteluihin tai sitten asiakas ei halunnut, että omaiset osallistuvat. Tämä tukee tutkimuksen objektiivisuutta.

Tutkimushaastatteluun osallistujille kerrottiin, että opinnäytetyön tekijä opiskelee Laurea ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Lisäksi tutkittaville annettiin tieto siitä, että opinnäytetyön tutkimustulokset hyödyttävät mahdollisesti päihdekuntoutujan hoitopolun prosessin kehittämistä ja voivat mahdollisesti myös antaa viitteitä päihdekuntoutujien hoidon vaikuttavuudesta. Tässä opinnäytetyössä olen kerännyt tutkimustietoa haastateltavilta teemahaastattelun lisäksi hoitojanakertomuksen avulla. Haastattelun aluksi piirsimme yhdessä asiakkaan kanssa hänen hoitopolkunsa eli kuvasimme jänälle asiakkaan päihdehistorian, mistä kaikki alkoi ja missä hän on nyt. Ennen haastattelua olen keskustellut vapaamuotoisesti haastateltavan kanssa hänen päihdehistoriansa kulusta ja sen vaiheista ja siihen liittyvistä tuntemuksista hoitojanan pohjalta. Näin olen saanut paljon hyödyllistä ja yksityiskohtaista tietoa päihdekuntoutujan hoitopolun prosessin etenemisestä ja kulusta. Ennen haastattelun alkamista pyysin kaikilta haastateltavilta suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen kirjallisena.

Haastattelutilanteessa oli läsnä haastateltava ja haastatteliija. Tilanteen teki haasteelliseksi luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin muodostaminen, koska tapaamisia oli vain yksi kunkin haastateltavan kanssa. Haastattelun työntekijän olin tavannut aiemmin jo opinnäytetyön tiimoilta ja haastattelu tehtiin yhdellä tapaamiskerralla. Omaisista haastatteluun suostui vain yksi, yhden päihdekuntoutujan äiti. Haastattelu tapahtui omaisen kotona hänen omasta pyynnöstään. Asiakkaan omaisen kotona tapahtuneessa haastattelussa ilmapiiri oli vapautuneempi ja rennomp. Päihdeyksikössä tehdyissä haastatteluissa haastattelutilan kolkkous ja toimistomaisuus toivat tilanteeseen tietynlaista jäykkyyttä ja alussa ehkä hiukan jännittänyttäkin ilmapiiriä. Osalta asiakkaista äiti oli jo kuollut tai asiakas ei halunnut, että hänen äitinsä osallistuu haastatteluun. Myös asiakkaiden puoliset olivat haluttomia osallistumaan haastatteluihin. Yleisesti ottaen haastatteluihin oli hyvin vaikea saada osallistumaan ketään, mikä kertoo tarkasteltavan asian arkuudesta ja vaikeudesta.

Haastateltavia saatiin kokoon melko vähäinen määrä ja tämän vuoksi joukkoa päätettiin lisätä haastattelemalla vielä kahta henkilökunnan jäsentä. Henkilökunnan haastatteluja tuli kuitenkin

kin vain yksi ja päädyin sittenkin käyttämään narratiivista analyysiä aiemmin suunnittelemani sisällönanalyysin sijasta. Narratiivisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdentuu niihin tapahtumiin ja kertomuksen sisältöön, joita tarinan kertoja eli haastateltava kertoo. Kertomukset syntyvät päihdekuntoutujien omista kokemuksista ja heidän niille antamista merkityksistä. Tässä opinnäytetyössä kehittävää ja arvioivaa tietoa tulee esiin päihdekuntoutujan prosessikuvauksissa, narratiivisissa kertomuksissa ja keskeisissä teemoissa, joita olen aineistosta nostanut. Opinnäytetyössäni huomioni kohdistuu kertomusten ja tarinoiden sisältöön ja ensisijaisesti olen kiinnostunut teemoista, joita nousee esiin päihdekuntoutujien haastatteluista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuoda kuuluviin kolmen päihdekuntoutujan, yhden päihdekuntoutujan omaisen ja yhden päihdetyöntekijän äänet. Omaisten osalta otos oli varsin pieni. Haastatteluun osallistunut omainen oli hoitomyönteinen ja ymmärsi omaisen tuen tärkeyden päihdeongelman hoitamisessa. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt useamman omaisen osallistuminen haastatteluun.

Yksi käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen käytetyimpiä tutkimusmenetelmiä on tutkimushaastattelun käyttö. Tutkimukseen osallistuvat kokevat yleensä haastattelumenetelmän käytön miellyttäväksi kokemukseksi. Tutkimushaastattelua käytetään varsinkin silloin, kun haluamme saada tietoa tutkittavien mielipiteistä, käsityksistä ja/tai uskomuksista sekä silloin kun haluamme ymmärtää, miksi ihmiset toimivat havaitsemallamme tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 11.)

Haastattelut sujuivat hyvin ja haastateltavat puhuivat paljon. Pääosin kaikki haastateltavat kertoivat haastattelun jälkeen olevansa hyvillä mielin ja helpottuneita saadessaan kertoa omista asioistaan, käsityksistään ja mielipiteistään, vaikka aluksi he olivat ajatelleet, etteivät halua osallistua koko haastatteluun. Haastatellessani päihdekuntoutujia yksi heistä oli erittäin hyvillä mielin ja helpottunut siitä, että osallistui haastatteluun, vaikka aluksi oli kieltäytynyt. Kuntoutuja kertoi kokeneensa haastattelun avanneen hänelle omaa tilannettaan aivan uudessa valossa ja näin ollen hyötyneensä omasta pohdinnastaan liittyen kuntoutumisprosessiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluaineisto on keskeisessä asemassa ja sen vuoksi tutkimuksen edetessä sen tarkka kuvaileminen on tärkeää. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997, 232) kirjoittavat, että laadullista tutkimusta voidaan pitää sitä luotettavampana, mitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tutkija on kuvannut ja selostanut tutkimuksen toteutukseen liittyvät vaiheet. Haastattelun toteutuksen ja aineiston keruun vaiheet tulisi kuvata selvästi ja totuudenmukaisesti.

Nauhoitin haastattelut ja litteroin ne sanatarkasti. Litterointi oli työlästä ja aikaa vievää. Hoitojanakertomusten ja haastatteluaineiston tarkastelemisen jälkeen ja niiden perusteella rakensin kunkin päihdekuntoutujan hoitopolusta prosessikuvauksen ja narratiivisen kertomuksen. Lisäksi nostin aineistosta vielä muutaman tärkeän keskeisen teeman, joita olen tarkastel-

lut vielä erikseen. Haastatteluaineistosta nousseiden keskeisten teemojen esiin nostamisella olen pyrkinyt löytämään aineistosta kertomusten olennaisimmat asiat. Koska teemat on etsitty tarinoista ne tuovat esiin kertojan äänen. Käytyäni läpi litteroitua haastattelumateriaalia useaan otteeseen, päädyin kolmeen teemaan, joita tarkastelen opinnäytetyössäni narratiivien ja prosessikuvauksien lisäksi. Narratiiveista ja haastatteluaineistosta esiin nousseiden teemojen tarkastelussa esitän myös suoria lainauksia haastatteluista, jotta lukijalle välittyy mahdollisimman kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä.

Heikkisen (2010, 153) mukaan narratiivisuus ymmärretään tutkimusotteeksi, joka kohdistaa kiinnostuksensa tarinoin tiedon tuottajana ja välittäjänä. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että missä määrin satunnaiset tekijät ovat mahdollisesti vaikuttaneet tutkimustulokseen. Ja sitä, millä tavalla tutkimustulos vastaa tosiasioiden tilaa todellisuudessa, missä määrin kertomuksissa kerrotut ja olevat väitteet vastaavat todellisuudessa olevaa asiantilaa. Tässä opinnäytetyössä tutkimustuloksia on esitetty osittain narratiivisten kertomusten avulla ja ne vastaavat ainakin haastatteluihin osallistuneiden näkökulmasta tosiasioiden tilaa.

Käsitellessään tutkimuksen luotettavuuden käsitteitä Hirsjärvi ja Hurme (2000, 186- 187) kirjoittavat, ettei reliaabeliuden ja validiuden käsitteiden hylkääminen tarkoita sitä, että tutkimusta voi tehdä miten tahansa. Tutkimuksen tulee paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Myös tutkijan on oltava tietoinen siitä, että hän itse vaikuttaa saatavaan tietoon jo tietojen keruuvaiheessa. Tiedostettava seikka on myös se, että tutkimusta tehtäessä on kyse tutkijan tulkinnoista ja hänen käsitteistöstään, joihin tutkittavien käsityksiä peilataan. Opinnäytetyötäni tehdessä olen koko prosessin ajan pyrkinyt pitämään mielessä ja tunnistamaan omat tunteeni, ajatukseni ja pyrkinyt myös olemaan mahdollisimman neutraali suhteessa tutkittaviin ja tutkittavaan ilmiöön. Prosessin aikana pitämässäni tutkimuspäiväkirjassani olen pohtinut oman työhistoriani ja sen perusteella muodostuneen käsitykseni ja tietämykseni vaikuttavuutta suhteessa tähän opinnäytetyöhön ja sen tekemiseen. Uskon, että haastatteluihin osallistuneet päihdekuntoutujat ja omainen ovat onnistuneet hyvin tuomaan esiin omia käsityksiään päihdekuntoutuksesta ja sen kulusta. Tutkittavat ovat myös paljastaneet oman maailmansa, jota olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti rakentamissani narratiiveissa, ketään loukkaamatta. Eskolan ja Suorannan (2001, 165) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tärkein työväline on tutkija. Hän on itse myös oman tutkimuksensa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. Luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan sen alusta loppuun.

Hirsjärvi, Hurme ja Sajavaara (1997, 231- 232) kirjoittavat, että tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monilla erilaisilla tutkimus- ja mittaustavoilla. Tutkimuksen voidaan osoittaa tuottaneen reliaabelia eli ei-sattumanvaraista, toistettavaa tutkimustulosta, silloin kun kaksi arvioijaa saa samansuuntaisia tuloksia tutkittavasta ilmiöstä tai eri tutkimuskerroilla tutkitaan

samaa henkilöä ja henkilö antaa saman tuloksen. Oma esiymmärrykseni ja omat kokemukseni työni kautta tutkittavasta ilmiöstä ja kohdejoukosta puoltavat mielestäni tutkimuksen tulosten toistettavuutta. Tutkimus on tuottanut reliaabelia eli ei-sattumanvaraista, toistettavaa tutkimustulosta sen perusteella, että vaikka tutkimus toistettaisiin eri päihdekuntoutujilla ja heidän omaisillaan uskon, että saadut tulokset olisivat siitä huolimatta samansuuntaisia. Tämän vuoksi opinnäytetyöni haastatteluihin osallistunut pienehkö tutkimusjoukon voidaan katsoa tuottaneen mielestäni kattavan ja runsaan aineiston.

Opinnäytetyössäni olen hankkinut tutkimustietoa haastatteluiden ja hoitojanakertomusten avulla, joiden pohjalta olen rakentanut päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvaukset, jokaisen kuntoutujan polusta omansa ja yhden yleisen hoitopolkumallin. Opinnäytetyössäni olen hakenut vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Millainen on päihdekuntoutujan hoitopolku? Miten perheen tuki vaikuttaa ja mikä on sen merkitys päihdekuntoutujan hoitopolulla? Millaista on asiakkaan saama hoito ja hänen luottamuksensa hoitotahoon? Miten asiakkaan oma hoitomotivaatio vaikuttaa hoitoon? Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat aineiston pohjalta rakentamani narratiivit ja prosessikuvaukset. Muihin kolmeen tutkimuskysymykseen vastaavat hoitojanakertomuksesta ja haastatteluista nousseet vastaukset ja teemat, joita olen käsitellyt opinnäytetyössäni nostamalla esiin kolme erillistä hallitsevaa teemaa. Esiin nostamani teemat ovat perheen tuki ja sen merkitys, asiakkaan saama hoito ja luottamus hoitotahoon ja asiakkaan oma hoitomotivaatio.

Hirsjärvi, Hurme ja Sajavaara (1997, 231- 232) kirjoittavat, että tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä voidaan arvioida sen perusteella, miten hyvin käytetty tutkimusmenetelmä on onnistunut mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen ydinasioihin kuuluvat tapahtumien, henkilöiden ja paikkojen kuvaukset. Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu ja tutkittu päihdekuntoutujan hoitopolun prosessia ja hoitojanakertomuksen ja haastattelun pohjalta olen voinut rakentaa mielestäni kattavat narratiivit, joiden avulla lukija voi saada mahdollisimman hyvän kuvan päihdekuntoutujan hoitopolun eri vaiheista. Lukija voi arvioida tutkimuksen pätevyyttä ja tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen vastaavuutta tutkittavien sanatarkkojen autenttisten kuvausten perusteella. Olenkin käyttänyt osittain suoria lainauksia tutkittavien haastatteluista, jotta voisin tuoda mahdollisimman hyvin esiin lukijalle haastatteluvan oman kokemuksen, hänen maailmansa ja sen merkityksen. Opinnäytetyössäni pyrin kuvaamaan tutkimusprosessin etenemisen mahdollisimman tarkasti, sen eri vaiheet ja toteutuksen ja näin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Tuomen ja Sarajärven (2002, 139) mukaan tutkimuksen tekoon vaikuttaneiden kaikkien seikkojen kertominen on tärkeää, kun halutaan osoittaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusprosessin julkisuus, raportointi ja tarkkuus lisäävät luotettavuutta. Raportoinnin avulla lukijat saavat riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on toteutettu. Näin niin asiantuntijat kuin myös tutkimukseen osallistujat voivat arvioida tutkimuksen tuloksia ja niiden luotettavuutta omista näkökulmistaan.

Validiuden muodoista Hirsjärvi ja Hurme korostavat rakennevalidiutta, joka nousee keskeiseksi luotettavuuteen vaikuttavaksi tekijäksi. Tutkijan tulee löytää olennaiset piirteet tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan on tiedettävä riittävästi tutkimusjoukosta, sen käsitteistä ja kielestä, jotta rakennevalidius voitaisiin taata. Huomiota on kiinnitettävä myös tutkimuksen sisältövalidiuteen. Toisin sanoen teemahaastattelun kysymyksillä on vastaavuus tutkimusongelmien kanssa. Riittävä määrä kysymyksiä ja tarpeen mukaan esitetyt tarkentavat kysymykset edistävät sisältövalidiutta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 188- 190.) Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen itselläni olleen melko hyvän tietämyksen tutkimusjoukkooni liittyvistä käsitteistä ja kielestä ja koen päihdekuntoutukseen liittyvän aihepiirin olevan minulle melko tuttua työni puolesta. Sitä olen kyennyt löytämään olennaisimmat piirteet tutkittavasta ilmiöstä, en voi olla täysin varma. Joku toinen tutkija olisi mahdollisesti voinut löytää erilaisia piirteitä kuin mitä olen löytänyt. Kuitenkin rakennevalidiuden osalta uskon tutkimuksen luotettavuuteen. Sisältövalidiuden osalta teemahaastattelun kysymyksiä oli riittävä määrä ja tarpeen mukaan esitin tarkentavia kysymyksiä, jotta sain mahdollisimman kattavan aineiston. Tämän menettelyn avulla pyrin edistämään sisältövalidiutta. Tosin tutkimuksen edetessä oli tarpeen lisätä tutkimuskysymyksiä, koska alussa niitä oli vain yksi, joka ei ollut yksinään tarpeeksi kattava tutkitessa päihdekuntoutujan hoitopolun prosessiin liittyviä asioita.

Narratiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä. Narratiiviseen tutkimukseen on kuitenkin tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi kehitetty neljä kriteeriä, jotka ovat johdonmukaisuus, oivalluskyky, laajuus/ riittävyys ja tiivistäminen/niukkuus. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 104.)

Johdonmukaisuuden kriteeri pitää sisällään sen, miten tutkija on pystynyt muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä analyysin tuloksena merkityksellisen ja kokoavan käsityksen. Koossa pysymistä voidaan arvioida sen puitteissa, miten tuloksia ja ilmiötä on tarkasteltu suhteessa aikaisempiin teorioihin ja tutkimustuloksiin ja kuinka ilmiön eri osat sopivat yhteen. Tutkimuksen teoreettiset valinnat tutkija perustelee tutkimuksen viitekehityksessä. Tutkija tarkastelee tutkimuksen tuloksia suhteessa aiempiin teorioihin ja tutkimustuloksiin. Tutkimuksen tulisi muodostaa looginen kokonaisuus ja loogisuus taas linkittyy johdonmukaisuuteen siten, että tutkimuksen viitekehitys, menetelmät, käsitteet, tutkimuskysymys, aineisto, aineiston keruu, raportointi ja johtopäätökset ovat johdonmukaisia keskenään. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 104-106.) Johdonmukaisuuden kriteerin perusteella olen pyrkinyt lisäämään luotettavuutta tarkastelemalla päihdekuntoutusta ja asiakkaan hoitopolkua mahdollisimman kattavasti suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teoriaan.

Rakentamani narratiivit ovat yksi näkökulma päihdekuntoutujan hoitopolun prosessista ja niiden omaperäisyyden ja innovatiivisuuden arviointi suhteessa luotettavuuteen jää paljolti lukijalle. Vuokila-Oikkosen, Janhosen ja Nikkosen (2001, 104) mukaan narratiivinen tutkimus

tuottaa tutkittavasta ilmiöstä yhden näkökulman ja oivalluskyky tarkoittaakin kykyä omaperäisyyteen ja innovaatioihin tarinan ja sen analyysin esittämisessä.

Aineiston laajuus/riittävyys käsittää analyysin tulosten rikasta ja monipuolista esittämistä. Tutkijan tulee näyttää toteen, että tutkittavasta ilmiöstä on saatu riittävästi havaintoja. Lisäksi tutkijan tulee kuvata aineiston analyysiprosessi niin, että lukijan on mahdollista seurata miten tutkimustulokset on saatu. Tutkimustuloksiin tulee liittää myös suoria lainauksia tutkimusaineistoista. Tiivistäminen ja niukkuus esittävät kykyä tiivistää analyysin tulos pieneen määrään käsitteitä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 105.) Aineiston riittävyyden/laajuuden luotettavuutta tukee osaltaan mielestäni jo aiemmin esittämäni väite tutkimustulosten toistettavuudesta. Vaikka tutkimus toistettaisiin samoilla tai eri kuntoutujilla, tulokset olisivat samansuuntaisia. Tämän puitteissa uskon, että tutkittavasta ilmiöstä on saatu riittävän paljon havaintoja ja olen pyrkinyt esittämään tutkimuksen tuloksia monipuolisesti ja kuvaamaan analyysiprosessin mahdollisimman tarkasti. Käsitellessäni aineistosta nousseita keskeisiä teemoja olen esittänyt suoria lainauksia haastatteluista, jotta lukijan on mahdollisuus saada kattava kuva tutkimusaineistosta. Hoitoprosessikuvausten ja narratiivisten kertomusten lisäksi olen keskeisten teemojen käsittelyllä tiivistänyt analyysin tuloksia kolmeen eri käsitteeseen eli teemaan.

Narratiivisesta analyysistä ei ole olemassa selkeää määritelmää, eikä narratiivista metodia ole kehitetty. Aineistolähtöisen analyysin ja tutkimuksessa tuotettujen johtopäätösten ja tulosten luotettavuuden osoittaminen jää tutkijalle. Tämän vuoksi tutkijalta vaaditaan innovatiivisuutta, luovuutta, aineistonsa tuntemista ja uskallusta. Narratiivinen analyysi on aikaa vievää ja alkuperäiseen aineistoon on palattava useita kertoja. Narratiivinen analyysi kunnioittaa tutkittavia, mikä on ensi arvoisen tärkeää tutkittaessa arkoja ilmiöitä. Etuna on myös tutkittavien ainutlaatuisten merkitysten esiin tuominen analyysin tuloksena. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 107.)

Haastetta tulkintojen ja analyysin tekemiseen tuo kaikkien kerronnan tasojen tunnistaminen ja tiedostaminen. Tutkijan tulee myös kunnioittaa tutkittavien ihmisten narratiivien rakentamisen tapaa. Ainoastaan tiedostamalla, tunnistamalla ja kunnioittamalla tutkija voi päästä lähelle narratiivisen tutkimuksen tietämisen subjektiivisuuden ajatusta. Tämä tarkoittaa tutkimuksellisen kiinnostuksen kohdentamista tarinan kertojan näkökulmaan ja kertojan valitsemaan tarinaan ja hänen henkilökohtaiseen totuuteensa. Tutkittaessa ihmisten traumaattisia kokemuksia ja niiden henkilökohtaisia merkityksiä, tutkijalta vaaditaan rohkeutta ja uskallusta myös analyysivaiheessa asettua lähelle tutkimusilmiötä. Tutkijan tulee analyysi ja tulkintavaiheessa haluta oppia tutkittavan kokemuksesta, reaktiosta ja näkemyksestä suhteessa tiettyyn tapahtumaan, tapahtumien sarjaan, ilmiöön tai kokemukseen. Tällöin tutkijan subjektiivisuus on läsnä. Se mitä tutkija aineistosta kykenee näkemään, mille hän siinä herkistyy, lin-

kitty tutkijan omaan elämänhistoriaan, ikään, sukupuoleen ja persoonallisuuteen. (Laitinen & Uusitalo 2008, 136- 137.) Tehdessäni tätä opinnäytetyötä olen useaan otteeseen pohtinut tutkimani ilmiön arkuutta ja henkilökohtaisuutta koskien päihdekuntoutujia ja omaista. Jo tutkimusprosessin alusta saakka olen osoittanut kunnioitukseni ja kiinnostukseni aidosti tarinan kertojiin ja heidän niille antamiin merkityksiin. Aineistoa analysoidessani tunnistin itsessäni heräävän monenlaisia ajatuksia ja tietynlaista arkuutta tutkimusaineiston sisältäessä hyvin henkilökohtaisiakin asioita. Hetkittäin pohdin, olenko minä tutkijana oikeutettu tulkitsemaan toisten ihmisten ajatuksia ja kokemuksia.

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt lisäämään luotettavuutta tiedostamalla selkeästi omat tutkittaviin prosesseihin liittyneet aikaisemmat kokemukseni, myös tunnekokemukseni. Olen pyrkinyt raportoimaan myös esiin tulevat asiat totuudenmukaisesti, selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Tutkijan tulee kyetä tekemään koko tutkimusprosessin ajan eettistä reflektointia, koskien tutkimusprosessiin liittyviä ratkaisuja ja päätöksiä. Pyrin kuvaamaan opinnäytetyössäni mahdollisimman tarkasti tutkimusprosessin etenemisen, sen eri vaiheet ja toteutuksen ja näin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta.

11 Tutkimuksen eettisyys

Narratiivisen tutkimuksen kohteena voivat olla arat ilmiöt ja aineistot ovat usein pieniä. Näin ollen tutkimuksen eettiset näkökulmat tulee huomioida erityisen tarkasti. Tutkimukseen osallistujille tulee kertoa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Heillä tulee olla myös tieto siitä, että he voivat keskeyttää osallistumisensa missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa. Osallistujilta pyydetään kirjallinen lupa ja siinä tulee ilmetä tiedot tutkimuksen tekijästä, nimestä, tarkoituksesta sekä tiedot siitä mihin tutkimuksessa tuotettua tietoa käytetään. Tutkittaville tulee selvittää miten tutkimusaineistoa säilytetään asianmukaisesti ja että sen ei ole mahdollista joutua ulkopuolisten käsiin. Tutkimusmateriaali hävitetään tutkimuksen valmistuttua ja osallistujien anonymiteetin tulee säilyä koko prosessin ajan. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 93.) Tässä opinnäytetyössä eettiset käytänteet ovat uskoakseni toteutuneet haastattelujen ja aineiston osalta. Haastatteluihin osallistuneille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja heiltä pyydettiin kirjallinen lupa haastatteluun, sen nauhoittamiseen ja aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Heille selvitettiin myös, että nauhoitettuja haastatteluja käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja nauhoitukset tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua. Osallistujien anonymiteetti säilytetään ja tutkimusaineisto säilytetään niin, ettei sen ole mahdollista päätyä ulkopuolisille.

Kylmän ja Juvakan (2007, 137, 141-143) mukaan tutkimusta tehdessä tutkimuksen tekijän ratkaistavana on monta päätöstä ja valintaa tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimushaastatte-

luja tehdessä tutkija noudattaa vaitiolovelvollisuutta, salassapitoa ja hienotunteisuutta. Tutkimushaastatteluihin osallistuvien päihdekuntoutujien henkilöllisyyttä, nimiä tai asuinpaikkakuntaa ei tuoda esille, joten haastateltavien yksityisyys ei vaarannu ja näin taataan heidän tuntemattomana pysyminen. Tutkija ei tuo haastateltavien henkilöllisyyttä kenenkään ulkopuolisen tietoon.

Narratiivisen tutkimuksen eettisen arvokkuuden perustana voidaan pitää sitä, että tutkimus antaa tutkimuksen kohteille mahdollisuuden ilmaista itseään omalla äänellään ja kunnioittaa ihmisen ominaislaatua. Tutkittavat ovatkin antaneet hyvää palautetta tutkijoille siitä, että he ovat kokeneet oman tarinansa kertomisen mahdollisuuden palkitsevana ja jopa terapeuttisena. Narratiiviseen tutkimukseen liittyy myös eettisiä ongelmia. Esimerkkinä tästä voidaan ottaa haastattelututkimus. Haastatteluun osallistujat voivat yllättyä itsekkin siitä, tarinan kertominen voi saada heidät paljastamaan arkojakin asioita, joita he eivät ole koskaan ennen kertoneet kenellekään. Jokaisen meidän elämäntarinamme on erittäin arvokas ja haavoittuva ja se on osa minuutta. Ihmisen elämäntarinan tulkitseminen voi tuntua voi tuntua loukkaavalta ja näin ollen tutkimuksen ei-vahingoittavuus ei ihan täysin toteudu. Eettisiä ongelmia voi tuottaa myös raportointivaihe. Vaikka tarinasta on poistettu tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat ja nimet, voi tutkittavan tarina olla hahmona hyvinkin tunnistettava. (Hänninen 2010, 174.)

Olen pyrkinyt esittämään tarinat ja hoitopolun prosessit niin, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin säilymiseksi olen poistanut opinnäytetyöstä päihdeyksikön tunnistetiedot. Kuten aiemmin jo totesinkin, opinnäytetyöni prosessin aikana olen moneen otteeseen pohtinut omaa oikeuttani tulkita toisten ihmisten elämäntarinoita. Osittain tehtävä on tuntunut haastavalta ja hieman pelottavalta, vaikka osa kertoikin olevansa jopa helpottuneita saadessaan keskustella omasta tilanteestaan. Opinnäytetyötä tehdessä olen myös kokenut suuria luottamuksen tunteita sen vuoksi, että edes muutama päihdekuntoutuja ja yksi omainen suostui haastateltavakseni ja kertomaan oman tarinansa.

Narratiivisen tutkimuksen eettisten kysymysten pohdinta noudattaa tutkimukselle, sekä laadulliselle tutkimukselle asetettuja ohjeita ja säädöksiä. Narratiivisessa tutkimuksessa eettiset näkökulmat tulee ottaa huomioon erityisen tarkasti, koska tutkimuksen kohteena voivat olla arat ilmiöt tai tutkimusaineiston muodostaa haavoittuvat ihmiset. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 93.)

Hännisen (2003, 34- 35) mukaan tarinallinen lähestymistapa antaa tutkimukseen osallistuville ”äänen” ja lähestymistavan eettistä arvoa voidaan luonnehtia sen perusteella. Tutkimukseen osallistuvien ihmisten kertomukset ja tarinat tuovat esiin parhaiten heidän tapansa antaa asi-

oille merkityksiä ja kertomuksia pidetäänkin parhaina merkityksien välittäjinä. Tarinallisessa tutkimuksessa merkityksiä ei ennalta jäsenellä valmiiksi muotoillun teorian pohjalta, vaan analyysi on aineistolähtöistä. Tutkijan tulee olla avoin aineistolle ja siitä nouseville merkityksille ja aineiston tulee olla aineistoon pohjautuvaa. Toisaalta tutkijan tulee myöntää ja tiedostaa, että tulkinnessa ja esityksessä tutkijan ääni on esillä. Sen vuoksi voidaankin ajatella, että tutkimuksen ollessa kyseessä ”äänen antaminen” on suhteellista. Eettistä arvoa tarinalliselle tutkimukselle tuo psykologiassa esitettyjen perustelujen mukaan se, että se tarkastelee ihmistä kokonaisuutena eikä erillisenä psyykkisenä funktiona ja tarinallinen tutkimus kunnioittaa ihmisen ominaislaatuja. Tarinallinen tutkimus antaa ihmiselle mahdollisuuden reflektoida omaa elämäänsä ihmisen itsensä itselleen antamien tärkeiden ja merkityksellisten asioiden avulla. Koska tarinallisessa tutkimuksessa tutkija ottaa niin sanotusti suurennuslasinsa alle analysoitavaksi toisen ihmisen omalle elämälleen antaman merkityksen, tekee se tutkimuksesta eettisesti äärimmäisen haastavaa. Onko tutkijalla siihen oikeus? Tarinat tulee esittää ja analysoida niin, että tutkimukseen osallistuneet ihmiset eivät koe tulleen väärinymmärretyiksi tai hyväksikäytetyiksi. Aineistoa käsitellessä ja analysoidessa tutkija pelkistää ja valikoi aineistoa ja tämä tulee pyrkiä tekemään hyvän tutkimusetiikan mukaisesti.

Tutkimuksen eettisyyttä tukee myös se, että koko tutkimusprosessin ajan olen pohtinut eettisiä näkökulmia alkaen tutkimusluvan hakemisesta siltä kaupungilta, jonka päihdeyksikössä tutkimus toteutettiin. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, minkä vuoksi haastateltavien joukkokin jäi suhteellisen pieneksi. Haastateltavat antoivat luvan haastatteluun ja sen materiaalin käyttämiseen tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneiden anonymisyys tulee taata tutkimusraportissa. Pyrin turvaamaan sen siten, että henkilöiden nimet ja joitakin tarinoiden yksityiskohtia on muutettu. Olen pyrkinyt rakentamaan jokaisen henkilön tarinan kunnioittaen sen kertojaa ja siten, että tulkintani tarinasta ei tee vääryyttä tai loukkaa kertojia. Koko tutkimusprosessin ajan olen pyrkinyt tunnistamaan omat arvoni, asenteeni ja ammatilliset arvoni suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Oma arvojeni ja asenteideni jatkuvaa pohdintaprosessia olen tukenut tutkimuspäiväkirjan avulla. Tutkimuspäiväkirjan merkinnöissä olen paljolti pohtinut niitä samoja asioita, joita olen jo oman työni kautta päihdehuollossa miettinyt. Pohtimani asiat ovat osittain samoja, joita nousi opinnäytetyöhöni keräämästä aineistosta, haastattelut ja hoitojanakertomukset. Päällimmäisinä asioina nousivat asiakkaan läheisten tuki ja asiakkaan hoitopolun sujuminen/ hoidossa pysyminen eli toisin sanoen se, että asiakas ei putoaisi hoitopolun siirtymäkohdissa pois kuntoutuksesta. Kolmantena hyvin tärkeänä asiana olen pohtinut asiakkaan saamaa hoitoa, arvostavaa kohtelua, kunnioitusta ja asiakkaan kohtaamista tasavertaisena ihmisenä. Olen työskennellyt koko sairaanhoitajan työurani päihdehuollossa ja uskon sen vaikuttaneen siihen jollain tavalla siihen, miten olen tehnyt tiettyjä tulkintoja tai nostanut esiin joitakin asioita.

12 Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa päihdekuntoutujan hoidon kehittämiseksi, sekä rakentaa eräälle päihdepalveluyksikölle päihdekuntoutujan hoitopolun prosessikuvaus. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata päihdekuntoutujan hoitopolkua asiakkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) millainen on päihdekuntoutujan hoitopolku? 2) miten perheen tuki vaikuttaa ja mikä on sen merkitys päihdekuntoutujan hoitopolulla? 3) millaista on asiakkaan saama hoito ja hänen luottamuksensa hoitotahoon? 4) miten asiakkaan oma hoitomotivaatio vaikuttaa hoitoon? Tutkimustietoa päihdekuntoutujan hoitopolun tarkastelemiseksi ja kehittämiseksi hankin muun muassa päihdekuntoutujilta itseltään eli niin sanotuilta kokemusasiantuntijoilta. Mielestäni oli tärkeää lähteä tutkimaan päihdekuntoutujien kokemuksia hoitoprosessista, koska uskoin heillä olevan tarpeellista kokemustietoa koskisen päihdekuntoutujien hoitoa ja sen kehittämistä. Kuusistonkin (2010) mukaan päihdekuntoutujilla ja päihderiippuvuudesta jo toipuneilla on paljon merkittävää tietoa päihdepalveluiden ja erilaisten hoitojen kehittämiseksi. Päihdekuntoutujien kokemustiedon avulla toipumisen prosessia on mahdollista ymmärtää syvemmin. Päihdeongelmista toipumista ja toipumista koskevia eri tapoja on Suomessa tutkittu melko vähän.

Myös Peltoniemen (2011) tutkimuksen Normaali narkomaani - Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta mukaan päihdepalveluita kehitettäessä pyritään yhä enemmän huomioimaan asiakkaiden eli kokemusasiantuntijoiden kokemukset ja asiantuntijuus. Peltoniemi pohtii myöskin Kuusiston (2006) tavoin toipuneiden päihteiden käyttäjien kokemusten tarkastelun tärkeyttä ja siitä syntyvän syvällisen ymmärryksen tuomista hoitotyöntekijöille.

Tutkimuskysymykseen siitä millainen on päihdekuntoutujan hoitopolku, on tässä opinnäytetyössä vastattu päihdekuntoutujien kokemuksia ja kertomaa kuvaavien narratiivisten kertomusten, hoitoprosessikuvausten ja aineistosta nousseiden keskeisten teemojen käsittelyn avulla. Yhdenkään päihdekuntoutujan hoitoprosessia ei voi ennalta määritellä tai ennustaa, vaan jokainen hoitoprosessi on ainutkertainen. Hoitopolut rakentuivat jokaisen päihdekuntoutujan kohdalla hyvin eri tavoin ja niissä oli toisistaan poikkeavia jatkumoa. Toisaalta kaikki päihdekuntoutujat olivat jo ehtineet useaan otteeseen kiertää vieroitushoidon kautta jonkin kuntouttavaan hoitokontaktiin ja taas jonkin ajan kuluttua takaisin vieroitushoitoon. Kaikki päihdekuntoutujat olivat ensimmäisen kerran hakeutuneet hoitokontaktiin jonkin tahon hoitoonohjaamina. Toisin sanoen hoitokontakti päihdepalveluihin oli alkanut toisen sanelemana. Kaikkien kuntoutujien hoitopoluilla oli nähtävissä yhtenevästä tekijänä liiat tauot hoitojen välillä. Tauot johtuivat monista eri syistä, kuten esimerkiksi oman motivaation puutteesta tai ”kentällä olosta”. Muutama kokemus oli myös tilanteista, joissa päihdekuntoutuja oli ollut

liian päihtynyt päästäkseen hoitoon juuri sillä hetkellä. Näissä tilanteissa asiakkaita oli ohjeistettu palaamaan hieman selvittyään, mutta he olivat jatkaneet päihdeiden käyttöä siinä hetkessä ja palanneet pitkiäkin aikoja kuluttua takaisin hoidon pariin. Dahlin ja Hirschovitsinkin (2007, 351) mukaan yksi kuntoutumisprosessin tärkeistä ja keskeisistä vaiheista on katkaisu-/vieroitushoito. Vieroitushoidon kautta retkahdusten ja hoitoyritysten avulla päihdekuntoutuja pyrkii omaan yksilölliseen tavoitteeseensa. Monella päihdekuntoutujalla, etenkin huumeriippuvaisilla vieroitushoitoyrityksiä kertyy yleensä lukuisia. Kuntoutumisprosessin aikana hoidon tavoitteet voivat muuttua moneen otteeseen.

Tutkimustulokset toivat esiin kehitettävää hoitopolun sujumisen kannalta laitoksesta avohoitoon sujuvan siirtymisen varmistamisessa. Sujuvaa siirtymistä voisi varmistaa tulosten mukaan kehittämällä hoitopolkua siten, että laitostuloksesta avohoitoon sujuvampi siirtyminen varmistettaisiin mahdollisuudella tavata tuleva avohoidon työntekijä laitoshoidon loppuvaiheessa. Lisäksi sektorirajojen ylittävän yhteistyöryhmän kasaaminen ja sen tapaaminen hoitajakson lopussa koettiin tukea antavana mahdollisuutena. Asiakkaan hoitopolun jatkumon varmistamiseksi ja toivottujen tulosten saavuttamiseksi tällaiseen työryhmään voisi esimerkiksi kuulua srk:n päihdetyötä tekevä diakoni, AA-lainen tukihenkilö, avohoidon työntekijä, asiakkaan sosiaalityöntekijä, asiakas ja asiakkaan perhe. Tulosten mukaan viranomaistahojen entistä tiiviimmän yhteistyön kehittäminen ja verkostotyöotteen tehokkaammaksi muokkaaminen koettiin tärkeänä. Yleisesti koettiin, että päihdekuntoutujan perheen mukaan kutsuminen hoitosuhteen luomisen jälkeen, esimerkiksi kolmannella tai neljännellä tapaamiskerralla ja hoidon päättymisvaiheessa antaisi omaisille mahdollisuutta olla enemmän mukana päihdekuntoutujan hoitopolulla.

Tulokset osoittivat, että päihdekuntoutujan hoitopolulla omaisten mukanaolo oli yleisesti ottaen melko vähäistä. Hoitopolulla mukanaoloa kuvattiin hoitotapahtumissa ja vastaanotolla mukana oloksi, päihdekuntoutujan kanssa ryhmässä käymiseksi ja vierailuiksi laitostapaamisten aikana. Omaisten mukana olo päihdekuntoutujan hoitopolulla näyttäytyi suurimmaksi osaksi omaisen aktiivisuutena päihdeitä käyttävän perheenjäsenen hoitoon hakeutumisen tukemisessa ja hoitoon saattamisessa. Nuorten asiakkaiden kohdalla järjestettiin satunnaisesti verkostotapaamisia, joissa vanhemmat olivat mukana. Ajoittain oli pariskuntia, joissa raittiimpi osapuoli tuli mukaan vastaanotolle asiakkaan hoitoa suunnittelemaan. Toisaalta koettiin, että hoitopolulla mukana olo ei ole ollut mahdollista lainkaan. Esille tuotiin tärkeänä tavoite, vaikuttaa omaisten suhtautumiseen päihdesairauteen ja asiakkaan kuntoutumiseen sekä se, että omaisille tuotaisiin tietoa sairaudesta ja sen luonteesta, keskustelemalla heidän kanssaan. Osa päihdekuntoutujista oli hetkittäin kokenut omien läheistensä suhtautuvan päihdekuntoutujaan ja hänen hoitoonsa kyseenalaisesti ja pintapuolisesti. Tämän koettiin johtuvan osittain tietämättömyydestä koskien päihdesairautta yleensä ja toisaalta väsymisestä asiakkaan päih-

desairautta kohtaan kokonaisuudessaan. Omaisten mahdollisuuksien parantaminen osallistua hoitopolun prosessiin nähtiin tärkeänä.

Hoitoon pääsyn tulisi olla helppoa ja mutkatonta ja hoitoon tulisi päästä heti halutessaan. Hoitoon ohjaamisen kannalta tämä on ensiarvoisen tärkeää, koska päihdeongelmaisen motivaatio lähteä hoitoon saattaa muuttua hyvinkin nopeasti. Tutkimukset ovat osoittaneet, että päihdeongelmaiset toivoivat tukea päihdeettömyyteen omilta läheisiltään hoitoon hakeutessaan. Hoitoon hakeutuminen voi olla tilanteena hyvinkin stressaava ja pelottava riippuvaiselle. Onkin hyvin tärkeää, että riippuvainen tuntee itse hallitsevansa tilanteen ja omaavansa päätösvallan, tällöin hän todennäköisesti lähtee helpommin hoitoon. Tutkimusten mukaan omaisilla on merkittävä rooli päihdeongelmaisten hoidon onnistumisessa ja heidän raitistumisessaan. (Uusivuori 2008, 167-169.) Päihdekuntoutujan ja hänen perheenjäsentensä kuntoutumisprosessin kannalta on osoitetusti tärkeää, että raittiimpi puoliso osallistuu hoitoon jollakin tavalla (Inkinen ym. 2000, 184). Kaikki haastatteluihin osallistuneet kokivat, että hoitoon oli päässyt aina niin halutessaan.

Päihdekuntoutujien perheet olivat tukeneet heitä koko hoitoprosessin ajan. Perheen tuki koettiin erityisen tärkeänä hoitopolun sujumiseen vaikuttavana tekijänä. Useampien päihdekuntoutujien kohdalla päihdeiden käyttö oli kestänyt jo vuosia ja näin ollen aiheuttanut ongelmia päihdekuntoutujalle itselleen ja hänen läheisilleen. Kuitenkaan kukaan ei ollut missään vaiheessa kokenut jääneensä yksin. Perhesuhteet olivat säilyneet melko hyvinä ja joillakin jopa erittäin hyvinä. Toisaalta kaikki kokemukset perheen tuesta hoidon aikana eivät olleet positiivisia. Negatiivisia kokemuksia liittyen perheen tukeen oli esimerkiksi puolison epäilykset koskien hoidossa olijan motiiveja ja päihdekuntoutujan hoidon häirintä. Hoitopolun sujumiseen vaikuttavista tekijöistä perheen tukeen ja sen merkitykseen liittyvät negatiiviset kokemukset olivat jääneet pinnalle ja ainakin puolison hoidon häirintä erityisesti nostatti ihmetystä pintaan.

Tutkimustulosten mukaan Päihdekuntoutujan omaisten mahdollisuuksien parantaminen osallistua hoitopolun prosessiin nähtiin tärkeänä. Läheisverkoston säännöllinen kartoittaminen ja hyödyntäminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa koettiin hoitoa tukevaksi ja asiakkaan kuntoutumista edistäväksi. Tulisi olla mahdollista saada enemmän hoitoa perheenä niin, että esimerkiksi puoliso olisi mukana hoidossa.

Päihdekuntoutujan hoitopolun sujumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat myös asiakkaan samaa hoitoa ja luottamus hoitotahoon sekä asiakkaan oma hoitomotivaatio. Artikkelissaan *Enhancing motivation for change in Substance Abuse Treatment* Amerikkalainen emeritusprofessori Miller (1999) kirjoittaa, että päihderiippuvuuksista kärsivien hoitomotivaatioon liittyen on viimeisen 15 vuoden aikana tehty paljon tutkimusta. Tutkimukset ovat kohdistaneet huomionsa

parempiin tapoihin saada päihteiden käyttäjät kiinnostumaan hoidosta, aloittamaan hoidon ja pysymään hoidossa. Tutkimukset ovat koskeneet myös pyrkimystä löytää parempia keinoja kannustaa ihmisiä vähentämään päihteiden käyttöä tai lopettamaan päihteiden käyttö omin avuin tai erilaisten hoito-ohjelmien avulla. Tutkimuksissa on suunnattu huomiota myös tapahtuneen muutoksen ylläpitämiseen ja ongelmakäyttäytymisen uusimisen ehkäisyyn hoidon loppumisen jälkeen. Tutkimustulosteni mukaan hoitoon sitoutuminen ja oma hoitomotivaatio ulkoisen tahon ohjatessa hoitoon ja kontrolloidessa hoidon etenemistä nähtiin toisaalta ristiriitaisena. Koettiin, että tilanteessa, jossa esimerkiksi työnantajan tai lastensuojelun ohjatesa hoitoon ja kontrolloidessa sitä, jokainen päihdekuntoutuja yritti tosissaan kuntouttaa itseään, mutta oman hoitomotivaation puuttuessa ulkoa saneltu pakko ei kauas kantanut. Omaa hoitomotivaatiota laskevaksi tekijäksi osoittautui myös se, jos ei pääse haluamaansa hoitopaikkaan tai että laitospäästä evättiin. Tulokset osoittivat, että suurin kuntoutujan omaa hoitomotivaatiota tukeva ja ylläpitävä voima oli asiakkaan oma halu ja oma motivaatio.

Weckrothin (2006, 158-159, 165, 168) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät olivat sitä mieltä, että asiakkaan hoidon onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että päihdekuntoutuja asettaa itse omat tavoitteensa koskien hoitoa. Omien hoitotavoitteiden asettamisen katsottiin lisäävän asiakkaan hoitomotivaatiota. Kuitenkin tutkimus osoitti, että asiakkaat eivät voineet itse päättää ja asettaa hoitotavoitettaan, vaan sen määritteli hoidon maksaja eli asiakkaan kotikunta. Lisäksi osa hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että henkilökunta oli asiantuntemuksensa takia pätevämpi päättämään riippuvaisen asiakkaan hoidosta. Työntekijät uskoivat asiakkaiden päätöksentekokyvyn olevan rajoittunutta huumeriippuvuuden vuoksi.

Tulosten mukaan asiakkaan omaa hoitomotivaatiota laskevana yhtenä tekijänä oli Weckrothin tutkimuksessa havaittu hoitotavoitteiden määrittely ulkopuolelta. Hoidon kannalta olisi tärkeää, että asiakkaiden olisi mahdollista itse määrittellä omat hoitotavoitteensa. Weckrothin tutkimus osoitti saman seikan, jonka tämän opinnäytetyön tulokset osoittivat. Päihdekuntoutujilla ei ollut mahdollisuutta itse määrittellä esimerkiksi laitoshoitopaikkaansa, vaan sen määritteli hoidon maksaja. Saamani tulokset taas eriytyivät Weckrothin tutkimuksesta siinä suhteessa, että haastatteleman päihdekuntoutujat eivät olleet kohdanneet hoitohenkilökunnan taholta kohtelua, joka osoittaisi kuntoutujien päätöksentekokyvyn olevan rajoittunutta.

Hoitotyön periaatteena ja eettisenä kulmakivenä Kujala (1996, 20-21) pitää ihmisen itsemääräämisoikeudesta ja kunnioittamisesta kiinnipitämistä. Hän määrittelee autonomian ihmisen valinnan vapaudeksi, eettiseksi oikeudeksi ja kykynsä mukaiseksi vapaudeksi tehdä valintoja ja hallita itseään. Jokaisella ihmisellä, myös riippuvuudesta kärsivällä on valinnan vapaus, johon kuuluu myös vastuu omasta hoidosta. Tutkimusten mukaan (Institute of Medicine 1990; Miller 1985; Hester & Miller 1989) asiakkaan hoitomyönteisyys kasvaa huomattavasti, mikäli

yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa on onnistunutta ja asiakkaan saadessa itse asettaa omat tavoitteensa kuntoutumiselleen.

Hoitohenkilökunnan tapa olla vuorovaikutuksessa päihdekuntoutujan kanssa vaikuttaa ratkaisevasti asiakkaan hoitoon suhtautumiseen ja hoidon onnistumiseen. Tutkimusten mukaan on havaittu dramaattisia eroja eri työntekijöiden välillä. Nämä erot on havaittu tutkittaessa asiakkaiden hoitoon kiinnittymistä ja hoidon loppuun saattamista, huolimatta siitä, että hoitotyöntekijät ovat käyttäneet samoja hoitomenetelmiä tai hoito-ohjelmia. Hoitotyöntekijän rooli korostuuakin asiakkaan hoitosuhteen yhtenä onnistumisen edellytyksenä. Toivottuja ominaisuuksia päihdetyötä tekeväille olivat yleisen psykologian kirjallisuudessa esitetyt piirteet. Niihin kuuluivat asiakkaan kunnioitus, empatia, myönteisyys, ystävällisyys ja lämpö, joka ei ole omistushaluista. Tutkimukset ovat osoittaneet myös, että asiakkaan konfrontoiva ohjaus tuotti huonoa tulosta ja ajoi asiakkaan käyttämään päihteitä entistä enemmän. Konfrontoiva ohjaus sisälsi asiakkaan käsitysten kyseenalaistamista, kumoamista, kiistämistä ja sarkasmia. Hyviä tuloksia oli saatu asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioiden toteutetuista joustavista hoitoohjelmista. (Miller 2008, 20-21, 23.)

Saamieni tutkimustulosten mukaan tekijät, jotka vaikuttivat asiakkaan hoitoa tukevassa mielessä hoitopolun sujumiseen, koskivat pääosin sitä, miten hoitohenkilökunta suhtautui päihdekuntoutujaan ja hänen hoitoonsa. Päihdekuntoutujat olivat saaneet yksilöllistä ja kunnioittavaa kohtelua kaikissa hoitopaikoissa, joissa he olivat olleet hoidettavana. Asiakkaan saamaa hoitoa päihdekuntoutujat kuvasivat siten, että hoitopaikoissa pureuduttiin oikeisiin asioihin ja työskenneltiin tosissaan ja henkilökunta oli ammattitaitoista. Lisäksi asiakkaat kokivat, että heidät kohdataan arvostavasti ja heidän asiansa koetaan tärkeiksi lisäksi hoitopaikoissa on tuettu raittiuteen, oltu empaattisia ja ymmärtäväisiä, eikä heitä ole tuomittu, haukuttu tai heille ei ole oltu vihaisia. Päihdekuntoutujat luottivat hoitotahoihin ja hoitopaikat oli koettu turvallisiksi. Tutkimustulokseni siis tukevat aikaisempien myös kansainvälisien tutkimuksienkin tuloksia. Asiakkaan saama luottamuksellinen hoito ja asiakasta kunnioittava kohtaaminen ovat perus lähtökohtia päihdekuntoutujan hoidon onnistumisen kannalta. Myöskään päihdekuntoutujaa ei tule sivuttaa oman elämänsä asiantuntijana.

Myös Najavits ja Weiss (1994) ovat tarkastelleet kirjallisuuskatsauksessaan, hoitotyöntekijän ominaisuuksien vaikutuksia päihdeasiakkaiden hoitotuloksiin. Kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että hyvät ihmissuhdetaidot, luottamus hoitoprosessiin ja auttavan yhteistyösuhteen muodostaminen olivat tärkeämpiä, kuin hoitotyöntekijän ammatillinen koulutus tai kokemus. Millerin ja Rollnickin (2002, 26) mukaan yhteistyö päihdeiden käyttäjän ja päihdetyöntekijän välillä tulee olla vastavuoroista ja tasa-arvoista. Päihdetyöntekijä on yhteistyökumppani, eikä pelkkä kuuntelija tai asiantuntija. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, arvostus, ystävällisyys ja kiinnostus asiakkaan asioita kohtaan edistävät yhteistyösuhdetta.

Järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisissä käytännöissämme suurimmaksi ongelmaksi on arvioitu asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden sivuttaminen. Kuntoutumisen kannalta olisi tärkeä huomioida ja ottaa vakavasti kuntoutujien omat tunteet ja kokemukset, jotta kuntoutus olisi asiakaslähtöistä. (Metteri 2003, 17.) Tammisen (2000, 79) tutkimuksessa asiakkaat korostivat omaa motivaatioita ja ehdotonta vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa. Lisäksi hoitoa tulee saada asiakkaan omilla ehdoilla.

Tamminen (2000) on tutkimuksessaan Paluu normaaliin - addiktiivisen päihteiden käytön lopettamisesta tutkinut päihdeongelmaisten raitistumista ja sen jälkeisen raittiuden perusedellytyksiä. Tammisen (2000, 15, 87) tutkimuksen yhdeksi lähtökohdaksi oli valikoitunut se, että monien erilaisia hoitomenetelmiä tarkastelevien tutkimusten mukaan erilaisilla hoidoilla ei näyttäisi olevan juurikaan merkitystä päihteiden käytön lopettamisen onnistumisen kannalta. Tutkimuksen mukaan yhdessäkään raitistumistarina ei tullut esiin, että asiakas olisi raitistunut jonkin hoitomenetelmän ansioista. Peelen (2004, 28-29) mukaan laajoja alkoholismien ja muiden riippuvuuksien hoidosta tehtyjä tutkimuksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että parhaan hoitotuloksen antavat ne hoidot, joissa on keskitytty kuntoutujan itseluottamukseen, yksilön voimaan ja pysyvyyteen.

Päihdekuntoutujien hoitopolkujen tarkastelussa huomio kiinnittyi myös siihen seikkaan, että jokaisella kuntoutujalla oli kokemuksia vieroitushoidosta, kuntouttavasta hoidosta laitoksessa sekä avohoidosta. Erilaisten hoitojen tulokset olivat enemmän riippuvaisia asiakkaan omasta hoitomotivaatiosta, kuin siitä missä asiakas oli hoidettavana. Tutkimuksessaan, Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa, Kaukonen (2000, 122) kirjottaa, etteivät päihdeongelmien mitkään hoitomenetelmät ole osoittautuneet toistaan paremmiksi ja niillä ei ole päästy erityisen hyviin hoitotuloksiin missään päin maailmaa. Uusien riippuvuuksien ja päihteiden aiheuttamien hallitsemattomien ja sosiaalisten riskien katsotaan olevan yksi syy palvelujärjestelmään kohdistuvien toiveiden lisääntymiseen. Vaikkakin erilaisten hoitointerventioiden tehokkuuseroista ei ole maailmalla juurikaan pitävää näyttöä, katsotaan useimpien jotakin hoitoa saaneiden tilanteen kohentuneen edes hieman vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Tämän perusteella voidaan päihdehoitoja pitää yleisesti ottaen järkevinä investointeina, vaikei raittiutta saavutettaisikaan. Suorien käyttäytymistä muokkaavien hoitomenetelmien on havaittu empiiristen havaintojen perusteella vähentävän lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä riippuvaisen päihteiden käyttöä enemmän kuin psykodynaamisten keskusteluterapioiden. Kaukonen mukaan tulisi entistä enemmän tutkia mitä hoitojen välillä ja niiden jälkeen tapahtuu.

Kuusiston (2012, 205) mukaan päihdeongelmista toipuneiden hoitoprosesseja ja erilaisia reittejä ja niiden tutkimusta voidaan kutsua asiantuntijuustutkimukseksi. Toipuneiden päihdeongelmakäyttäjien hoitoprosesseja tarkastellaan potentiaalisina keinoina raittiuteen.

Päihdeongelmasta kuntoutuneilla on kokemustietoa, jonka avulla päihdehuollon palveluita ja erilaisia hoitoja voidaan kehittää. Hoidon vaikuttavuuteen näyttää vaikuttavan enemmän päihdekuntoutujan hoitoon kohdistuvien odotusten ja hyvän hoitosuhteen muodostuminen. Käytetyillä hoitomenetelmillä ei ollut juurikaan suurta vaikutusta.

Terveydenhuollon, nuorisotoimen ja sosiaalitoimen työntekijöiden on osoitettu tutkimusten mukaan olevan yhtä mieltä hoitotarjonnan puutteellisuudesta (Weckhroth 2006, 188; Kuussaari 2006, 223-225). Päihdeongelmien hoitoa ja kuntoutusta tulisi kehittää vastaavanlaiseen pitkäjänteiseen hoito- ja kuntoutusajattelun suuntaan kuin muissakin kroonistumistaipumuksen omaavissa sairausryhmissä. Kroonisten riippuvuushäiriöiden vaikuttava ja tuloksellinen hoito on pitkäjänteistä työtä. Palveluketjun tulisi toimia samalla tavalla tietyn toimintamallin mukaan niin kuin muidenkin kansansairauksien kohdalla. (Holopainen 2012, 197.)

Tulokset osoittivat, että kaikki tutkimushaastatteluihin osallistuneet toivat esille jatkotuen tarpeen hoitajaksojen jälkeen, ettei kuntoutuja jäisi tyhjän päälle. Intensiivisen kuntoutuksen päätyttyä tuen järjestäminen olisi tärkeää, jottei hoitojatkumo katkeaisi yhtäkkiä. Tukiverkostolla (jatkotuki) varmistettaisiin asiakkaan kiinnittyminen johonkin tahoon, jossa asiakkaalla olisi mahdollisuus keskustella ja osallistua ryhmiin niin kauan kuin asiakas tuntee käyntien olevan tarpeellisia. Kuntoutuksen jälkeisen tuen tulee vahvistaa hoidon ja kuntoutuksen tuloksia niin, että arki kantaa ja asiakas saa sairautensa ja elämäntilanteensa hallintaansa. Päihdeongelmien hoidossa olisi tärkeää keskittyä vaikuttavaan, tulokselliseen ja pitkäjänteiseen hoitoon. Palveluketjun tulisi toimia aukottomasti ja asiakkaan tukiverkko tulisi ottaa mukaan hoitoon.

Päihdekuntoutujan hoitoprosessin arviointia, sen seuranta ja asetettujen tavoitteiden tarkoituksenmukaisuutta tulisi arvioida. Lisäksi valittujen auttamismenetelmien ja niiden avulla saatujen tulosten vaikuttavuutta ja vastaavuutta tulisi arvioida. Päihdekuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välistä suhdetta ja sen vaikutusten arviointia unohtamatta. Hoitohenkilökunnan ja päihdekuntoutujan tulisi arvioida hoidon tuloksia. Päihdehoitotyön ja päihdekuntoutujan hoitoprosessin arviointia tulisi tehdä huomattavasti enemmän. Arviointia tulisi kohdentaa päihdekuntoutujan hoitoprosessin eri vaiheiden tuloksellisuuden arviointiin ja päihdehoitotyön kehittämiseen. Tulevaisuudessa tulisi tutkia jo vakiintuneita hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuutta, esimerkiksi katkaisuhuito. Lisäksi tulisi tehdä pitkäaikaista seurantatutkimusta eri hoitomuotojen tuloksellisuudesta. (Inkinen ym. 2000, 147, 233.)

Inkinen, Partanen ja Sutinen (2000) esittävät monia arviointi- ja kehittämistarpeita ja niiden tutkimista koskien päihdekuntoutusta. Heidän esiintuomansa päihdekuntoutuksen aiheet ovat erittäin tärkeitä ajatellen päihdekuntoutujien hoidon kehittämistä. Mielestäni olisi mielenkiintoista tehdä jatkotutkimusta päihdekuntoutujan hoitopolun prosessista esimerkiksi tutki-

malla samoja päihdekuntoutujia ja heidän tilannettaan muutaman vuoden kuluttua. Yksi jatkokotkimusaihe, joka nousi tutkimustuloksista, liittyen päihdekuntoutujan hoitopolun prosessin kehittämiseen olisi jatkotuen tarpeen tutkiminen hoitajaksojen jälkeen, niin ettei kuntoutuja jäisi tyhjän päälle.

Kuussaari (2006, 57) on käsitellyt tutkimuksessaan myös huumeiden käyttäjien näkemyksiin hoitojärjestelmästä liittyviä tutkimuksia. Tutkimusten mukaan huumeiden käyttäjät ovat sitä mieltä, että erityisesti matalan kynnyksen hoitopaikkoja tarvitaan lisää. Hoitopaikkoihin tulisi voida hakeutua mihin aikaan tahansa vuorokaudesta ja anonyyminä, jotta ei tarvitse pelätä viranomaiskontrollia. Huumeiden käyttäjät kuitenkin kokivat pelkoa viranomaisia kohtaan ja he uskoivat viranomaisten lupauksista huolimatta valvovan vaihtopisteitä ja rekisteröivän käyttäjiä. Tutkimusten mukaan huumeiden käyttäjät nostivat esiin yksilöllisen hoidon tarpeen huomioimisen, hoidon suunnittelun ja toteutuksen tulee olla suhteessa asiakkaan päihdehistoriaan ja elämäntilanteeseen, ajatellen hoidon kestoa ja lääkitystä. Alkoholistit ja huumeiden käyttäjät olivat sitä mieltä, että molempien hoitaminen yhdessä saman kaavan mukaan ei ole mahdollista, koska he edustavat erilaisia kulttuureita. Huumeiden käyttäjien ja alkoholistien hoito tulisi heidän mielestään erottaa toisistaan. Käyttäjät perustelivat erottamista sillä, että lääkkeiden, alkoholin ja huumeiden katkaisu- ja vieroitushoidot ovat keskenään erilaisia.

Johtopäätöksenä tässä opinnäytetyössä saaduista tutkimustuloksista sekä niitä verrattaessa aiempiin tutkimuksiin voidaan todeta, että jatkohaasteena olisi kehittää hoidon tuloksia tukevia ja omaa motivaatiota ylläpitäviä palveluita, joita olisi helposti saatavilla ympäri vuorokauden. Alueellinen tiimi, joka voisi hätätilanteessa tulla kotikäynnille, mikäli asiakas esimerkiksi kokee ylivoimaiseksi lähteä ulos asunnosta tai on jollakin tapaa kykenemätön siihen tulisi tarpeeseen. Tämän lisäksi 24h puhelinpäivystykselle, jonne voisi ottaa yhteyttä kokiessaan henkistä ahdistusta ja päihteiden käytön tai retkahtamisen alkaessa himottaa, koettiin tarvetta. Kuussaaren (2006) tutkimuksen mukaan erityisesti huumeiden käyttäjät olivat myös sitä mieltä, että ympärivuorokautinen matalan kynnyksen palvelu olisi tarpeellinen. Erityisen tärkeää on myös pitää huolta siitä, että hoitajakson jälkeinen jatkotuki varmistettaisiin niin, ettei kuntoutuja jäisi tyhjän päälle ja ettei hoitojatkumo katkeaisi yhtäkkisesti.

Hoitojakson lopulla asiakkaan kiinnittyminen johonkin tahoon tulisi varmistaa, jotta päihdekuntoutujan hoidon tuloksia tuettaisiin paremmin. Kuntoutuksen jälkeinen tuki tulee olla selkeää, että se vahvistaa hoidon ja kuntoutuksen tuloksia niin, että arki kantaa ja asiakas saa sairautensa ja elämäntilanteensa hallintaansa. Päihdekuntoutujan hoidossa on erityisen tärkeää se, että palveluketju toimii aukottomasti ja asiakkaan tukiverkko otetaan mukaan hoitoon. Asiakkaan perheen mukaan ottaminen hoitoon voidaan mahdollistaa esimerkiksi sillä tavoin, että perhe kutsutaan mukaan hoitosuhteen luomisen jälkeen, esimerkiksi kolmannella tai neljännellä tapaamiskerralla ja vielä hoidon päättymisvaiheessa. Tämänkaltaisen järjeste-

ly olisi mahdollista toteuttaa hyvin pienillä muutoksilla ja ilman lisäresursseja ja se antaisi asiakkaan perheelle mahdollisuuden olla enemmän mukana päihdekuntoutujan hoitopolulla. Asiakkaan perheen mahdollinen mukaan ottaminen hoitotapaamisiin antaisi mahdollisuuden vaikuttaa omaisten suhtautumiseen päihdesairauteen ja asiakkaan kuntoutumiseen. Niillä tapaamiskerroilla, joilla perhe olisi mukana omaisille tuotaisiin tietoa sairaudesta ja sen luonteesta, keskustelemalla heidän kanssaan. Tuomalla tietoa omaisille voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa myös heidän suhtautumiseensa päihdekuntoutujaan ja hänen hoitoonsa ja omaiset saisivat tietoa koskien päihdesairautta.

Laitoksesta avohoitoon sujuva siirtyminen tulisi varmistaa. Laitoskuntoutuksesta avohoitoon sujuvampi siirtyminen voitaisiin varmistaa päihdekuntoutujan mahdollisuudella tavata tuleva avohoidon työntekijä laitoshoidon loppuvaiheessa. Lisä tukea sujuvaan siirtymiseen voisi saada sektorirajojen ylittävän yhteistyöryhmän kasaamisella ja päihdekuntoutujalla olisi mahdollisuus tavata tämä ryhmä hoitajakson lopussa. Ylipäättänsä viranomaistahojen yhteistyötä tulisi kehittää tiiviimmäksi ja tehostaa verkostotyötettä entisestään. Tutkittaessa ja kehitettäessä päihdepalveluita tulee muistaa, että päihderiippuvuudesta kärsivillä ja jo päihdeongelmasta kuntoutuneilla on kokemustietoa, jonka avulla päihdehuollon palveluita ja erilaisia hoitoja voidaan kehittää.

Lähteet

- Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7-15.
- Aaltoila, J. & Valli, R. 2010. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: Ps- kustannus.
- Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 7.11.2013.
http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallanalyysi
- Anttila, P. 2006. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Tutkimuksen reliabiliteetti. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Viitattu: 30.8.2014.
www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/.../1194415307356.htm
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2007. Tästä on kyse- tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Ps- Kustannus.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkilä, A. 1995. Riippuvuus. Valheiden verkko. 4. painos. Helsinki: Rasalas- Kustannus.
- Heikkinen, H.L.T. 2010. Narratiivinen tutkimus- todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: Ps- kustannus, 143-159.
- Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. (toim.) 2002. Minussa elää monta tarinaa. Kirjoituksia opettajuudesta. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heinonen, J. (toim.) 2012. Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi. Espoo: Prometheus kustannus Oy.
- Hester, R. & Miller, W. 1989. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. New York: Pergamon Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holliday, A. 2002. Doing and Writing Qualitative Research. Thousand Oaks. London and New Delhi: SAGE Publications.

- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. 1.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Holopainen, A. 2012. Hoitojärjestelmistä. Teoksessa: Heinonen, J. (toim.) *Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi*. Espoo: Prometheus kustannus Oy, 189-197.
- Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. 2005. Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.
- Häkkinen, I. 2013. Toipumiskulttuuri, päihdetoipuminen ja esimerkin voima. Espoo: Prometheus kustannus Oy.
- Hännikäinen- Uutela, A-L. 2004. Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 252.
- Hänninen, V. 2003. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. 8. painos. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hänninen, V. 2010. Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: Ps- kustannus, 160-178.
- Hänninen, V. & Valkonen, J. 1998. Tarinat, sairaudet ja kuntoutumien. Teoksessa Hänninen, V. & Valkonen, J. (toim.) *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen*. Tutkimuksia. Research reports 59/98. Helsinki: Yliopistopaino, 3-20.
- Hyytinen, R. 2007. Lapsi, huumeperhe ja toivo. Lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutumisprosessissa. Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen kuuluva lisensiaatin tutkimus. Lapsi- ja nuorisososiaalityön erikoisala. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry.
- Hyytinen, R. 2008. Hyvän asiakassuhteen merkitys. Teoksessa Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. (toim.) *Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihhteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni- hoitojärjestelmä*. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry., 89-108.
- Hyytiä, P. & Alho, H. 2012. Miten alkoholiriippuvuutta voidaan hoitaa lääkkein? Teoksessa Heinonen, J. (toim.) *Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi*. Espoo: Prometheus kustannus Oy, 22-23.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Institute of Medicine 1990. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: United States Government Printing office.
- Jampolsky, L. 2012. Vapaudu riippuvuudesta. Addiktiivisen persoonallisuuden paraneminen. Suomentanut Hellsten, R. Helsinki: Basam Books Oy.
- Kaasila, R. 2008. Eri lähestymistapojen integroituminen narratiivisessa analyysissä. Teoksessa Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K. E. (toim.) *Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 41- 66.
- Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K. E. (toim.) 2008. *Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) 2009. *Ihan oikea ihme- kirjoituksia päihdetyöstä*. Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys- VAK ry.

- Kaukonen, O. 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaliossa. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes.
- Kiianmaa, K. 2003. Alkoholit. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120-131.
- Kiianmaa, K. 2010. Alkoholin vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 110-119.
- Korhonen, U. 2013. Huumeriippuvuus- irti riippuvuuden otteesta. Helsinki: Delfiini kirjat.
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 41-65.
- Koski-Jännes, A., Jussila, A. & Hänninen, V. 1998. Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Ota-va.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi
- Kujala, E. 1996. Osallisuus omaan hoitoonsa -hoitotyöpalvelujen käyttäjien kokemuksia perusterveydenhuollossa. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Acta Universitatis Tamperensis 1492. Tampere: Tampere University Press.
- Kuusisto, K. 2012. Spontaani toipuminen. Teoksessa Heinonen, J. (toim.) Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi. Espoo: Prometheus kustannus Oy, 199-212.
- Kuussaari, K. 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystutkimus, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 155. Helsinki: Stakes.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona- ideasta käytäntöön. Helsinki: Suomen Laatu keskus Koulutuspalvelut Oy.
- Laamanen, K. 2005. Johda suorituskyykyä tiedon avulla- ilmiöstä tulkintaan. Helsinki: Suomen Laatu keskus Oy.
- Laitinen, K. & Mäkelä, R. 2003. Katkaisuhoido. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 201-211.
- Laitinen, M. & Uusitalo, T. 2008. Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäntapausten tutkimisessa. Teoksessa Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K. E. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 106-150.
- Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. Jyväskylä: PS- kustannus.

Malinen, A. 2012. Diakoninen päihdetyö Vantaalla. Teoksessa: Heinonen, J. (toim.) *Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi*. Espoo: Prometheus kustannus Oy, 74-87.

Metteri, A. 2003. Asiakkaan näkökulma ja kokemus. Kohtuuttomat tilanteet toimintatutkimuksen kohteena. Teoksessa Metteri, A. (toim.) *Asiakkaan ääntä kuunnellen*. Kitkakohtista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki: Edita Publishing Oy, 16-23.

Miller, W. 1985. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98 (1), 84-107.

Miller, W. 1999. Enhancing motivation for change in Substance Abuse Treatment. TIP 35 manual. SAMSH/CSAT Treatment Improvement Protocols. Viitattu: 22.9.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fegi?rid=hstat5.chapter.61302>.

Miller, W. 2008. Motivaation ja muutosten käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi, 16-41.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2002. *Motivational interviewing: Preparing People for Change*. Second edition. New York: Guilford Press.

Moilanen, P. & Rähä, P. 2010. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltoila, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: Ps- kustannus, 46- 69.

Mäkelä, R. 2003. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 192-199.

Mäkelä, R. 2003. Perhe- ja verkostoterapia. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 225-234.

Mäkelä, R. 2010. Alkoholi-ongelmat ja perhe. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholi-ongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Najavits, L.M. & Weiss, R.D. 1994. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction* 89(6),679- 688.

Nikoskelainen, O. 2012. Päihdekuntoutus valinnan teorian näkökulmasta- Kuntoutus-Sillan asiakkaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Sosiaalialan ylempi AMK-tutkinto. Tampereen ammattikorkeakoulu. publications.theseus.fi/.../handle/10024/42125/Nikoskelainen_Olli.pdf

Peele, S. Miten voitat riippuvuudet. 7 vallankumouksellista keinoa riippuvuuksista vapautumiseksi. Englanninkielinen alkuteos: *7 Tools to Beat Addiction*. Suomentanut: Ritva Hellsten. Helsinki: Rasalas Kustannus.

Peltoniemi, M. 2011. Normaali narkomaani? Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 49

Poikolainen, K. 2003. Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 42-46.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Tammi.

- Ruisniemi, A. 2009. Se alkaa turvallisuudesta- kokemuksia yhteisöstä ja toipumisesta. Teoksessa Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) Ihan oikea ihme- kirjoituksia päihdetyöstä. Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys- VAK ry., 161-175.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and wellbeing. *American Psychologist* 55 ,68- 78.
- Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Helsinki: WSOY.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Anna Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 12.09.2014. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2010. Alkoholiriippuvuus. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004. Kuinka motivoida päihdeongelmainen hoitoon läheisten avulla. Suomentanut Räsänen, O. New York: The Guilford Press.
- Stormbom, A. 2008. Vauvalähtöinen päihdekuntoutus- esimerkkinä Ensikoti Pinja. Teoksessa Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihdeistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni- hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry., 109-125.
- Syrjälä, L. 2010. Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittavalle tutkijalle. Jyväskylä: Ps- kustannus, 247-261.
- Särkelä, A. 2001. Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
- Tamminen, M. 2000. Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihdeidenkäytön lopettamisesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 247. Helsinki: Stakes.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Uusivuori, E. 2008. Päihdeongelmaisen hoitoon motivointi omaisten avulla. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 147-175.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 81-115.
- Vuokko, R., Mäkelä M., Komulainen J. & Miettinen O. 2011. Terveystieteiden toimintaprosessit. Terveystieteiden yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Weckroth, A. 2006. Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 47. Sosiologian väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto.

Liitteet

Liite 1 haastattelurunko asiakkaalle.....	83
Liite 2 haastattelurunko omaiselle.....	84
Liite 3 haastattelurunko hoitohenkilökunnalle.....	85
Liite 4 käsitekartta.....	86

Liite 1 haastattelurunko asiakkaalle

HAASTATTELURUNKO (Asiakkaalle)

1. Milloin ensimmäisen kerran hakeuduit tai Sinut ohjattiin hoitoon? Mikä oli ensimmäinen hoitopaikkasi?
2. Kerro omin sanoin omasta hoitopolustasi, mistä kaikki alkoi ja missä olet nyt?
3. Millä tavoin Sinut on huomioitu hoitohenkilökunnan ja viranomaisten taholta hoitopolkusi aikana?
4. Miten Sinä koet hoitopolkusi sujuneen?
5. Millä tavoin perheenjäsenesi ovat tukeneet Sinua hoitopolkusi aikana?
6. Kuvaile millaista häiriötä perheenjäsenistäsi on ollut hoitopolkusi aikana?
7. Millaisiin asioihin Sinä olit tyytyväinen hoitopolussasi ja sen aikana?
8. Millaisiin asioihin Sinä olit tyytymätön hoitopolussasi ja sen aikana?
9. Millä tavoin perheesi ollut osallisena hoitopolussasi?
 - 9.1 Millaiset tekijät ovat mahdollisesti estäneet perhettäsi olemasta mukana/osallisena hoitopolussasi?
10. Mitä kehitettävää Sinun mielestä päihdekuntoutujan hoitopolussa on?
11. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi kehittää, jotta asiakkaan perhe huomioitaisiin paremmin asiakkaan hoidon tukena?
12. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi uudistaa, jotta se vastaisi entistä paremmin asiakkaan hoidontarpeita?
13. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi uudistaa, jotta se varmistaisi entistä paremmin asiakkaan hoidon tuloksellisuutta?

Liite 2 haastattelurunko omaiselle

HAASTATTELURUNKO (Omaiselle)

1. Milloin ensimmäisen kerran perheenjäsenesi hakeutui tai hänet ohjattiin hoitoon? Mikä oli hänen ensimmäinen hoitopaikkansa?
2. Kerro omin sanoin perheenjäsenesi hoitopolusta, mistä kaikki alkoi ja missä hän on nyt?
3. Millä tavoin Sinut on huomioitu hoitohenkilökunnan ja viranomaisten taholta perheenjäsenesi hoitopolun aikana?
4. Miten Sinä koet perheenjäsenesi hoitopolun sujuneen?
5. Millä tavoin Sinä olet tukenut perheenjäsenesi hänen hoitopolkunsa aikana?
6. Kuvaile, millaista häiriötä mahdollisesti koet Sinusta olleen perheenjäsenellesi hänen hoitopolkunsa aikana?
7. Millaisiin asioihin Sinä olit tyytyväinen perheenjäsenesi hoitopolussa ja sen aikana?
8. Millaisiin asioihin Sinä olit tyytymätön perheenjäsenesi hoitopolussa ja sen aikana?
9. Millä tavoin Sinä olet ollut osallisena perheenjäsenesi hoitopolussa?
 - 9.1 Millaiset tekijät ovat mahdollisesti estäneet Sinua olemasta mukana/osallisena perheenjäsenesi hoitopolussa?
10. Mitä kehitettävää Sinun mielestä päihdekuntoutujan hoitopolussa on?
11. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi kehittää, jotta asiakkaan perhe huomioitaisiin paremmin asiakkaan hoidon tukena?
12. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi uudistaa, jotta se vastaisi entistä paremmin asiakkaan hoidontarpeita?
13. Millä tavoin mielestäsi hoitopolkua tulisi uudistaa, jotta se varmistaisi entistä paremmin asiakkaan hoidon tuloksellisuutta?

Liite 3 haastattelurunko hoitohenkilökunnalle

HAASTETTELUKUNTO (hoitohenkilökunnalle)

1. Kerro vapaasti, omin sanoin, millainen on tyypillinen päihdekuntoutujan hoitopolun prosessi?
2. Mistä hoitopolku usein miten alkaa? ja mihin se päättyy?
3. Millä tavoin asiakkaan perhe huomioidaan hoitohenkilökunnan ja viranomaisten taholta hoidon aikana?
4. Minkälaisia mahdollisuuksia asiakkaan perheenjäsenillä on osallistua asiakkaan hoitoon ja olla siinä osallisena?
5. Mitkä tekijät mahdollisesti estävät omaisia osallistumasta hoitoon ja olemasta asiakkaan tukena?
6. Minkälaista tukea asiakkaat ovat saaneet perheiltään hoitoprosessien aikana?
7. Minkälaista häiriötä asiakkaiden perheistä on mahdollisesti ollut hoitoprosessin aikana?
8. Minkälaista palautetta asiakkailta ja heidän perheiltään on tullut koskien asiakkaiden hoitoa?
 - 8.1 Minkälaisiin asioihin asiakkaat ja heidän perheensä ovat olleet tyytyväisiä?
 - 8.2 Minkälaisiin asioihin asiakkaat ja heidän perheensä ovat olleet tyytymättömiä?
9. Mitä kehitettävää hoitopolun prosessissa on, jotta asiakkaan perhe voitaisiin paremmin huomioida hoidon tukena?
10. Millä tavoin hoitopolun prosessia tulisi uudistaa, jotta se vastaisi entistä paremmin asiakkaan hoidon tarpeita ja varmistaisi hoidon tuloksellisuutta?
11. Millä tavoin asiakkaan hoitopolun prosessia voisi kehittää siltä osin, että asiakkaan hoitajaksojen väliset siirtymät eivät katkaisisi kuntoutumista?

Liite 4 käsitekartta

PERHEEN TUKI JA SEN MERKITYS	ASIAKKAAN SAAMA HOITO JA LUOTTAMUS HOITOTAAHOON	ASIAKKAAN OMA HOITOMOTIVAATIO
<ul style="list-style-type: none"> • lapsuuden perhe tukee taloudellisesti ja tukee kuntoutujan lapsia • oma äiti tukee ja paras ystävä tukee • lapset ja vaimo kannustaa hoitoon ja hoidossa ollessa • äiti, isä ja tyttöystävät tukevat • perhe on kuunnellut ja myötäelänyt mukana • omainen osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan hoitotapahtumiin • perheen kesken voidaan puhua avoimesti ongelmasta ja sairaudesta • omaisten yhteydenpito • kyytiapu ja käytännön apu • toimeentulon tukeminen • vanhempien mukanaolo hoidossa nuorten asiakkaiden kohdalla • omainen käynyt asiakkaan kanssa ryhmissä • omainen ollut mukana hoitotapahtumissa/vastaanotolla • omainen ollut tukena kotoa käsin ja auttanut käytännön asioiden hoitamisessa • omaisen aktiivisuus hoitoon hakeutumisen tukemisessa • nuorten asiakkaiden kohdalla satunnaisesti verkostotapaamisia, joissa vanhemmat mukana • omaisen aktiivisuus hoitoon saattamisessa • Joskus pariskuntia, joissa raittiimpi osapuoli tulee mukaan vastaanotolle asiakkaan hoitoa suunnittelemaan • vierailut laitosjaksojen aikana • puoliso ei ymmärrä hoidon tarvetta eikä tue • omainen ei jaksaa osallistua kuntoutujan tukemiseen ja kokee, että hoitoon lähteminen on hänelle valtava helpotus • suhtautuminen asiakkaan hoitoa kohtaan yksioikoista ja pinnallista • kuntoutujan syyllistäminen muistuttamalla juomisjaksojen raskaudesta ja kärsimyksestä, jota kuntoutuja tuolloin aiheuttanut perheelle • ongelma henkilöityy päihteiden käyttäjään, lähipiiri ei halua osallistua hoitoon koska kokee, että ongelma on yksinomaan käyttäjällä • joskus häiritsemällä hoitoa ja epäilemällä 	<ul style="list-style-type: none"> • hoitopaikassa muiden vertaistuki, toisten samankaltaisten keskustelut ja itsetutkiskelun merkityksen oivaltaminen • hoitopaikassa pureudutaan oikeisiin asioihin ja työskennellään tosissaan • ammattitaitoinen henkilökunta hoitopaikoissa • asiakas kokee, että hänet kohdataan arvostavasti ja hänen asiansa koetaan tärkeiksi • hoitoon on päässyt heti halutessaan • hoitolaitoksesta toiseen siirtyminen oli järjestetty hoitotahojen puolesta • hoitopaikoissa on tuettu raittiuteen, oltu empaattisia ja ymmärtäviä, ei ole tuomittu, haukuttu ja oltu vihaisia • asiakasta hoidettu yksilönä eikä huomioitu perhekokonaisuutta • lasten sijoitus pois kotoa • katkon alkuvaiheen rauhoittaminen vierailuilta • tukihenkilö, joka kävi kotona keskustelemassa • toimeentulon tukeminen • laitoksesta avohoitoon sujuvan siirtymisen varmistaminen esim. mahdollisuudella tavata tuleva avohoidon työntekijä laitoshoidon loppuvaiheessa • enemmän hoitoa perheenä, esim. puoliso mukana hoidossa • vanhempien mukanaolo hoidossa nuorten asiakkaiden kohdalla • liiat tauot hoitojen välillä • luottamus hoitotahoon, hoitopaikan turvalliseksi kokeminen • omainen käynyt asiakkaan kanssa ryhmissä • omainen ollut mukana hoitotapahtumissa/vastaanotolla • nuorten asiakkaiden kohdalla satunnaisesti verkostotapaamisia, joissa vanhemmat mukana • Joskus pariskuntia, joissa raittiimpi osapuoli tulee mukaan vastaanotolle asiakkaan hoitoa suunnittelemaan • asiakkaan perheellä tulisi olla parempi mahdollisuus osallistua asiakkaan hoitoon • läheisverkoston säännöllinen kartoittaminen ja hyödyntäminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa tulisi tehdä • siirtymien turvaaminen hoitopaikasta toiseen siirryttäessä 	<ul style="list-style-type: none"> • jättäytyminen pois töistä ja keskittyminen päihdeongelman hoitamiseen • hoitoon sitoutuminen ja motivaatio ulkoisen tahon ohjatessa hoitoon ja kontrolloidessa hoidon etenemistä, esim. työnantaja, lastensuojelu • oma halu ja oma motivaatio • laitoksesta avohoitoon sujuvan siirtymisen varmistaminen esim. mahdollisuudella tavata tuleva avohoidon työntekijä laitoshoidon loppuvaiheessa • mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoon hakeutuminen, jotta riippuvuus ei ehtisi kehittyä niin pitkälle ja ongelmat kasaantua • tukihenkilö, joka kävi kotona keskustelemassa • toimeentulon tukeminen • lasten sijoitus pois kotoa • jos ei pääse haluamaansa hoitopaikkaan tai laitospääsy evätään • retkahdusten sattuessa pettymys ja tyytymättömyys omaan itseensä • hoitoon on päässyt heti halutessaan • luottamus alkaa palata pikkuhiljaa hoidon myötä, esim. kutsutaan perhejuhliin, annetaan tavata lapsia tai lapsenlapsia • hoitopaikassa muiden vertaistuki, toisten samankaltaisten keskustelut ja itsetutkiskelun merkityksen oivaltaminen • hoitopaikassa pureudutaan oikeisiin asioihin ja työskennellään tosissaan • ammattitaitoinen henkilökunta hoitopaikoissa • asiakas kokee, että hänet kohdataan arvostavasti ja hänen asiansa koetaan tärkeiksi • hoitopolun sujumista tukisi myös se, että asiakkaan lähiverkosto kutsuttaisiin koolle ja käsiteltäisiin päihdesairaudesta luonnetta ja haasteita • jos lähipiiri ei ymmärrä päihdesairaudesta vakavuutta ja monimutkaisuutta, suhtautuminen asiakkaan hoitoa kohtaan voi olla yksioikoista ja pinnallista