

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA ENNALTAEHKÄISEVISTÄ HOITOJAK-  
SOISTA JA INTERVALLIHOITOJAKSOISTA ESPOON A-KLINIKAN KAT-  
KAISUHOIDOSSA

Petri Huttunen & Juha Kahila

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Huttunen, Petri & Kahila, Juha. Asiakkaiden kokemuksia ennaltaehkäisevistä hoitojaksoista ja intervallihoitojaksoista Espoon A-klinikan katkaisuhoidossa. Helsinki, syksy 2009. 66 sivua, 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK)

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Espoon A-klinikan katkaisuhoidon asiakkaiden näkemyksiä ennaltaehkäisevien hoitojaksojen ja intervallihoitojaksojen merkityksellisyydestä päihteettömänä pysymiselle. Lisäksi tutkimuksella pyrittiin kartoittamaan asiakkaiden mahdollisia kehittämisideoita ennaltaehkäisevän hoidon ja intervallihoidon toteuttamisen suhteen. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisen tutkimuksen muodossa.

Tutkimus toteutettiin vuosien 2008 - 2009 välisenä aikana. Tutkimusta varten haastateltiin viittä (5) intervallihoitovaiheeseen edennyttä Espoon A-klinikan katkaisuhoidon asiakasta, ja haastattelut toteutettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelumenetelmällä. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineistanalyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustulokset osoittivat, että haastateltavat asiakkaat pitivät ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja ja intervallihoitojaksoja hyödyllisinä päihteettömänä pysymisessä. Etenkin A-klinikan ja katkaisuhoidon ryhmiin osallistumisesta saatava hyöty koettiin merkitykselliseksi. Haastateltavat asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä ennaltaehkäisevien hoitojaksojen ja intervallihoitojaksojen toteutustapaan, eikä heillä ollut hoitomuotojen kehittämiseksi ehdotuksia. Merkittävänä tutkimustuloksena voidaan pitää myös sitä, että osalla haastatteluihin osallistuneista asiakkaista oli vaikeuksia erottaa ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja ja intervallihoitojaksoja sekä niiden sisältöä toisistaan.

Koska tutkittava joukko oli merkittävän pieni, tutkimuksella saaduista tuloksista ei ole mahdollista tehdä koko asiakaskunnan näkemyksiksi yleistettäviä johtopäätöksiä. Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että haastateltavat asiakkaat kokivat ennaltaehkäisevät hoitojaksot sekä intervallihoitojaksot itselleen hyödylliseksi ja päihtettömyyttä tukeviksi. Haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden mielestä ennaltaehkäisevät hoitojaksot ja intervallihoitojaksot tukevat päihteettömänä pysymistä lyhytaikaista katkaisuhoidoa huomattavasti paremmin, sillä heidän mukaansa päihdeongelma vaatii pitkäkestoista hoitoa.

Asiasanat: Ehkäisevä päihdetyö, A-klinikka, katkaisuhoido, ryhmät, päihteet

Abstract.

Huttunen, Petri and Kahila, Juha.

Clients' experiences of preventive- and interval treatment periods at A-clinic rehabilitation unit in Espoo.

66 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

The objective of this study was to research experiences of clients at an A-clinic rehabilitation unit in Espoo. The focus was on preventive and interval treatment periods and how the A-clinic clients experienced them.

The study was qualitative and done by interviewing 5 volunteer rehabilitants during 2008-2009. Three of five interviews were conducted at Espoo A-clinic and two interviews over the phone. The material was analysed using content analysis.

The results showed that the interviewed clients were mostly satisfied with the researched treatment periods. Especially the experiences of group discussions were seen as positive and useful in order to stay sober. However, the research also showed that for some of the interviewed clients it was difficult to see the difference between preventive and interval treatment periods.

Because there were only 5 client interviews for the research it was not possible to make any comprehensive conclusions. It was only possible to point out that the interviewed clients were mostly satisfied with the preventive and interval treatment periods and did not have any suggestions how to improve the researched treatment periods. The interviewees thought that the preventive and interval treatment periods were more useful in life without intoxicants than a basic short-term detoxification period, because serious problems with intoxicant use need long-term treatment.

The employees at Espoo A-clinic's rehabilitation unit could inform their clients more of the contents of the treatments to clarify the difference between preventive and interval treatment periods.

Keywords: A-clinic, detoxification, intoxicants

## SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO .....	5
2. PÄIHTEET .....	6
2.1 Päihderiippuvuus .....	6
2.2 Tilastoja suomalaisten päihdekäyttäytymisestä .....	8
2.3 Ennaltaehkäisevä päihdetyö.....	8
2.3.1 Päihteiden yleinen ennaltaehkäisy.....	8
2.3.2 Riskiehkäisy .....	10
2.3.3 Yleinen ennaltaehkäisy ja riskiehkäisy .....	10
2.3.4 Ennaltaehkäisevän päihdetyön toteuttaminen .....	11
2.3.5 Kriisihoito .....	12
2.3.6 Ennaltaehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit .....	13
3.1 Ryhmien hyödyntäminen päihdetyössä .....	16
3.1.1 Vertaisryhmät.....	16
3.1.2 Terapeuttiset ryhmät .....	17
3.2 Katkaisuhoido .....	18
3.3 Intervallihoido .....	22
4. ESPOON A-KLINIKKA JA KATKAISUHOITO .....	31
4.1 Espoon A-klinikka.....	31
4.2 Espoon A-klinikan Katkaisuhoido .....	32
4.3 Katkaisuhoidon ryhmät.....	35
4.4 Ennaltaehkäisevät hoitajakset .....	37
4.5 Intervallihoidot Espoon A-klinikalla .....	39
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	41
5.1 Aineiston analyysi .....	43
6. TUTKIMUSTULOKSET .....	45
6.1 Haastateltavien taustatiedot.....	45
6.2 Haastateltavien näkemykset ennaltaehkäisevien hoitajaksojen sisällöstä.....	45
6.3 Haastateltavien näkemykset intervallihoidokäytännöstä.....	50
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....	56
8. POHDINTA .....	59
8.1 Tutkimuksen eettisyys .....	59
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	60
8.3 Ammatillinen kehittyminen .....	62
8.4 Lopuksi.....	63
LÄHTEET .....	64
LIITE 1 Haastattelurunko .....	67
LIITE 2 Tutkimuslupa .....	68

## 1. JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe on Asiakkaiden kokemuksia ennaltaehkäisevistä hoitojaksoista ja intervallihoitojaksoista Espoon A-klinikan katkaisuhoidossa. Nämä hoitomuodot on tarkoitettu Espoon A-klinikan asiakkaille, jotka haluavat ehkäistä mahdollista retkahdusta katkaisuhoidon jälkeen.

Katkaisuhoito-osaston työntekijät kokivat tarvitsevansa tutkimustietoa siitä, miltä osin ennaltaehkäiseviin hoitojaksoihin ja intervallihoitojaksoihin ollaan tyytyväisiä, ja mitä kehittämissuhteita asiakkailta olisi näiden hoitojaksojen parantamisen suhteen. He tarjosivat kyseiseen teemaan liittyvää opinnäytetyöaihetta Diakin opinnäytetyötorilla. Kiinnostusta aiheen valitsemiseen lisäsi se, että toinen tämän tutkimuksen tekijöistä oli sosionomiopintoihin liittyen mielenterveys ja päihteet -opintokokonaisuuden käytännön harjoittelussa Espoon A-klinikalla ja katkaisuhoidossa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia nimenomaan Espoon A-klinikan ennaltaehkäisevistä hoitojaksoista ja intervallihoitojaksoista. Tutkimusta varten haastateltiin kvalitatiivista puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää käyttäen viittä Espoon A-klinikan asiakasta, jotka olivat edenneet intervallihoitovaiheeseen. Tutkimusta toteutettaessa tutkimustuloksia ei ollut ryhmistä saatuja kokemuksia lukuun ottamatta mahdollista verrata laaja-alaisesti aiempiin tutkimustuloksiin, sillä tutkimuksen kohteena olevista ennaltaehkäisevistä hoitojaksoista ja intervallihoitojaksoista ei ole tehty aiemmin virallisia tutkimuksia. Ennen tutkimusosuutta työssä määritellään tutkimuksen kannalta oleelliset käsitteet päihteet, ennaltaehkäisevä päihdetyö, katkaisuhoito sekä intervallihoito. Näiden lisäksi tarkastellaan vertaisryhmien sekä terapeuttien ryhmien käyttämistä osana päihdehoidon toteuttamista. Johtopäätösten esittämisen jälkeen opinnäytetyöprosessia sekä esimerkiksi tutkimuksen eettisyyttä arvioidaan pohdintaosuudessa.

## 2. PÄIHTEET

Päihteet ovat kemiallisia aineita, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttavat päihtymyksen tai humalatilaa. Päihteet voidaan luokitella monin eri tavoin. Esimerkiksi Suomessa tupakka ja alkoholi luokitellaan niin sanotuiksi sosiaalisiksi päihteiksi. Huumausaineet määritellään huumausainelaisissa, jossa ne on jaoteltu vaikutuksensa perusteella seuraaviin ryhmiin: keskushermostoa lamaavat aineet, keskushermostoa kiihottavat aineet, hallusinogeenit ja kannabis. Huumausainelain mukaan myös tietyt lääkkeet, sienet, lsd, heroini amfetamiini, kannabis ja uudet synteettisesti valmistetut huumeet lasketaan huumausaineiksi. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.)

Päihteiden vaikutukset ovat yksilöllisiä. Vaikutus riippuu käyttäjän koosta, iästä sekä persoonallisuustekijöistä. Lisäksi vaikutusta on sillä, mitä ainetta käytetään, kuinka puhdasta käytetty aine on ja kuinka paljon kulloistakin päihdettä käytetään. Päihteitä voi käyttää usealla eri tavalla: suun kautta, nuuskaamalla, lihaksen tai suonensisäisesti sekä imppaamalla. (Dahl & Hirschovits 2002, 5)

### 2.1 Päihderiippuvuus

Riippuvuus käsitteenä ei tarkoita aina negatiivista asiaa. Esimerkiksi lapsen ja vanhemman välisen riippuvuussuhteen voi katsoa olevan eilinehto. Riippuvuudesta syntyy negatiivinen asia silloin, kun se aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä, henkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Päihderiippuvuuteen liittyy nämä kaikki mainitut alueet. (Dahl & Hirschovits 2002, 263; Irti Huumeista ry 2009.)

Riippuvuuden syntymisestä on monia eri näkemyksiä. Psykologinen näkökulma lähestyy riippuvuutta psyykkisten syiden, esimerkiksi tuskan lievittämisen kautta. Urateorian mukaan riippuvuus syntyy kokeilun ja säännöllisen käytön seurauksena. Psykiatriassa riippuvuuden syynä pidetään addiktiivista persoonallisuutta.

(Dahl & Hirchovits 2002, 271; Irti Huumeista ry 2009) Riippuvuus on mahdollista määritellä eri tavoin, kun sitä tarkastellaan eri ammattialojen edustajien näkökulmasta: lääkärin, sosiologin, psykologin ja sosiaalialan ammattilaisen mielipiteet sekä näkemykset riippuvuuden syistä voivat poiketa toisistaan paljon. Näkemyksiä yhdistää kuitenkin se, että ihminen on voimaton riippuvuuden suhteen ja häntä ohjaa sisäinen pakko. (Heikkilä 2005, 18.)

Alkoholiriippuvuus on diagnostinen määritelmä ja terveydenhuollossa sen rinnalla käytetään käsitettä alkoholin suurkulutus. Terveydenhoidossa tehdyt selvitykset osoittavat, että alkoholin suurkulutus on yleinen ongelma. Naispotilaista suurkuluttajia on noin 10 prosenttia ja miehistä noin 20 prosenttia. (Seppä 2003, 57.)

Alkoholin suurkulutus voi aiheuttaa käyttäjälle terveyshaittoja. Alkoholin käyttömäärä, joka aiheuttaa terveyshaittoja, vaihtelee yksilökohtaisesti. Tähän vaikuttaa käyttäjän ikä, paino, sukupuoli ja yleinen terveydentila. Suurkulutuksen raja on miehillä 24 viikkoannosta ja naisilla 16 viikkoannosta. Riskirajat kertakulutuksessa ovat miehillä 7 annosta ja naisilla 5 annosta kerrallaan. Kerta-annos on joko pullo keskialutta (33 cl), lasi viiniä (12 cl) tai 4 cl:n annos väkevää viinaa. Viikkoannoksen toistuva ylittäminen altistaa psyykkisille ja fyysisille ongelmille. (Seppä 2003, 57.)

Pitkään jatkunut päihteidenkäyttö voi aiheuttaa terveyden heikkenemistä sekä sosiaalisten suhteiden ja psyykkisen sekä henkisen hyvinvoinnin kapeutumista (Ruisniemi 2006, 21.) Runsas alkoholinkäyttö voi myös aiheuttaa psyykkisiä sairauksia. Alkoholia saatetaan käyttää lääkinnällisissä tarkoituksissa psyykkisten oireiden hoitoon. Psykkinen sairaus ja alkoholiriippuvuus voivat esiintyä toisistaan riippumatta samalla henkilöllä, tällöin puhutaan kaksoisdiagnoosista. (Mäkelä 2003, 183–184.)

Päihderiippuvuuteen liittyy hyvin usein vieroitusoireita. Vieroitusoireet koostuvat fyysisistä ja psyykkisistä tuntemuksista. Alkoholin ja opiaattien vieroitusoireet voivat olla hengenvaarallisia. Useimmiten vieroitusoireet aiheuttavat päinvastaisia tuntemuksia fyysisesti kuin mitä kyseisen päihteen päihtymystilassa on koettu.

Psyykkiset oireet ovat samankaltaisia päihteestä riippumatta. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117)

## 2.2 Tilastoja suomalaisten päihdekäyttäytymisestä

Suomalaisessa kulttuurissa alkoholin käyttö on hyväksyttävää. Absolutisteja, jotka eivät alkoholia käytä, saatetaan pitää poikkeuksellisina. Vuonna 2004 tulleiden vero- ja tuontirajoitusten uudistusten myötä suomalaisten alkoholiasenteet ovat kuitenkin hieman tiukentuneet. Vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan 61 prosenttia tutkimukseen osallistuneista kannatti alkoholipoliittisia rajoituksia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 54 prosenttia. Tästä huolimatta suomalaisten alkoholinkäyttö on yhä humalahakuista. Alkoholin hintapolitiikan muutoksia perustellaan sillä, että Suomi on siirtymässä kohti eurooppalaista viinikulttuuria. Tästä huolimatta väkevien alkoholijuomien kulutus on lisääntynyt. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 93–94.)

Alkoholinkulutuksen kasvu on nähtävissä myös kuolinsyissä. Vuonna 2004 perimmäisenä kuolinsyynä oli alkoholitauti tai myrkytys 1864 potilaalla, ja vuonna 2005 määrää oli jo 2033. Kasvu on ollut tasaista 2001 vuodesta lähtien. (Havio ym. 2008, 75.)

## 2.3 Ennaltaehkäisevä päihdetyö

Ennaltaehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa yleiseen ehkäisyyn ja riskiehkäisyyn. Lisäksi on muita malleja, jotka sisältyvät näihin kahteen kategoriaan. Erikseen voidaan mainita myös kriisihoito, joka on ennaltaehkäisevää mutta kestoltaan lyhytaikaista.



### 2.3.1 Päihteiden yleinen ennaltaehkäisy

Yleinen ehkäisy on toimintaa jolla edistetään terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Sen tavoitteena on edistää päihteetöntä elämää, ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja ja lisätä ihmisten ymmärrystä päihdeilmiöstä. (Stakes 2006, 6.)

Yleisellä ehkäisyllä pyritään näihin tavoitteisiin siten, että yritetään vähentää päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa ja tätä kautta myös haittoja. Tämän lisäksi on tärkeää vaikuttaa myös päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin, oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin sekä päihteiden käyttöön ja käyttötapoihin. Työtä ei ole tarkoitus nähdä vain valistuksena ja tiedotuksena, vaan laaja-alaisesti hyvinvointia ja terveyttä edistävänä toimintana. (Stakes 2006, 6; Stakes 2008, 8.)

Päihteet, jotka kuuluvat yleisen ennaltaehkäisyn piiriin, ovat pääsääntöisesti alkoholi, tupakka ja huumeet. Myös lääkkeet, liuottimet ja muut päihdyttävät aineet luokitellaan päihteiksi, kun niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Tällöin yleinen ennaltaehkäisevä työ koskee myös niitä. (Stakes 2006, 6.)

Yleisen ennaltaehkäisyn perimmäinen tavoite on ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja, joita päihteet aiheuttavat niin käyttäjälle itselleen kuin myös hänen läheisilleen. Tässä onnistuminen on vaikeasti mitattavissa: tulokset ja saavutukset saattavat näkyä vasta pitkän ajan kuluttua ja tällöinkin epäsuorasti. (Stakes 2006, 6–7.)

Yleinen ennaltaehkäisevä työ perustuu tiukasti lakeihin, ja sen yleisten edellytysten luominen kuuluu ensisijaisesti valtiolle ja kunnille. Käytännön työstä vastaavat kunnat, järjestöt ja muut erilaiset yhteisöt. Kuntien tulee huolehtia siitä, että ennaltaehkäisevä päihdetyö ulottuu kaikkiin väestöryhmiin, ja että se on pitkäjänteistä sekä hyvin koordinoitua. Kolmas sektori ja muut kumppanit ovat välttämättömiä, kun toteutetaan yhdessä sovittuja tavoitteita. Kunnan peruspalvelut muodostavat ennaltaehkäisevän päihdetyön perustan riippumatta siitä, mikä palvelurakenteen järjestämistapa kunnassa valitaan. Kuntien peruspalveluihin kuuluu muun muassa sosiaalitoimi, joka antaa päihdetiedotusta ja tukee vanhemmuutta sekä pystyy näin ollen puuttumaan jo varhain mahdollisiin ongelmiin. Terveystoi-

messä toteutetaan tarpeen vaatiessa mini-interventioita, ja opetustoimi antaa päihdekasvatusta, kun taas nuoriso- ja vapaa-ajantoimessa päihteen ohjelma sekä tilaisuudet vievät ennaltaehkäisevää päihdetyötä eteenpäin. Toimintaa säätelevät monet eri lait. Näitä ovat esimerkiksi raittiuslaki, päihdehuoltolaki, tupakkalaki, alkoholilaki, huumausainelaki, tartuntatautilaki, lastensuojelulaki, kansanterveyslaki, työterveyshuoltolaki ja mielenterveyslaki. (Stakes 2006, 7; Stakes 2008, 12–13.)

### 2.3.2 Riskiehkäisy

Riskiehkäisy erottuu yleisestä ennaltaehkäisystä siinä, että työn kohderyhmä määritellään sellaisen riskin perusteella, jonka toteutuminen on todennäköinen. Riskiehkäisyä on päihteen käyttöön puuttuminen, joka ennakoii haittoja tai ongelmakäyttöä, sekä varhaista puuttumista tulevaa ongelmakäyttöä ennustaviin riskitekijöihin. Tavoitteena on puuttua jo ilmenneisiin päihdeongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Riskiehkäisyä ovat muun muassa alkoholin suurkäyttäjien mini-interventiot ja huumeita käyttävien neulanvaihto-ohjelmat. (Stakes 2006, 32; Stakes 2008, 15.)

Riskiehkäisyyn voidaan lukea myös osa korjaavasta päihdetyöstä. Korjaava päihdetyö kohdistuu jo ilmenneisiin päihdehaittoihin ja niiden hoitoon. Riskiehkäisyä käytetään, kun kyseessä on päihderiippuvuuden haittojen vähentäminen ja pahe-  
nemisen ehkäisy. (Stakes 2006, 32.)

### 2.3.3 Yleinen ennaltaehkäisy ja riskiehkäisy

Ennaltaehkäisevän päihdetyön yleisen ja riskiehkäisyn yhteiset osat voidaan jakaa kolmeen osaan: primaaripreventioon, sekundaaripreventioon ja tertiaaripreventioon.

Primaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan siten, että tehdään interventio ennen terveysongelmaa. Sillä pyritään jo varhaisessa vaiheessa vaikuttamaan kohderyhmän käsityksiin ja käyttäytymiseen. Ihmisiä pyritään motivoimaan muuttamaan elämäntapojaan. Koulujen tehtävä kasvattajana sekä informaation välittäjänä on merkittävä. Tässä vaiheessa pyritään lisäämään ihmisten sosiaalisia taitoja, mikä on ehkäisevän päihdetyön välillinen tavoite. Primaariprevention haluttu lopputulos on päihdeistä kieltäytyminen. (Van der Stel 1999, 39; Huoponen, Peltonen, Koskinen-Ollonqvist & Mustalampi 1998, 9.)

Sekundaaripreventio tarkoittaa varhaista puuttumista mahdollisesti jo kehittyvään päihdeongelmaan tai sairauteen. Tämä lisää hoito- ja tukipalveluiden tarvetta sekä sosiaali- että terveysalalla. Sekundaaripreventioon kuuluu mini-interventiot. Mini-interventiot toteuttaa yleensä terveydenhuolto, sillä sen palveluissa asioi vuosittain 70 prosenttia kohdeväestöstä. Asiakkaan herättäessä huolta päihdeidenkäytöllään voi terveydenhuollon työntekijä ottaa asian puheeksi. Tämä tapahtuu yleensä avoimella kysymyksellä, johon ei voi vastata vain yhdellä sanalla. Menetelmä antaa enemmän informaatiota ja saa asiakkaan arvioimaan elämäntapojaan. Mini-interventioiden tavoitteena on kohtuukäyttö, ja yleensä pyritään siihen, että asiakas itse asettaa omat tavoitteensa. Tavoitteen saavuttamiseksi työntekijät antavat hoitokäynneillä suullisesti neuvontaa. Lyhimmillään mini-interventio kestää yhden vastaanottokäynnin ajan, mutta yleensä tämän jälkeen järjestetään vielä yhdestä kolmeen kontrollikäyntiä. Näillä kerroilla kartoitetaan tavoitteiden toteutumista ja motivoidaan asiakasta elämään terveellisemmin. Kontrollikäynneillä voidaan havaita, mikäli asiakas tulee ohjata muiden hoitopalveluiden pariin. (Van Der Stel 1999 39; Huoponen ym.1998, 9; Seppä 2005, 19–24 )

Tertiaaripreventiolla tarkoitetaan sitä, että jo olemassa olevaa ongelmaa pyritään ehkäisemään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Preventio kohdistuu päihdeiden ongelmakäyttäjiiin. Tertiaaripreventioon kuuluva päihdetyö on jo vakavan riippuvuuden hoitamista, joka edellyttää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutusta. Tämä tapahtuu lähes aina hoitopalveluiden piirissä. (Van Der Stel 1999, 39–40; Huoponen ym.1998, 9.) Aahoksen (2008) mukaan esimerkiksi intervallihoito on tertiaaripreventiivistä päihdehoitoa, sillä päihdehoidon asiakkaan todettua vaka-

vaa riippuvuutta pyritään ehkäisemään vuorottelevilla kotona vietettävillä jaksoilla sekä päihdehoitoyksikössä vietettävillä hoitjaksoilla siten, että retkahdusriski olisi mahdollisimman minimaalinen.

#### 2.3.4 Ennaltaehkäisevän päihdetyön toteuttaminen

Mikäli päihdeongelmiin tartutaan vasta siinä vaiheessa kun ongelma on jo pitkälle kehittynyt, niin suurin osa päihdetyön resursseista kohdistuu pieneen väestönosaan ja sen erityispalvelutarpeisiin. Tämä johtuu siitä, että päihdeongelmaiset eivät saa riittävän asiantuntevaa hoitoa kuntien peruspalveluissa, ja tästä johtuen ongelma siirtyy hyvin nopeasti suoraan erityispalveluiden piiriin. (Stakes 2005, 2.)

Varhaisvaiheen hoidon puutteellisuus vaikuttaa myös siihen, että yleinen ennaltaehkäisevä työ jää irralliseksi, eikä sillä tavoiteta välttämättä juuri niitä väestöryhmiä, joiden päihteidenkäyttötavat ovat muuttumassa ongelmalliseen suuntaan. (Stakes 2005, 2.)

Kuntien peruspalveluissa ei usein ole riittäviä resursseja paneutua päihdeongelmiin ja niiden hoitoon. Päihteiden puheeksi ottaminen voi myös olla asiakkaan kohtaavalle työntekijälle vaikeaa. Kun sosiaalityöntekijä tai terveydenhuollon ammattilainen kysyy päihteidenkäytöstä, ottaa hän myös vastuun avun tarjoamisesta. Tehtyjen tutkimusten mukaan esimerkiksi alkoholin käytöstä kysyminen ei kuulu perusterveydenhuollon rutiineihin: alkoholinkäyttö koetaan yhä araksi ja hyvin henkilökohtaiseksi asiaksi, josta kysymisen pelätään loukkaavan. Huomattava on myös se, että alkoholin käytöstä kysytään harvoin hyvässä sosiaalisessa asemassa olevilta, vaikka päihdeongelmia esiintyy kaikissa sosiaaliluokissa.. (Stakes 2005, 3.)

On tärkeää, että päihteidenkäyttö huomataan varhain ja tarjotaan apua, jotta ongelmat eivät ehdi kasvaa suuremmiksi. Mikäli päihteiden käyttöön puuttumista odotetaan niin kauan, että asiakkaan päihdeongelma on selkeästi havaittavissa, ei

ennaltaehkäisevällä työllä voidaan enää vaikuttaa tuloksellisesti asiaan. Tällöin joudutaan turvautumaan erityispalveluihin kuten A-klinikoihin. Päihdehaitat kannattaa aina hoitaa varhaisessa vaiheessa, jolloin ne ovat helpommin hoidettavissa ja hoito tulee halvemmaksi. (Stakes 2005, 3.)

### 2.3.5 Kriisihoito

Kriisihoitoa tarjoavat niin kunnat julkisen sektorin palveluina kuin yritykset ja kolmannen sektorin toimijat erityispalveluina. Erityispalveluita tarjoavia organisaatioita ovat esimerkiksi A-klinikat ja Kalliolan settlementti.. Kriisihoidolle ei ole yksiselitteistä määritelmää, vaan sitä toteutetaan eri toimintayksiköissä eri tavalla. Yhteisenä tekijänä voidaan pitää sitä, että apua annetaan asiakkaan kriisiin akuutisti.

A-klinikoilla kriisihoitoa saa päihteidenkäytöstä aiheutuneisiin ongelmiin, ja sitä voivat hakea joko päihteidenkäyttäjät itse tai hänen läheisensä. Kriisihoito on keskustelua ammattilaisen kanssa, joka pyrkii auttamaan asiakasta selviämään meillä olevasta kriisistä löytämällä siihen uusia näkökulmia, sekä kartoittamaan sitä, miten ongelmien ratkaisemisessa on syytä toimia. Keskusteluissa saatetaan kartoittaa esimerkiksi sitä, onko pidempiaikaiseen hoitoon tarvetta, vai onko kriisin purkaminen mahdollista muilla toimenpiteillä. (Kouvolan A-klinikka 2009.)

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston päihdehuolto toteuttaa kriisihoitoa siten, että tavoitteena on aina löytää asiakkaalle kriisihoitopaikka. Maksusitoumuksien saamisessa on tästä huolimatta ilmennyt ongelmia. Sosiaaliviraston päihdehuolto on myös havainnut, että useimmissa tapauksissa asiakas selviytyy kriisistä parhaiten, kun hän saa elää lähellä omaa arkeaan hoidon ajan. Asiakkaan ei ole kuitenkaan hyvä oleskella paikoissa, joissa raittiina pysyminen saattaa vaarantua. Tämän vuoksi asiakkaalle järjestetään yleensä päihteetön ja turvallinen ympäristö, esimerkiksi päihdehoitopaikassa, jossa asiakas voi keskustella ongelmistaan henkilökunnan kanssa. (Helsingin kaupunki 2008, 6–7.)

Kalliolan setlementti tarjoaa 7–14 vuorokauden mittaisia kriisihoitajaksoja. Sen tavoitteena on myös tukea raittiina olevaa henkilöä vaikeissa elämäntilanteissa. Kriisihoidot suunnitellaan aina jokaisen asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaan. (Kalliolan setlementti 2009.)

### 2.3.6 Ennaltaehkäisevän päihdetyön laatukriteerit

Ennaltaehkäisevän päihdetyön laatukriteerit koostuvat 12:sta toisiaan täydentävästä kriteeristä, joissa jokaisessa on myös osatekijöitä. Työssä tulisikin löytää tasapaino näiden eri osien välillä siten, että ne kaikki otetaan huomioon.

Kriteereillä ei ole jatkuvasti yhtä vahvaa painoarvoa, vaan niitä sovelletaan tilanteen mukaan. (Stakes 2006, 14.)

1. Työn kohdentaminen. Ennaltaehkäisevä työ on määritelty kuuluvaksi yleiseen ehkäisyyn, riskiehkäisyyn tai molempiin. Toiminta on kohdennettu yhteen tai useampaan vaikuttamiskohteeseen. Näitä ovat tiedot, asenteet, oikeudet, suojaavat tekijät, riskitekijät, päihteiden käyttö ja päihteiden käyttötavat. (Stakes 2006, 16.)
2. Työ on kohdennettu ennaltaehkäisevän päihdetyön toteutustasolle. Niitä ovat yhteiskunta (kunnat, läänit, valtio, kansalaisyhteiskunta ja kansainväliset yhteisöt), paikallisyhteisö (asuinyhteisöt, koulut, työpaikat, verkkoyhteisöt), lähisuhteet (pari- perhesuhteet, kiinteät ystävyysuhteet) ja yksilö. Tasoja voi myös yhdistää. (Stakes 2006, 16–17.)
3. Työ on kohdennettu määritellylle ryhmälle. Työ voidaan suunnitella joko yleisölle, jota ei määritä päihteiden käyttö, tai kohdennetusti ryhmille tai yksilöille tietyn riskin perusteella. Työ voidaan kohdentaa myös ennaltaehkäisevän päihdetyön toteuttajiin tai päättäjiin, vanhempiin tai muihin kohderyhmän elämän vaikuttaviin ryhmiin. Kohderyhmän määrittely riippuu myös siitä, halutaanko vähentää päihteiden kysyntää vai tarjontaa. (Stakes 2006, 17.)
4. Työn tietoperusta on varmistettu. Toimija tuntee ympäristön ja kulttuurin, jossa toimii, sekä päihteidenkäytön tilanteen. Päihdetyötä tekevä henkilö tuntee ennalta-

ehkäisevän päihdetyön sidosryhmätoimijat ja sitovat ohjeet sekä muut ehdot. Hänen tulee olla myös selvillä kohderyhmän käsityksistä, tiedoista, asenteista ja odotuksista. Lisäksi hänellä on oltava valmius pyytää heiltä ehdotuksia sekä toivomuksia. Päihdetyötä tekevän on hyvä osata ottaa huomioon hiljainen tieto ja käytössä olevat resurssit. Hänen tulee myös tuntea niiden päihteiden riskit ja haitat, joihin työ kohdistuu. Lakituntemus on erittäin tärkeää. Päihdehuoltolaki, raittius-työlaki ja alkoholilaki on hyvä tuntea kattavasti. Päihdetyön toimijan on tärkeää omata riittävä tieto ja taito projektityöskentelystä, koska usein työtä tehdään monien eri tahojen kanssa. Hänellä on niin ikään oltava tarvittava tieto eri työmenetelmistä ja toiminnan parantamiseen olemassa olevista mahdollisuuksista. (Stakes 2006, 18–20.)

5. Työn arvot ja etiikka. Toiminnan tulee edistää päihteiden käyttäjän ja läheisten ihmis- ja perusoikeuksia, sosiaalista oikeudenmukaisuutta, yhdenvertaisuutta, solidaarisuutta ja osallisuutta. Työn tulee aina perustua tosiasioihin ja asiallisesti esitettyyn tietoon. On hyvä tunnistaa omat arvoperustat, mutta ottaa huomioon myös muiden ammatilliset arvot ja periaatteet, jolloin voidaan muodostaa yhdessä kokonaisuus johon kaikki voivat sitoutua. Toiminnan tulee kunnioittaa asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä ihmisarvoa ja tukea heidän voimavarojaan. (Stakes 2006, 20–22.)

6. Työ on tavoitteellista yhteistoimintaa. Toiminta on samansuuntaista kansallisten ja kansainvälisten sekä paikallisten ja seudullisten strategioiden kanssa, tai niiden perusteltua haastamista. Oma toiminta organisoidaan suhteessa laajempiin strategioihin, esimerkiksi valtakunnallisiin ohjelmiin. Toimijoiden yhteistyön tulee noudattaa yhteistä strategiaa, jossa tavoitteet ovat samansuuntaisia. Päällekkäistä työtä ei pääse syntymään, kun eri toimijat ovat verkostoituneet riittävän tiiviisti. (Stakes 2006, 23.)

7. Työlle on asetettu tavoite suhteessa ennaltaehkäisevän päihdetyön kohdentamiseen. Tavoite on määritelty selkeästi ja realistisesti suhteessa ennaltaehkäisevän päihdetyön vaikuttamiskohteisiin, tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin sekä toteutustasoihin. (Stakes 2006, 24.)

8. Työhön tarvittavat resurssit on määritelty. Resurssit vastaavat asetettuja tavoitteita ja suunniteltua toteutusta. Resursseja ovat esimerkiksi toimijat, eri taidot, aika, toimintatilat ja rahoitus. (Stakes 2006, 25.)

9. Työn toteutustavat on valittu. Varmistetaan, että valitut toimintamenetelmät soveltuvat tavoitteisiin, ja otetaan huomioon kohderyhmät ja resurssit sekä tarkastellaan toimintaa joko pidempiaikaisena prosessina tai yksittäisinä toimenpiteinä. Toiminnan riskit ennakoidaan, ja näin ne on myös mahdollista minimoida. (Stakes 2006, 25.)

10. Seuranta ja arviointi on kiinteä osa työtä. Ennaltaehkäisevän päihdetyön käytäntöjen toteutusta, tuloksia ja vaikutuksia arvioidaan. Työntekijöillä tulee olla riittävä tieto ja ymmärrys seurannasta ja arvioinnista. Seuranta ja arviointi kohdistuu ennen kaikkea laatukriteerien toteutumiseen, prosessi seurantaan ja vaikutavuuden arviointiin. Toimintaa seurataan ja arvioidaan koko toteutusprosessin ajan. (Stakes 2006, 26–27.)

11. Työssä varmistetaan laadun osatekijöiden tasapaino. Ennen suunnitellun työn toteuttamista on vielä varmistettava, että laadun osatekijät ovat keskenään tasapainossa. (Stakes 2006, 27.)

12. Työn tulokset suhteutetaan alkutilanteeseen. Työn loppuvaiheessa ennen tulosten vakiinnuttamista arvioidaan prosessin onnistumista. Tulostavoitteet saavutetaan, kun ennaltaehkäisevän päihdetyön yhteen tai useampaan asiaan on voitu vaikuttaa aiotulla tavalla. Arvioinnin tuottamaa tietoa voi hyödyntää myös työikäntöjen uudistamiseen. (Stakes 2006, 27.)

### 3. PÄIHDETYÖN MENETELMÄT

#### 3.1 Ryhmien hyödyttäminen päihdetyössä

##### 3.1.1 Vertaisryhmät

Vertaisryhmät toimivat monella eri tavalla ja vaikuttavat ihmisiin monella eri tasolla. Vertaiset ovat parhaita samaistumisen kohteita, ja heiltä saatu palaute on helpompi ottaa vastaan sekä hyväksyä. Ryhmän turvallisuus, hyväksyminen ja osallisuus ovat tärkeitä ja korvaamattomia asioita vertaistukiryhmissä. (Ruisniemi 2006, 39–40.)



Vertaistukiryhmissä samanlaiset kokemukset yhdistävät ryhmäläisiä. Tästä syystä myös empatia ja ymmärrys ovat aitoa eikä vain näennäistä. Samanlaiset taustat ja ongelmat saavat ryhmäläiset myös keskustelemaan asioista eri näkökulmista, ja näin ollen on mahdollista saada uusia näkökantoja omaan ajatusmaailmaan. Kaikkein hankalimmatkin asiat on yleensä helppo jakaa vertaisryhmissä, sillä muillakin on vaikeita asioita jaettavana. (Gitterman 2006, 99–100.)

Vertaisryhmissä voi saada myös vinkkejä siihen, mikä toimintamalli toimii eri tilanteissa, ja mikä toimintamalli taas kannattaa mahdollisesti unohtaa. Ryhmiin on mahdollista pyytää vierailijoita, joilta voi saada uutta tietoa koskien päihderiippuvuutta ja päihteitä. Työntekijän rooli ryhmissä on varsin pieni, mutta sitäkin tärkeämpi. Hän yhdistää ryhmää ja ohjaa päätösten teossa. (Fisher 2006, 259–260; Gitterman 2006, 99–100.)

Vertaisryhmissä ryhmäläinen saa tukea päihdeongelmasta toipumiseen. Mahdollisesti samanlaisia asioita kokeneelta on helpompi ottaa palautetta vastaan kuin esimerkiksi työntekijältä. (Tuomola 2003, 220–221.) On myös tutkittu, että vertaisten palaute merkitsee enemmän kuin työntekijältä saatu palaute. (Ruisniemi 2006, 154.) Varsinkin positiivista palautetta on helpompi ottaa vastaan vertaisilta, ja tätä kautta on mahdollista eheyttää omaa minäkuvaa positiivisempaan suuntaan. (Fisher 2006, 260.)

Oman toipumisensa kannalta ryhmäläisille on tärkeää nähdä henkilöitä, jotka ovat selviytyneet ongelmista. Se luo uskoa myös omaan toipumiseen (Tuomola 2003, 225.) Ryhmässä vanhemmat toimivat usein esimerkkeinä ja luovat uskoa nuorempiin. Ryhmissä voi saada myös onnistumisen tunteen siten, että antaa neuvoja ja vaikuttaa näin positiivisesti muiden toipumiseen. Ryhmissä vuorovaikutustaitojen on mahdollista kehittyä, sillä kaikki keskustelu ja ajatustenvaihto käydään selvin päin. Yksi tärkeimmistä asioista onkin se, että ei ole yksin. (Tuomola 2003, 225–226; Ruisniemi 2006, 158, 167.)

Vertaisryhmät ovat selkeästi hyvä keino päihderiippuvuudesta toipumiseen. On kuitenkin hyvä muistaa, että se mikä sopii yhdelle, ei välttämättä sovi kaikille. Jot-

kut toipuvat ilman vertaisryhmiä ja joillekin ryhmät ovat elinehto matkalla kohti päihteetöntä elämää. (Ruisniemi 2006, 23,43.)

### 3.1.2 Terapeuttiset ryhmät

Ryhmissä voi opetella elämässä tärkeitä sosiaalisia taitoja, sekä saada neuvoja riskitilanteiden välttämiseen. Ryhmäterapia on myös kustannustehokasta, mikä nykyaikana on tärkeää. Suurta joukkoa hoidetaan samanaikaisesti pienellä työntekijämäärällä. Terapeuttisten ryhmien perusedellytykset ovat rohkaiseva ilmapiiri, turvallisuus ja luottamuksellisuus. On myös tärkeää olla selkeät säännöt ja ohjelma joiden mukaan edetään. Ryhmillä, joissa annetaan pelkästään tukea, ei ole onnistuttu saamaan merkittäviä tuloksia päihdeongelman hoidossa. Tämä johtuu siitä, että keskustelu suuntautuu epäolennaisiin asioihin, joilla ei hoidon kannalta ole merkitystä. (Tuomola 2003, 220–221.)

Päihdeongelman hoidon kannalta myönteisiä tuloksia on saatu ryhmissä, jotka vahvistavat omaa minäkuvaava positiiviseen suuntaan sosiaalisia taitoja ja tunneilmaisua harjoittamalla. Päihdeongelman eivät automaattisesti liity huonot vuorovaikutustaidot, vaan useimmiten minäkuva on niin negatiivinen, että ihminen huomaa vain oman itsensä huonot puolet. Itseluottamusta lisäävien harjoitusten tekeminen on tärkeää. Pelkkä puhe, lääkitys tai muu sosiaalinen tuki ei tuo samaa apua kuin konkreettinen tekeminen. (Tuomola 2003, 221.)

Päihdeongelman ei ole yksinkertainen tai helppo sairaus. Siitä toipuminen ja paraneminen on pitkä ja monivivahteinen prosessi, eikä siihen löydy yhtä ainoa keino. Ryhmäterapioiden on kuitenkin todettu olevan yksi keino edistää toipumista. Selviytymistä tukevat muiden ryhmäläisten tuki ja se, että ongelmien kanssa ei tarvitse olla yksin. Kenenkään ryhmäläisen ei tarvitse pelätä leimautumista. (Tuomola 2003, 224–227.)

### 3.2 Katkaisuhoito

Katkaisuhoidolla tarkoitetaan yleensä runsaan ja pitkään jatkuneen päihteidenkäytön lopettamista hoitotoimien tukemana (Savolainen 2006, 16; Laitinen & Mäkelä 1998, 179). Päihteidenkäyttökierteen pysäyttämisen lisäksi katkaisuhoidolla pyritään ehkäisemään ja hoitamaan vieroitusoireet sekä luomaan edellytykset fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 89). Päihdeongelmainen on katkaisuhoidon tarpeessa, kun päihteiden käytön jatkaminen entisellään vaarantaa hänen somaattisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveydentilansa. Minkä tahansa näiden kolmen osa-alueen häiriö saattaa olla syy katkaisuhoidon tarpeelle. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 19; Savolainen 2006, 17.)

Päihdehuoltolain (Laki 41/1986, 3 §) mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvän tarpeen edellyttävällä tavalla. Päihdehuollon palveluja on annettava henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä sekä muiden läheistensä avun, hoidon ja tuen tarpeen perusteella. (Laki 41/1986, 3,7 §.)

Katkaisuhoitoa annetaan tilanteen vaikeusasteesta riippuen joko päivittäisinä avohoito-käynteinä A-klinikoilla, terveysasemilla tai työterveyshuollossa, tai laitoshoidona päihdehuollon erityispalvelujen katkaisuhoidoyksiköissä, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja psykiatristen sairaaloiden osastoilla. (Savolainen 2006, 16; Laitinen & Mäkelä 1998, 179).

Laitosmuotoinen katkaisuhoito toteutetaan valvotusti ja ympärivuorokautisena. Laitos-katkaisuhoito täydentää avomuotoisia päihdepalveluja ja tulee kysymykseen silloin, kun avohoito ei ole riittävää päihteiden käyttökierteen katkaisemiseen. Katkaisuhoidon sisältö ja kesto saattaa vaihdella palveluyksiköstä ja eri hoitotieteologiasta riippuen, Tavallisesti katkaisuhoito kestää muutamasta hoitovuorokaudesta aina parin viikon hoitajaksoihin. (Savolainen 2006, 16.)

Katkaisuhoito-osastolla tapahtuva päihteistä vieroittautuminen pohjautuu päihdeasiakkaan omaan haluun vieroittautua päihteestä, osastolla käytössä olevin hoitotyön auttamismenetelmin, jotka valitaan asiakaslähtöisesti (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 19).

Katkaisuhoiton välittömänä tavoitteena on lievittää alkoholinkäytön lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita. Vieroitusvaiheelle ovat tyypillisiä erilaiset elimelliset ja psyykkiset oireet, jotka toisessa ääripäässään ovat lievä pahoinvointi ja toisessa henkeä uhkaava monimutkainen vieroitustila. (Savolainen 2006, 17.) Vieroitusoireiden kesto ja voimakkuus riippuvat käytetystä päihteestä, käytön kestosta sekä mahdollisesta sekakäytöstä. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 19)

Katkaisuhoito voidaan jakaa farmakologiseen ja psykososiaaliseen hoitoon. Farmakologisella katkaisuhoitolla tarkoitetaan vieroitushoitoa, jossa elektrolyytti- ja nestetasapainoa korjaamalla, vitamiinein sekä varsinaisella lääkehoidolla pyritään helpottamaan potilaan tilaa ja parantamaan toipumisennustetta. (Laitinen & Mäkelä 1998, 179,185.) Lääkäri arvioi lääkityksen tarpeen yhdessä asiakkaan kanssa (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 21). Lääkkeistä bentsodiatsepiinit ovat osoittautuneet toimivimmiksi alkoholiriippuvuuden katkaisuhoitossa. (Savolainen 2006, 11.) Katkaisuhoito voi olla myös täysin lääkkeetöntä. Lääkkeetöntä katkaisuhoitoa toteuttavassa hoitoyksikössä hoito painottuu psykososiaalisiin menetelmiin ja vallitsevana hoitomuotona on useimmiten yhteisöhoito. (Hietalinna-yhteisö 2009.)

Vaihtoehtoisena vieroitusoireiden hoitomuotona on korva-akupunktio, jolla voidaan vähentää päihdemielitekoja sekä helpottaa vieroitusoireita. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 21). Akupunktion hyödyllisyydestä ei ole kuitenkaan tieteellistä näyttöä vieroitusoireiden hoidossa, vaikka lukuisat päihdeasiakkaat kokevatkin sen merkittäväksi tueksi. (Laitinen & Mäkelä 1998, 186; Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 21).

Fyysisten voimavaroja vahvistavien auttamismenetelmien lisäksi päihdeasiakkaan hoidossa tulee huomioida myös persoonallisten ja sosiaalisten voimavarojen vahvistaminen. Persoonallisten voimavarojen osalta tähän pyritään itsetunnon tuke-

misella ja henkisen pahanolon lievittämisellä, mutta samalla myös päihdeongelman osoittamisella, ohjaamisella ja asiakkaan muutosmotivaation rohkaisemisella. Lisäksi katkaisuhuotojaksolla pyritään esimerkiksi keskustelujen avulla vahvistamaan asiakkaan vuorovaikutusta, suhdetta ympäristöön, sosiaalisia suhteita ja elämänhallintaa. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 20.) Psykkisten vieroitusoireiden kohdalla päihdehoidon tavoitteina ovat masennuksen, ahdistuksen, psykoottisuuden ja itsetuhoisuuden lieventyminen sekä mahdollisen aggressiivisuusproblematiikan oivaltaminen (Savolainen 2006, 18). Yksilö- ja ryhmäkeskusteluissa asiakas voi käsitellä esimerkiksi ihmissuhde-, työ- ja rahahuoliaan ja saada toivoa siitä, että ongelmat ovat ratkaistavissa muutenkin kun juomalla. Samalla vieroitusoireet lievenevät ja lääkehoidon tarve vähenee. (Laitinen & Mäkelä 1998, 185.) Asiakkaan kanssa käydään tavoite- ja tukikeskusteluita jo vieroitusvaiheessa. Käytetyimpinä lähestymistapoina ovat ratkaisukeskeinen työskentely ja kognitiivinen terapia. Motivoiva haastattelutekniikka soveltuu hyvin työmuodoksi. Erilaiset käytännön tehtävät, kuten sosiaalisen verkoston kartoitus ja riippuvuuskäyttäytymisen sekä retkahdusriskin käytännönläheinen analyysi ovat tärkeitä käsitteilyaiheita. (Dahl & Hirschovits 2002, 351.)

Katkaisuhoito on kriisivaihe, jonka aikana on otollista kannustaa asiakasta normalisoimaan myös suhteitaan omaan verkostoonsa (Laitinen & Mäkelä 1998, 185; Savolainen 2006, 17). Hoitohenkilökunnan on varmistettava, että asiakas pitää yhteyttä perheen-jäseniinsä, muihin läheisiinsä tai työpaikkaansa, sekä tarjoutua yhteiskeskusteluihin näiden tahojen kanssa. Näiden toimien siirtäminen myöhempään ajankohtaan heikentää jatkohoidon mahdollisuuksia, koska kunnon kohe-neminen katkaisuhoidon aikana voi johtaa ennenaikaiseen, katteettomaan optimismiin: asiakas saattaa alkaa uskoa selviytymiseen ilman jatkohoitoa (Laitinen & Mäkelä 1998, 186). Monesti asiakkailta onkin useampia katkaisuhuotoyrityksiä sekä avo- että laitosisolusuhteissa. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 19.)

Savolaisen (2006, 17–18, 66) mukaan katkaisuhuoto on usein selviytymisen pitkässä prosessissa ensimmäinen hoitokontakti, joten motivoituminen itsensä hoitamiseen ja jatkohoitoon ovat keskeisiä katkaisuhoidon tavoitteita. Tärkeä tavoite katkaisuhoidossa onkin pohjan luominen myöhemmälle alkoholiongelman hoidolle. Sen lisäksi, että auttamismenetelmät valitaan katkaisuhoidossa aina yksilöllisesti, tär-

keä osa hoitamista on myös pyrkimys luoda myönteinen kontakti asiakkaaseen ja ystävällinen, välittävä, kannustava ilmapiiri sekä käytettävissä oleminen. Erityisesti kahdenkeskiset työntekijän ja asiakkaan väliset keskustelut koetaan tärkeiksi jaksamista tukeviksi ja psyykkistä pahaa oloa lieventäviksi menetelmiksi. Savolaisen tutkimuksessa kahdenkeskisillä keskusteluilla tarkoitettiin sovittuja sekä säännöllisiä keskusteluja tietyn tai tiettyjen työntekijöiden kanssa, eikä esimerkiksi hoitotoimintojen yhteydessä tai sattumanvaraisesti toteutuneita kohtaamisia.

Päihdehuoltolain (41/1986, 8 §) mukaan hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toivon antaminen ja ylläpitäminen auttavat asiakasta pyrkimään muutoksiin ja uusiutumiseen. Joskus myös rajojen asettaminen ja selvien neuvojen antaminen on välttämätöntä. (Savolainen 2006, 18.) Koska asiakkaiden monimuotoisten ongelmien kohtaaminen edellyttää yleensä eri ammattiryhmien erityisosaamista ja yhteistyötä, on katkaisu-hoidossa tärkeää tehdä moniammatillista yhteistyötä. (Halonen & Paakeli-Kurronen 2006, 21.)

Katkaisuhoito voidaan katsoa onnistuneeksi, jos asiakkaan vieroitusoireet saadaan turvallisesti hoidetuksi, vaikka hän ei lopettaisikaan päihteiden käyttöä pysyvästi. Jos katkaisuhoidolta taas odotetaan merkittävämpiä tuloksia, esimerkiksi pitkäaikaista raittiutta tai elämäntilanteen korjautumista, voi katkaisuhoito vaikuttaa melko tehottomalta. (Savolainen 2006, 12.) Fosterin, Marshallin ja Petersin (2000, 580–586) tutkimuksessa ilmeni, että katkaisuhoidon kestollakaan ei vaikuttaisi olevan positiivisten tulosten saavuttamisen kannalta ratkaisevaa merkitystä: heidän mukaansa 28 vuorokautta kestäneellä alkoholinkatkaisuhoidolla ei saavutettu laitoksessa merkittävästi enempää hyötyä kuin seitsemän vuorokauden katkaisuhoitolla.

Edellä kerrotun perusteella voi todeta, että katkaisuhoidon tavoitteena on fyysisten sekä psyykkisten vieroitusoireiden lievittäminen ja lopulta poistaminen. Asiakkaan sosiaalisten taitojen ja elämänhallintakykyjen kohentaminen on merkittävä osa katkaisuhoidon sisältöä. Katkaisuhoito voidaan toteuttaa joko vieroitushoitolääkityksellä tai vaihtoehtoisesti täysin lääkkeettömästi.

### 3.3 Intervallihoito

Intervallihoito määritellään sekä mielenterveys- että päihdetyössä toisiinsa nähden hyvin samankaltaisesti. Mielenterveyspotilaiden kuntoutusta tutkinut Matinlauri (2002, 15) määrittelee intervallihoitojakson kuntoutuspalvelujen kokonaisuudeksi, joka toteutetaan tietyn ajanjakson aikana avohoidossa tai kuntoutusyksikössä. Päihdehoidossa intervallihoidolla tarkoitetaan sitä, että hoitoyksiköstä kotiin tai tukiasuntoon siirtynyttä henkilöä tuetaan raittiina pysymisessä sekä avohoidolla että kevennetyillä laitoshoidoijaksoilla (Häkkinen 2008.) Aahoksen (2008) mukaan intervallihoito on tertiaaripreventiivista päihdehoitoa.

Intervallihoitokäytäntöä Ridasjärven Päihdehoitokeskuksessa lähes 15 vuoden ajan kehittäneen ja toteuttaneen Ilmo Häkkisen (2008) mukaan Intervalli merkitsee kahden tapahtuman välistä ajanjaksoa. Hänen mukaansa intervallin voi määritellä kahdella eri tavalla: intervallin voi katsoa olevan hoitojaksojen välinen kokonaan vietettävä ajanjakso, mutta vaihtoehtoisesti sen voi myös mieltää hoitoyhteisössä vietettäväksi ajanjaksoksi. Jälkimmäisellä tavalla tulkittaessa intervalli on niin sanottu kertausjakso aiemmin opitulle ja etapin omainen osa pidemmässä hoitoprosessissa (Häkkinen 2008; Rinta-Pollari 2008; Norro 2008.) Puontin (2008) mukaan intervallihoidon keskeisiä elementtejä ovat hoidon jatkuvuus sekä suunnitelmallisuus, ja tämän hoitomuodon idea liittyy siihen näkemykseen, että ihmisen elämä on jatkuvaa oppimista ja kehittymistä, ja että päihdeongelmasta toipuminen kestää vuosia.

Pääsääntöisesti Intervallijaksot on tarkoitettu asiakkaille, jotka ovat suorittaneet katkaisuhoidon jälkeisen kuntoutuksen joko katkaisuhoidoasemalla tai päihdekuntoutuslaitoksessa (Munck 2008; Salonen 2008). Kuntoutus-käsite on sisällöltään laaja-alaisempi kuin hoito, joka sisältää usein hoivaa ja lääkinnällistä apua. Kuntoutus on vanhastaan jaettu neljään alueeseen: ammatilliseen, lääkinnälliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen. Tavoitteena on etsiä myönteisiä voimavaroja kuntoutujan toimintakyvyn kohentamiseksi. Päihdekuntoutus on perusluonteeltaan sosiaalista, ja kuntoutus voi olla joko avo- tai laitoshoidoa. Yhteistä kuntoutuksille on kuitenkin se, että ne toteutetaan mahdollisen vieroitushoidon jälkeen ja

että ne kestävät yleensä vähintään neljä viikkoa ja pisimmillään useita vuosia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 171.) Kuntoutuja on aktiivinen toimija. Työntekijä taas on yhteistyökumppani, joka motivoi kuntoutujaa sekä tukee hänen itsenäisyyttään ja pyrkimyksiään tavoitteita kohti. Työskentely perustuu vuorovaikutukseen sekä tasa-arvoon, ja molempien panos on merkittävä tulosten saavuttamiseksi. Kummallakin osapuolella on kuntoutumisessa tarvittavaa tietoa sekä osaamista. Kuntoutujan voimavarat määrittävät sen, minkälaiseen yhteistyöhön hän on valmis. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 21.)

Intervallihoitoon pääsemisen edellytyksenä on se, että asiakkaalla on intervallihoidon saamisen ohella myös jatkuva avohoitokontakti esimerkiksi A-klinikalle. Intervallihoito edellyttää myös päihteettömänä pysymistä, johon asiakas sitoutuu hoitosopimuksessa. (Rautavuori 2008; Rinta-Pollari 2008; Häkkinen 2008; Puonti 2008; Salonen 2008; Norro 2008). Intervallihoitoon tulevan asiakkaan kanssa nimetään lähiverkosto, johon kuuluvien henkilöiden tulee olla selvillä asiakkaan raittiuden tilasta, ja informoida tarvittaessa siinä ilmenevistä negatiivisista muutoksista intervallihoitoa tuottavaa päihdehoitoyksikköä. (Häkkinen 2008.) Laitoshoitoyksikön ja asiakkaan omaisten lisäksi lähiverkostoon kuuluu myös avohoitoyksikön henkilöstön edustajia. Kaikilla verkoston jäsenillä on tärkeä asiakkaan kuntoutumista rakentava ja toisiaan tukeva roolinsa kuntoutusprosessissa. (Matinlauri 2002, 16; Häkkinen 2008.)

Kun asiakas lopettaa kuntoutuksen sovitusti, hänelle tehdään jatkokuntoutussuunnitelma, johon intervallijaksot voivat kuulua. Munckin (2008) mukaan päihdekuntoutuksen aloittaminen ja hoidon päätyminen ovat asiakkaalle henkisesti kuntoutumisprosessin kriittisimpiä ajankohtia. Intervallijaksojen tehtävä on tukea arkeen paluuta useankin kuukauden laitoshoidon jälkeen. Intervallijaksoilla tarkastellaan sitä, kuinka hyvin asiakas on avohoidon tukitoimien avulla selvinnyt arkisessa elämässään, ja tässä ilmenneitä ongelmia. (Munck 2008; Rintapollari 2008; Liias 2000) Intervallijaksoille on mahdollista tulla myös hengähtämään, mikäli asiakas kokee sen arjessa päihteettömänä selviytymisen kannalta merkitykselliseksi. (Munck 2008) Intervallihoitajaksojen ajankohdat sovitaan aina etukäteen, ja niille tullaan sovitusti (Puonti 2008; Rautavuori 2008; Matinlauri 2002, 15).



Käytännössä intervallihoitoja toteutetaan niin, että päihdehoitoyksiköstä riippuen asiakas tulee intervallihoitoa antavaan hoitoyksikköön aluksi noin kuukauden välein kolmen - neljäntoista vuorokauden mittaisille hoitajaksoille. Näiden hoitajaksojen tiheyttä harvennetaan portaittain hoidon edetessä siten, että hoitoprosessissaan pitkälle edenneen asiakkaan kohdalla hoitoyksikössä toteutettavia lähijaksoja saatetaan järjestää vain puolen vuoden välein. (Rinta-Pollari 2008; Munck 2008; Puonti 2008; Salonen 2008; Häkkinen 2008.) Ennen intervallihoitajakson aloittamista asiakkaan kanssa määritellään hänen tavoitteensa ja tarpeensa alkavan jakson suhteen. Työskentely aloitetaan asiakkaan elämäntilanteen kartoittamisella. Asiakkaan määrittelemien ongelmien ja toiveiden kautta edetään tavoitteiden määrittelyyn ja suunnitelman tekemiseen. Suunnitelmassa määriteltyjen tavoitteiden toteutumista kartoitetaan tietyin väliajoin. (Hinkka, Koivisto & Haverinen 2006, 25.) Hoitosuunnitelman ja asiakkaiden tavoitteiden pohjalta suunnitellaan yksilöllinen hoito-ohjelma. (Rinta-Pollari 2008; Puonti 2008)

Päihdekuntoutuksessa ei käsitellä vain yksilön päihteidenkäyttöä vaan selvitetään koko hänen sosiaalinen elämäntilanteensa. Arvioidaan, millaisia muutosta tukevia tekijöitä ja toisaalta päihdeongelmaa ylläpitäviä tai riskitekijöitä siihen kuuluu. Työskentely kohdennetaan näihin eri tekijöihin yksilöllisesti erilaisin menetelmin. Työn kohteena ovat yksilön toimintakyvyn ulkoiset ja konkreettiset, sisäiset ja psykososiaaliset edellytykset sekä hänen toimintaympäristönsä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 171.) Työntekijä toimii kuntoutujan kanssa hänen yhteistyötasonsa mukaisesti, eikä hän tee asioita kuntoutujan puolesta vaan tämän kanssa. Työntekijän ei myöskään tule tarjota apuaan liikaa tai liian nopeasti. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 21.)

Asiakkaan hoito-ohjelmaan saattaa kuulua myös kirjallisia tehtäviä, joita hänen tulee kotonaolojakson aikana tai hoitoyhteisössä ollessaan suorittaa. (Rinta-Pollari 2008; Puonti 2008) Kirjallisia tehtäviä on erilaisia ja niitä puretaan hoitoyhteisön keskusteluryhmissä tai kahdenkesken työntekijän kanssa. (Rinta-Pollari 2008) Tehtävät eivät ole välttämättä tarkoin strukturoituja, vaan monissa intervallihoitoja tuottavissa päihdehoitoyksiköissä ne räätälöidään kunkin asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti hyvin yksilöllisesti. Lähijakson aikana tehtävänä voi olla esimerkiksi omien parisuhdeongelmien pohtiminen, ja kotijaksoilla henkilöt voivat

esimerkiksi kirjoittaa päiväkirjanomaisesti raittiina pysymiseen liittyvistä tuntemuksistaan. (Rinta-Pollari 2008; Häkkinen 2008; Rautavuori 2008.) Strukturoitujen tehtävien teoreettinen viitekehys on usein kognitiivinen käyttäytymisterapia (Puonti 2008; Rinta-Pollari 2008). Menetelmällä tutkitaan yksinkertaistetusti sitä, miten ihminen hankkii, järjestää ja käyttää tietoa: havainnoi, muistaa, ajattelee, puhuu ja oppii. Kognitiivisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on tavoitteellinen olento, jonka psyykinen kärsimys johtuu siitä, ettei hän saavuta tavoitteitaan. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 199.) Kognitiivisbehavioristiset menetelmät korostavat asiakkaan kanssa tehtävän yhteistyön välttämättömyyttä. Kaksi keskeistä toimintatapaa ovat tutkiminen ja oppiminen: tutkitaan yhdessä ongelmia aiheuttavaa toimintatapaa eli sitä, millaisia haitallisia ajatus- ja käyttäytymistapoja asianomainen on omaksunut. Harjoittelun ja oivallusten avulla yksilö pyrkii pois näistä tavoista ja oppimaan niiden tilalle uusia, hyödyllisempiä tai vähemmän haitallisia. Vakiinnuttamalla uusia ajatus- ja toimintatapoja tähdätään kestäviin elämäntapamuutoksiin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 199–200.)

Ollessaan intervallihoidon lähijaksoilla hoitoyhteisössä asiakas osallistuu erilaisiin pienryhmiin, joista ainakin jotkut tai vaihtoehtoisesti kaikki ovat pelkästään intervallihoidossa oleville tarkoitettuja suljettuja ryhmiä. Niin sanotuilla lähijaksoilla asiakas tapaa myös lääkärin kerran tai kahdesti viikossa sekä tarvittaessa psykologin, ja työntekijän kanssa käytäviä kahdenkeskisiä keskusteluita on vähintään kerran viikossa. Näissä keskustelutilanteissa työntekijät käyttävät työmenetelmänä hyvin usein motivoivan haastattelun tekniikkaa, mutta käytettävät menetelmät vaihtelevat työntekijöiden koulutustaustojen mukaan. (Munck 2008; Rautavuori 2008; Rinta-Pollari 2008.)

Pienryhmätilanteita ei suunnitella välttämättä kovin tarkkaan etukäteen, vaan niitä toteutetaan kulloinkin paikalla olevien asiakkaiden kuntoutumisvaiheen sekä heidän toivomustensa mukaisesti. Keskusteluryhmissä käsiteltävät teemat liittyvät kuitenkin useimmiten raittiina pysymiseen ja toipumiseen. Ryhmän ohjaaminen painottuu aina jonkin verran työntekijän ammatillisen viitekehysten, esimerkiksi kognitiivisen terapian tai ratkaisukeskeisen lähestymistavan mukaan. (Puonti 2008; Rautavuori 2008.) Yhteisön ryhmissä on sekä toipumisessa pidemmälle ehtineitä että aiemmassa vaiheessa olevia asiakkaita, jolloin ensiksi mainitut toimivat

monesti esimerkkinä. Toisaalta pidempään raittiina olleet saavat lisää voimia motivoitumiseensa nähdessään huonommassa kunnossa olevia, esimerkiksi akuuteista vieroitusoireista kärsiviä asiakkaita, joiden kohtaaminen tuo konkreettisesti mieleen omakohtaisesti aiemmin koetut liiallisesta päihteidenkäytöstä aiheutuneet ongelmat. (Rinta-Pollari 2008; Munck 2008; Puonti 2008; Salonen 2008; Häkkinen 2008.) Ryhmän jäsenet saattavat arvioida ja antaa palautetta jonkun tai joidenkin asiakkaiden toiminnasta ja kuntoutumisessa edistymisestä (Häkkinen 2008; Puonti 2008).

Keskusteluryhmien lisäksi asiakkaille järjestetään yleensä toiminnallisia ryhmiä, esimerkiksi kuvataideryhmiä, joissa tehdään muun muassa maalauksia ja tämän jälkeen keskustellaan teosten syntyyn vaikuttaneista asioista. Toiminnalliset ryhmät voivat olla myös esimerkiksi eräretkikhenkisiä. (Rautavuori 2008; Häkkinen 2008)

Monet asiakkaat, esimerkiksi yksinasuvat sopivat intervallilähijakson sellaiselle ajanjaksolle, jolloin he tietävät päihteettömyyden pysymisen olevan mahdollisesti vaikeaa. Tällainen ajanjakso on esimerkiksi joulu ja muut juhlapyhät, jolloin suurin osa ihmisistä on yhdessä läheistensä kanssa. (Rautavuori 2008; Salonen 2008.) Myös Matinlauri (2002, 42) on todennut mielenterveyshoitoon liittyvässä tutkimuksessaan, että keskittämällä intervallijaksot näin mahdollistetaan avun saaminen vaikeina aikoina, ja tämä ennaltaehkäisee pitkät laitospysymiset, koska sairaus ja paha olo eivät pääse etenemään.

Vaikka intervallihoidon asiakkuus edellyttää täyttä raittiutta, niin käytännössä lähes kaikissa tätä tutkimusta varten tarkastelluissa intervallihoidoyksiköissä ollaan valmiita joustamaan tästä ehdottomasta periaatteesta, mikäli asiakas on retkahduksesta huolimatta selkeästi motivoitunut päihteettömään elämäntapaan pyrkimiseen. Esimerkiksi Rautavuori (2008) toteaa, että pienehkön retkahtamisen kokenut henkilö otetaan lyhyelle arviointijaksolle, jolla määritellään asiakkaan edellytykset ja motivaation määrä intervallihoidon jatkumiselle

Jos asiakas kertoo retkahtamisestaan avoimesti, hoitoa saatetaan jatkaa, jotta asiakas ei kokisi tullessa rehellisyytensä takia rangaistuksi (Salonen 2008). Eten-

kin vaikeasti psyykkisesti sairaiden henkilöiden kohdalla päihteettömyys ei läheskään aina onnistu, ja heidän kohdallaan täysraittiuuden vaatimuksessa voidaan joustaa ja intervallihoitoja jatketaan. Yksi tai kaksi retkahdusta voidaan hyväksyä, mutta mikäli niitä tulee enemmän, intervallihoito lopetetaan ja asiakas ohjataan joko perusjaksolle tai takaisin avohoidon palveluihin. (Rinta-Pollari 2008.)

Rinta-Pollarin (2008) mukaan retkahduksia tapahtuu asiakkailta nykyään aiempaa useammin. Tämä johtuu hänen mukaansa siitä, että asiakkaat ovat psyykkisesti sairaampia ja heidän kykynsä ymmärtää päihdeongelman luonne on hatarampi. Mikäli henkilön intervallihoito on lopetettu, ja hän haluaisi kuitenkin jatkaa sitä, henkilön on hakeuduttava esimerkiksi katkaisuhuoltoon ja sitä kautta tultava uudelle intervallijaksolle.

Edellä esitetyn perusteella intervallihoitokäytäntö voidaan määritellä katkaisuhoidon ja mahdollisesti pitkän laitostuntoutuksen jälkeiseksi hoitomuodoksi, jota toteutetaan tietyin väliajoin järjestettävänä muutaman päivän mittaisina hoitotaksoina päihdehoitoyksikössä. Intervallihoidon yksilö- ja ryhmäkeskusteluilla, toiminnallisilla ryhmillä sekä yksilöllisillä kirjallisilla tehtävillä pyritään tukemaan asiakkaiden päihteetöntä elämäntapaa hoitotaksojen välisinä aikoina. Intervallihoidon saamisen edellytyksenä on lähes poikkeuksetta täysin päihdeetön elämäntapa, ja hoito toteutetaan monilta osin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Intervallihoito ei ole lääkkeellistä.

Intervallihoitoja toteutettiin lähinnä vain psykiatrisessa hoidossa 1990-luvulle saakka, minkä jälkeen hoidon ideaa alettiin soveltaa laajenevassa määrin myös päihdehoitosektorilla. (Rautavuori 2008.) Häkkisen (2008) mukaan Suomessa toteutettavien intervallihoitokäytäntöjen voidaan katsoa perustuvan amerikkalaiseen myllyhoitokäytäntöön, jossa hoidon ja kuntoutuksen edetessä henkilö on asiakkaana useissa eri hoitoyhteisöissä, mutta Suomessa intervallihoidot etenevät vaiheittain saman hoitoyksikön sisällä.

Aluksi intervallihoitoja toteutettiin suomalaisissa päihdekuntoutusyksiköissä yksilöhoitoina, mutta muutaman vuoden jälkeen hoidoissa siirryttiin ryhmämuotoiseen toteutukseen, koska intervallihoitojen positiivisten tulosten syntymisessä asi-

akkaiden keskinäisellä vertaistuellalla todettiin olevan huomattavan tärkeä merkitys sekä hoitajaksoilla että niiden välisinä aikoina (Häkkinen 2008). Tätä nykyä intervallihoitojen toteutus perustuu lähes poikkeuksetta yhteisohoidon ideologiaan, jota sovelletaan käytännössä hyvin eri tavoin eri hoitoyksiköissä. Esimerkiksi Järvenpään Sosiaalisairaalassa yhteisohoidollisuus tarkoittaa intervallihoidon toteutuksessa sitä, että asiakkaita kannustetaan yhteisen keskustelun synnyttämiseen yhteisössä (Rinta-Pollari 2008). Toisenlaista yhteisohoidon toteutustapaa edustaa muun muassa Kalliolan Kiskon klinikka, jossa yhteisohoidollisten ryhmien lisäksi käytetään hierarkkisesti sovellettua hoitoa: Laitoksen asiakkaat hoitavat hierarkisesti organisoituen erilaisia talon tehtäviä, ja heidän keskuudestaan valittu edustaja toimii yhteyshenkilönä henkilökuntaan päin. (Puonti 2008.)

Intervallihoidoista on tehty toistaiseksi pääasiassa ainoastaan psykiatriseen hoitoon liittyviä tutkimuksia. Matinlaurin (2002, 15) tutkimuksista ilmenee esimerkiksi Rasinkankaan todenneen, että psykiatrisessa hoidossa intervallit ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi potilaiden tilan seurannassa ja toimintakyvyn parantamisessa. Lisäksi ne ovat lyhentäneet laitoshoitajaksojen pituutta. Laitoksen tuki avohoitoon siirtymisessä on mielekästä, kun asiakkaalla on vaikeuksia kiinnittyä tai sitoutua avohoitoon ja avohoidolla ei ole tarjota riittävää tukea asiakkaalle. Myös Matinlaurin (2002, 37) oma tutkimus osoitti, että asiakkaat kokivat tarvitsevänsä tukea avohoitoon siirtymisessään ja tämän mahdollisuuden intervallihoito antoi heille. Avohoito koettiin nykyisellään riittämättömänä vastaamaan hoidon tarvetta, minkä vuoksi lyhyet laitoshoitajakset koettiin tärkeänä. (Matinlauri 2002, 37.)

Päihdehoitoon liittyen intervallihoitoja ja niiden vaikuttavuutta ei ole toistaiseksi tutkittu Suomessa, eikä aiheesta tehtyjä ulkomaisia tutkimuksia ole löydettävissä (Häkkinen 2008; Rautavuori 2008; Munck 2008; Puonti 2008; Rinta-Pollari 2008; Salonen 2008). Esimerkiksi Kiskon klinikalla intervallihoidoilla saatuja vaikutuksia ei ole vielä tutkittu siitä syystä, että koska asiakkaat ovat hoidon päätyttyäkin aina viisi vuotta seurannassa, järjestelmällinen tiedonkeruu on hidasta (Puonti 2008). Tervalammen Kartanossa intervallihoitotulosten määrittämistä hankaloittaa Norron (2008) mukaan se, että asiakkaat tulevat kuntoutukseen eri tarpeiden pohjalta: jotkut tähtäävät täysraittiuteen, toiset kohtuukäyttöön, ja jotkut tulevat

vain lepäämään jatkaakseen sen jälkeen päihdemyönteistä elämäntapaansa. Rautavuoren (2008) mukaan Ridasjärven Päihdehoitokeskuksessa intervallihoidon tuloksellisuudesta ei ole tehty systemaattista tiedonkeruuta resurssien puutteen vuoksi. Hän arvioi kuitenkin, että noin 90 prosenttia intervallihoidossa Ridasjärvellä pitkään olleille henkilöille hoitajaksoista on ollut merkittävää hyötyä: nämä asiakkaat eivät ole retkahtaneet, mikä on nostattanut heidän mielialaansa ja motivoinut edelleen päihteettömyyteen pidemmällä tähtäimellä. Häkkisen (2008) mukaan huomattavan monet Ridasjärven päihdehoitolaitoksessa aiemmin intervallihoidossa olleista henkilöistä on intervallihoidon avulla omaksunut päihteettömän elämäntavan, ja monet heistä ovat työllistyneet muun muassa päihdehoidon eri tehtäviin sekä vapaaehtoistyöhön.

Myöskään Vantaan A-klinikan katkaisuhoidoyksikön intervallihoitokäytännön vaikutuksista asiakkaiden päihdeidenkäyttöön ei ole tehty yhtään tutkimusta. Yksikön johtaja Salosen (2008) mukaan asiakkaat ovat olleet tähän hoitokäytäntöön tyytyväisiä ja kokeneet hoidon tuoneen heidän elämäänsä turvallisuudentunnetta: lähihoitajaksoilla oleminen on tuntunut turvallisemmalta kuin yksin kotona oleminen, koska avohoitoikäntejä on vain noin kerran viikossa. Lisäksi tietoisuus tulevasta intervallilähijaksosta on motivoinut asiakasta pysymään päihteettömänä. Seuraava intervallijakso on toiminut siis eräänlaisena välietappina raittiina pysymisessä.

Rinta-Pollarin (2008) mukaan vaikuttaa siltä, että intervallihoidossa pitkään olleet sisäistävät hoitoideologian ja tavoitteet sekä kykenevät myöhemmin täysraittiuteen huomattavasti paremmin kuin päihdehuoltolaitoksessa ainoastaan muutaman kuukauden mittaisen perusjakson suorittaneet henkilöt. Yksi selitys tälle on hänen mukaansa se, että etenkin useampia vuosia asiakkaina olleiden kuntoutujien ja työntekijöiden välille syntyy lämmin, luottamuksellinen hoitosuhde. Puontin (2008) sekä Norron (2008) mukaan esimerkiksi retkahtaminen voidaan usein välttää kun asiakas voi tarpeen tullen ottaa yhteyttä jo entuudestaan tuttuun paikkaan, jossa henkilökunta tuntee asiakkaan ja hänen tarpeensa sekä ongelmansa. Myös Matinlaurin (2002, 40) tutkimus osoittaa, että intervallihoidon potilaat kokivat hoitolai-

toksen henkilökuntaan tukeutumisen kotoa käsin helppona ja avun hakemisen kynnyksen matalaksi.

Puontin (2008) näkemyksen mukaan pitkäkestoinen intervallihoito on hyödyllinen hoitokäytäntö, koska vakavasta päihderiippuvuudesta irti pääseminen kestää yleensä noin neljästä viiteen vuotta. Hänen mukaansa intervallihoidoilla mahdollistetaan se, että ihminen voi sulautua muiden ihmisten tavoin jonain päivänä normaaliin yhteiskuntaan siten, että hänen ei tarvitse ajatella enää päihdehistoriaansa. Toisaalta Munck (2008) korostaa, että vaikka pitkäkestoisen intervallihoidon voi katsoa tuottavan useimmiten lyhyttä laitostuntoutusta parempia hoitotuloksia, tilanne vaihtelee tapauskohtaisesti: on myös mahdollista, että pelkän kuntoutusjakson läpikäynyt henkilö haluaa määrätietoisesti siirtyä jatkokuntoutukseen avohoidon piiriin, ja selviytyy tulevassa elämässään yhtä hyvin. Myös Norro (2008) on varovainen arvioidessaan intervallihoidoilla saavutettavia tuloksia, Hänen mukaansa hyvänä tuloksena voidaan pitää jo sitä, että asiakas saapuu sovitusti aiemmin varatulle intervallijaksolle ja suorittaa sen loppuun asti. Kun tavoitteena on täysraittius, vain noin kaksi prosenttia asiakkaista pystyy 12 vuoden seurannassa täysraittiuteen. Intervallihoidon heikkoutena hän pitää sitä, että jotkut asiakkaat käyttävät hoitoa väärin tulemalla retkahtaneina hoitotokseksi väittäen, että ovat pysyneet kaiken aikaa raittiina

## 4. ESPOON A-KLINIKKA JA KATKAISUHOITO

### 4.1 Espoon A-klinikka

Espoon A-klinikka sijaitsee Leppävaarassa, keskeisellä paikalla muiden palvelujen välittömässä läheisyydessä. Toimintayksikkö kuuluu A-klinikkasäätiön organisaatioon, ja säätiön yleisten päämäärien mukaisesti sen toiminta on voittoa tavoittelematonta ja tähtää päihde- ja riippuvuushaittojen vähentämiseen sekä ongelmista kärsivien ja heidän läheistensä auttamiseen sekä aseman parantamiseen. (Espoon A-klinikka 2009)

A-klinikkatoimen palvelujen tarkoitus on ennaltaehkäistä sekä vähentää päihteiden haitallista käyttöä. Palveluita voivat käyttää 18 vuotta täyttäneet päihde- ja peliriippuvaiset sekä heidän omaisensa. Ostopalvelusopimukset takaavat maksuttomat palvelut Espoon, Sipoon, Kauniaisten ja Vihdin asukkaille. (Espoon A-klinikka 2009) Asiantuntijapalveluja tarjotaan myös muille päihdeongelmaisille auttaville tahoille. Valtaosa Espoon A-klinikan asiakkaista on alkoholi-ongelmaisista ja sekakäyttäjistä. Klinikalla asioi eniten 30–50-vuotiaita henkilöitä, ja kaikista asiakkaista enemmistö, 70 prosenttia, on miehiä. Useilla asiakkailla on myös kaksoisdiagnoosi sekä moniongelmaisuuksia. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2009, 8.)



Espoon A-klinikka koostuu A-klinikan päivystyksestä, avohoidon palveluista, katkaisuhoidoyksiköstä ja korvaushoidoyksiköstä. Asiakkaiden on mahdollista saada psykologien, sosiaaliterapeuttien sekä sairaanhoitajien vastaanotoilla keskustelua apua. Lisäksi tarjolla on keskusteluryhmiä sekä talviaikana univaikeuksia ja masennusta lievittävää kirkasvalohoitoa. A-klinikan tiloissa toimii arki-aamupäivisin päivystys, johon hakeudutaan ilman ajanvarausta. Päivystävä työntekijä kartoittaa hoidon tarpeen ja hänen kanssaan voi keskustella päihde- tai muusta riippuvuudesta sekä saada tietoa erilaisista hoitomuodoista. Päivystyksestä asiakkaan on mahdollista päästä katkaisuhoidon, mikäli hoidontarve sitä edellyttää. (A-klinikkasäätiö 2009, 8.)

Espoon A-klinikalla on myös mahdollisuus jäädä avohoitoon, johon voi hakeutua päivystysaikana ilman ajanvarausta. Avohoidon keskimääräinen pituus on kolme päivää, jonka aikana voi levätä sekä osallistua ryhmiin. Avohoitoasiakkaan ei ole mahdollista viettää ilta- ja yöaikoja A-klinikan tiloissa. Avohoidon aikana työntekijä arvioi asiakkaan fyysistä ja psyykkistä kuntoa. Tämän lisäksi lääkäri, sairaanhoitaja sekä päivystävä työntekijä arvioivat vieroituslääkityksen mahdollisen tarpeen jokaisena avohoitopäivänä erikseen. (Espoon A-klinikka 2009.)

Espoon A-klinikka tarjoaa myös yksilö-, pari- ja perhehoitoa, joissa käytetään ratkaisukeskeisiä, kognitiivisia, psykodynaamisia, tukea antavia sekä ryhmätyömenetelmiä. Hoitokäyntien kesto on 45 minuuttia ja niiden tiheys sovitaan kunkin asiakkaan kanssa yksilöllisesti. (Espoon A-klinikka 2009.)

Terveysneuvonta Vinkin palvelut kuuluvat myös Espoon A-klinikan toiminnan piiriin. Vinkki tarjoaa muun muassa tietoa terveydenhoidosta, sosiaalihuollon palveluista, tartuntataudeista sekä hoitopaikoista ja hoitoonohjauksesta. Vinkissä asioidaan nimimerkillä. Lähetettä ei tarvita ja kaikki toiminta on luottamuksellista. Vinkissä työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhoidon palvelut 2009, 9.)

Espoon A-poliklinikan ja katkaisuhoidon palveluiden toteutusta ohjaa päihdehuoltolaki (41/1986), sosiaalihuollon lait, esimerkiksi laki asiakkaan oikeuksista

(812/2000). Espoolaisten asiakkaiden kohdalla sovelletaan myös mielenterveyslakia (1116/1990), koska Espoon päihde- ja mielenterveyspalvelut on keskitetty saman hallinnollisen yksikön alaisuuteen. A-klinikkasäätiön ja sen toimintayksiköiden keskeisimmät periaatteet ovat vapaaehtoisuus hoitoon hakeutumiseen, itsemääräämisoikeus, humanisuus ja asiakaslähtöisyys sekä moniammatillisuus. (Aalto 2009.)

#### 4.2 Espoon A-klinikan Katkaisuhuolto

Espoon A-klinikan katkaisuhoidon toiminnan tavoitteena on katkaista päihdekierre, lievittää tai helpottaa vieroitusoireita ja tarjota jatkohoitoon liittyvää tietoutta sekä arvioida asiakkaan hoidon tarve mahdollista jatkohoitoa varten. Hoito on tarkoitettu 18 vuotta täyttäneille naisille, miehille ja pariskunnille. (Espoon A-klinikka 2009.) Katkaisuhuotoyksikössä työskentelee tällä hetkellä 13 työntekijää. Yksikön johtajan lisäksi henkilöstöön kuuluu ohjaajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä yksi päihdetyöntekijä. Ollessaan hoitajaksolla katkaisuhuotoyksikössä asiakkailla on mahdollisuus käyttää myös A-klinikan psykologien, sosiaaliterapeuttien, toimintaterapeutin sekä kahden lääkärin palveluita. (Essel 2009; Espoon A-klinikka 2009.) Lisäksi työryhmässä toimii myös keikkatyöläisiä. Hoitopaikkoja osastolla on 22. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2009, 3.)

Asiakkaan voinnista ja motivaatiosta riippuen katkaisuhuotojakson pituus vaihtelee 3-16 vuorokauteen, ja hoidon keskimääräinen pituus on kahdeksan vuorokautta. Hoidon pituus arvioidaan yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa. Sen lisäksi, että asiakkailla on mahdollisuus tulla katkaisuhuutoon arkisin A-klinikan päivystyksen kautta, hoitopaikkaa voi hakea myös soittamalla. Hoitoon voi myös hakeutua työterveyslääkärin lähettämänä. Mikäli asiakas kertoo käyttäneensä alkoholin lisäksi myös muita päihteitä, varataan hänelle aika arviointikäynnille, jonka tarkoituksena on kartoittaa, voidaanko hänen mahdollisia vieroitusoireitaan hoitaa katkaisuhuuto-osastolla. (Espoon A-klinikka.)

Katkaisuhoiton alkaessa asiakas sitoutuu hoitoon allekirjoittamalla tulohaastattelussa hoitosopimuksen. Suljetussa hoidossa oleville asiakkaille on oma hoitositoumus, joka koskee poistumiskieltoa hoitoyksiköstä. Hoitosopimuksella asiakas pyritään sitouttamaan hoitoon sekä yksikössä noudatettaviin yhteisiin sääntöihin. (Espoon A-klinikka 2009.)

Katkaisuhoito-osastolla asiakkaiden päivittäinen ohjelma koostuu ryhmistä ja levosta, lääkkeiden jaosta, väli- ja lähtöhaastatteluista sekä erilaisista yhteisöllisistä tehtävistä. Ryhmiin voi osallistua vähintään kerran päivässä. Tarvittaessa asiakkaalla on mahdollisuus käydä kahdenkeskisiä keskusteluja työntekijöiden kanssa, mutta myös vertaistuen merkitystä painotetaan hoidon toteuttamisessa. (Espoon A-klinikka 2009; Aahos 2008) Ei-suljetussa hoidossa olevien asiakkaiden on mahdollista käydä asioimassa osaston ulkopuolella sovitusti. (Espoon A-klinikka 2009.)

Katkaisuhoiton asiakkaisiin kuuluu varhaisvaiheen ongelmakäyttäjiä, suurkuluttajia tai kriisitilanteessa eläviä ihmisiä, joiden päihteidenkäyttö on akuutisti lisääntynyt. Espoon A-klinikan katkaisuhoitossa oli asiakkaita vuonna 2008 kaiken kaikkiaan 495, joista miehiä oli 61 prosenttia ja naisia 39 prosenttia. Hoitovuorokausia oli yhteensä 6329. (Espoon A-klinikka & Katkaisuhoito 2009, 3.) Käytetyimmistä päihteistä ei ole tehty tilastoa, mutta selkeästi eniten käytetty päihde on alkoholi. (Aahos 2008.) Asiakkaiden elämäntilanteiden ja ongelmien monipuolisuus on vuosi vuodelta muuttunut entistä haasteellisemmaksi. (Espoon A-klinikka & Katkaisuhoito 2009, 8.)

Monesti suuria määriä päihteitä käyttävät henkilöt eivät tunnista päihteidenkäyttönsä vakavuutta vaan vähättelevät käyttämiään määriä ja niistä johtuvia ongelmia sekä itselleen että muille. Suurin osa asiakkaista on alkoholin väärinkäyttäjiä, sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjiä. Opioidiriippuvaisia Espoon A-klinikan katkaisuhoitossa ei hoideta vaan heidät ohjataan muihin hoitoyksikköihin. (Espoon A-klinikka & Katkaisuhoito 2009, 3.)

Jatkohoitoon hakeudutaan paikkavarauksen, mahdollisen haastattelun kautta tai lähetteellä hoitopaikasta riippuen. Yleisimpiä jatkohoitopaikkoja ovat Nurmijär-

vellä ja Helsingissä sijaitsevat Kalliolan klinikat, Hyvinkäällä sijaitseva Ridasjärven päihdehuoltolaitos, Kolmirannan hoitokoti, Sepänkylän asumisyksikkö sekä Järvenpään sosiaalisairaala. Yhteistyötahoja ovat lisäksi Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelut, psykiatrian poliklinikat, sosiaali- ja terveystoimi, Diakonissa laitoksen ja HUS:n huumehoitoyksiköt, Leppävaaran seurakunta sekä AA. Espoon A-klinikan katkaisuhoidon kanssa yhteistyötä tekevät myös erilaiset päiväkeskukset ja ryhmät avojatkohoidon muodossa. (Espoon A-klinikka & Katkaisuhuolto 2008)

Katkaisuhoidon työntekijät tekevät asiakkaasta hoidontarpeenarvion Espoon SAS(Selvitä, Arvioi ja Sijoita) -ryhmään, joka tekee päätökset jatkohoitoon myönnettävistä maksusitoumuksista (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008). Yhä useammat asiakkaat ovat Aahoksen (2008) mukaan syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia henkilöitä. Asunnottomuus on heidän keskuudessaan kasvava ilmiö. Osalle asiakkaista on järjestetty tukiasunto. Myös perheiden on mahdollista tulla ennaltaehkäiseville hoitajaksoille katkaisuhuoitoyksikössä olevaan perhesoluun. Vuonna 2007 perhesoluvuorokausia oli 100. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008)

#### 4.3 Katkaisuhoidon ryhmät

Espoon A-klinikalla järjestetään avo- ja katkaisuhoidon asiakkaille keskustelu-, toiminnallisia ja terapeutisia ryhmiä. Ryhmien osanottajat ja ohjaajat saattavat vaihdella päivittäin. Sen sijaan kuvataide- ja musiikkiryhmiä ohjaa aina sama henkilö. Ryhmien kokoonpanojen tiheän vaihtumisen vuoksi niissä ei välttämättä ehdi syntyä samalla tavoin yhtä tiivistä ryhmähenkeä ja selkeitä rooleja kuin jatkohoitopaikkojen pitkäkestoisissa ryhmissä. (Aahos 2008..) Toisaalta Jauhiainen & Eskola (1994, 47) ovat todenneet, että vahva ryhmäyttävä tekijä voi olla yhteinen tavoite. Mitä merkittävämpänä ryhmän osallistujat kokevat ryhmän toiminnan, sitä enemmän syntyy vuorovaikutteisuutta ja yhteistoimintaa.

Arkiaamuisin katkaisuhoidon asiakkaille järjestetään yhteisöpalaveri, johon osallistuminen on pakollista. Asiakkaat käsittelevät palaverissa hoitoon ja yhteisiin sääntöihin liittyviä asioita sekä päivän ohjelmaa. Lisäksi yhteisesti nimetty asiakasvastaava jakaa päivän tehtävät, esimerkiksi roskien viennin ja kauppa-asioiden hoidon. Tehtävillä pyritään lisäämään asiakkaiden omatoimista toimintaa sekä asioidenhoitokykyä. (Espoon A-klinikka 2009.) Aahoksen (2008) mukaan tämä yhteisöhoidollinen piirre lisää monissa tapauksissa asiakkaan tunnetta siitä, että oma toiminta on koko yhteisön voinnin kannalta merkityksellistä. Yhteisöhoidossa opetellaan yhdessä muiden kanssa vastuunottoa ja -kantoa. Yksilön kykyjä ja valintoja kunnioitetaan. Ryhmässä opitaan myös itsehillintää ja -kuria sekä asetetaan ja saavutetaan tavoitteita. (Hietalinna-yhteisö 2009.) Ryhmän aikana uusien asiakkaiden on mahdollisuus esittäytyä ja lähtevien asiakkaiden pitää puheenvuoro. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

A-klinikan tiloissa järjestettävät puolentoista tunnin mittaiset aamuryhmät ovat avoimet kaikille avo- ja katkaisuhoidon asiakkaille. Ryhmiin osallistuvilla on mahdollisuus esittäytyä sekä kertoa omista taustoistaan ja tärkeäksi kokemistaan asioista niin halutessaan. Ryhmää saa tulla myös vain kuuntelemaan. Maanantaisin aamuryhmillä on ohjaajan valitsema tema, johon puheenvuorojen tulee liittyä. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

Kaksi kertaa viikossa järjestettävä ohjaajanryhmä on tarkoitettu pelkästään katkaisuhoidon asiakkaille. Ohjaajaryhmät voivat olla joko keskustelevia ryhmiä tai toiminnallisia ryhmiä ja niiden sisältö vaihtelee ryhmää kulloinkin ohjaavan katkaisuhoidon työntekijän koulutustaustasta ja tekemistä valinnoista riippuen. Ryhmien suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan myös asiakkaiden toiveet. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

Katkaisuhoidon asiakkaille tarkoitettussa sairaanhoitajan ryhmässä ryhmää ohjaava sairaanhoitaja jakaa päihderiippuvuuteen liittyvää terveystietoa sekä antaa neuvoja hyvän terveyden edistämiseksi ja seuraamiseksi. Ryhmä järjestetään noin kerran viikossa. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

Sekä kuvataide- että musiikkiryhmä järjestetään A-klinikan tiloissa kerran viikossa. Näihin toimintaterapeutin ohjaamiin ryhmiin voivat tulla sekä avo- että katkaisuhoidon asiakkaat. Kuntouttava kuvataideryhmä koostuu taiteellisesta luomisprosessista ja toiminnasta. Musiikkiryhmä on luonteeltaan toiminnallinen ja siinä etsitään voimavaroja musiikin kautta. Ryhmiin osallistuminen ei edellytä musiikillista tai taiteellista osaamista (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

A-klinikka ja katkaisuhuolto tarjoavat asiakkailleen viikoittain korvaakupunktiota, jonka tarkoituksena on lievittää mahdollisia vieroitusoireita ja rentouttaa. Kaksi kertaa viikossa katkaisuhoidon asiakkaille järjestettävien rentoutusryhmien sisältö vaihtelee ohjaavan työntekijän mukaan. Rentoutuksessa käytetään usein erilaisia rentoutus-nauhoitteita. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

Kaikille avo- ja katkaisuhoidon naisasiakkaille avoin naisten ryhmä järjestetään A-klinikan tiloissa maanantai-iltaisina ja ryhmässä käsitellään päihteidenkäyttöä sekä sen vaikutuksia naisnäkökulmasta. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

Katkaisuhoidossa ollessaan asiakkaat voivat osallistua A-klinikan tiloissa järjestettävään AA-ryhmään sekä entisten päihteidenkäyttäjien ohjaamiin ryhmiin, jotka järjestetään lähellä katkaisuhoidon toimitaloa sijaitsevassa Hykaan mökissä. (Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008; Essel 2009.)

#### 4.4 Ennaltaehkäisevät hoitajakset

Espoon A-klinikan katkaisuhuoltoyksikössä järjestetään katkaisuhoidon läpikäyneille henkilöille ennaltaehkäiseviä hoitajaksoja. Ne on tarkoitettu henkilöille, jotka haluavat ehkäistä mahdollista retkahdustaan, mutta jotka eivät kuitenkaan halua pidempikestoista laitoshoidoa. Ennaltaehkäisevälle jaksolle voi tulla myös

laitoshoitoa odottava henkilö, joka haluaa pysyä raittiina ennen hoitoon pääsemistään. (Aahos 2008.) Jos katkaisuhoidon aikana todetaan, että asiakas on motivoitunut päihteettömyyteen ja kokee hyötyvänsä kyseisistä hoitomuodoista, varataan 3-4 vuorokauden hoitajakso. Nämä jaksot on sovittu 2-4 viikon välein asiakkaan tilanteesta riippuen. Ne ovat auttaneet sitoutumaan myös A-klinikan ryhmiin ja yksilökeskusteluihin. (Espoon A-klinikka ja Katkaisuhoido 2009, 8.) Ennaltaehkäisevät hoitajakset ovat sisällöltään muuten samanlaisia kuin katkaisuhoitajakset, mutta niihin on tultava aina ennalta sovitusti selvin päin. Tämän vuoksi ennaltaehkäisevien hoitajaksojen sisältöön ei kuulu lääkevieroitusta, eikä jaksoille tulleilla asiakkaila ole ulkonaliikkumiskieltoa. (Aahos 2008; Essel 2009.)

Ennaltaehkäisevälle jaksolle tullut asiakas käy kaksi sovittua hoitokeskustelua työntekijän kanssa. Ensimmäisen keskustelun aikana kartoitetaan asiakkaan tilanne ja odotukset alkavan jakson suhteen. Jakson päättyessä pidettävässä toisessa hoitokeskustelussa kartoitetaan asiakkaan kokemukset kuluneesta jaksosta, ja sovitaan seuraavan hoitajakson ajankohta. Asiakas arvioi itse, milloin hänelle saattaa seuraavan kerran tulla riski retkahdukseen, ja seuraava hoitajakso varataan tälle ajankohdalle, retkahduksen ehkäisemiseksi. Useimmiten asiakkaan ennaltaehkäisevät hoitajakset järjestetään kolmen viikon välein. (Aahos 2008.) Näiden kahden hoitokeskustelun lisäksi asiakkaila on mahdollisuus keskustella työntekijöiden kanssa halutessaan myös muina aikoina. (Essel 2009.) Hoitokeskusteluissa sovellettavat työskentelymenetelmät vaihtelevat kulloisenkin työntekijän koulustaustan mukaan (Huttunen 2009).

Vertaistuen saaminen on ennaltaehkäisevien hoitajaksojen keskeisin elementti. Kokemusten jakaminen muiden asiakkaiden kanssa on voimaannuttavaa, ja ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla pidempään raittiina olleet henkilöt kokevat voimaantumista kahdesta eri syystä. Keskusteleminen esimerkiksi ryhmissä katkaisuhoidon tulleiden, usein vieroitusoireista kärsivien ja huonokuntoisten asiakkaiden kanssa motivoi ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla olevia asiakkaita raittiina pysymisessä, sillä kanssakäyminen näiden ihmisten kanssa tuo heille mieleen heidän omat päihteidenkäytöstä aiheutuneet vaikeudet. Toisaalta ennaltaehkäiseville hoitajaksoille edenneet voimaantuvat ja motivoituvat usein siitä syystä, että he tuntevat olevansa katkaisuhoidoasiakkaita paremmassa kunnossa, sekä toimimalla hy-

vänä esimerkkinä näille osoittaen, että vakavastakin päihdeongelmasta on mahdollista toipua. (Aahos 2008.)

Aahoksen (2008) mukaan ennaltaehkäiseviä hoitajaksoja alettiin toteuttaa Espoon A-klinikan katkaisuhoidossa vuonna 1989. Hoitajaksojen perimmäinen idea on se, että asiakkaiden tulisi voida päästä päihteettömyyttä tukevalle hoitajaksolle ilman, että he ensin retkahtavat ja läpikäyvät mahdollisesti pitkäaikaisen päihteidenkäytön kierteen. Toinen keskeinen ajatus ennaltaehkäisevien hoitajaksojen toteuttamisessa on se, että hoitajaksojen välisenä aikana asiakas pystyy elämään arkielämäänsä tutussa ympäristössä tutun sosiaalisen verkoston sekä avohoidon tukemana. Tällaisen hoitomallin on katsottu tukevan päihteettömyyttä usein pitkää laitostoutusta paremmin. Valtaosa hoidossa olleista käyttää alkoholia laitoshoidon seuraavana vuonna. Näin ollen retkahduksen ehkäisy on hoidon tuloksellisuuden kannalta oleellista. Etenkin miehet retkahtavat helposti tilanteissa, joissa ulkoinen kontrolli vähenee ja omat selviytymistaidot ovat puutteellisia. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi viikonloppu, sairausloma, lomamatkat tai juhlat. Naiset retkahtavat yleisimmin koettuaan sydänsuruja ja henkilökonflikteja. Asiakkaat voivat tulla periaatteessa niin monelle ennaltaehkäisevälle hoitajaksolle, kuin he katsovat tarvitsevansa. Vaikka jaksoille pääseminen edellyttää periaatteessa hoitajaksojen välisen ajan raittiina pysymistä, niin asian suhteen ei olla välttämättä aina täysin ehdottomia: vaikeasti päihdeongelmaisten henkilöiden saattaa olla vaikea pysyä raittiina kahta viikkoa pidempään, joten heidän kohdallaan ennaltaehkäisevien hoitajaksojen toteutusta jatketaan, jos heidän katsotaan pyrkivän päihteettömyyteen ja olevan hoitoon motivoituneita. (Aahos 2008.) Kun asiakas retkahtaa toistuvasti, ennaltaehkäisevien hoitajaksojen toteuttaminen lopetetaan hänen osaltaan, ja hoitoa saadakseen asiakkaan tulee hakeutua tavalliselle katkaisuhoitajaksolle. (Essel 2009)

#### 4.5 Intervallihoitajakset Espoon A-klinikalla

Kolmen perättäisen ennaltaehkäisevän hoitajakson välisen ajan päihteettömänä pysynyt henkilö voi siirtyä halutessaan intervallihoitovaiheeseen, joka on yleensä



puolen vuoden mittainen. Noin kuukauden välein järjestettävien intervallihoitajaksojen sisältö on pääpiirteittäin sama kuin ennaltaehkäisevien jaksojen. Erotuksena on kuitenkin se, että intervallijaksojen välinen aika on pidempi ja hoidon alussa asiakas allekirjoittaa kirjallisen hoitositoumuksen, jossa asiakas sitoutuu pysymään hoidon ajan täysin päihteettömänä. Intervallihoitovaiheeseen edenneet asiakkaat tekevät hoitajakson välisenä aikana kotona ollessaan usein myös kirjallisia itsearviointitehtäviä. (Aahos 2008.) Kirjalliset tehtävät valitaan tapauskohtaisesti kunkin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi, ja tehtävät eivät perustu systemaattisesti johonkin tiettyyn teoriaan. (Essel 2009.) Tehtävien avulla asiakas arvioi omia voimavarojaan sekä päihteettömänä pysymisen keinojaan. Asiakas voi saada tehtäväkseen pitää hoitajaksojen välillä päiväkirjaa ja kirjoittaa siihen esimerkiksi mahdollisista päihteisiin liittyvistä mielihaluistaan ja arjessa selviytymisestään. Asiakasta saatetaan myös pyytää muistelemaan jotakin aiempaa retkahdustaan ja sen aikaansaamia tuntemuksia sekä seurauksia. Työntekijät saattavat pyytää asiakasta arvioimaan ennen seuraavalle hoitajaksole tuloa myös päihteettömänä pysymisen hyötyjä, haittoja, uhkia ja mahdollisuuksia. (Aahos 2008.)

Saapuessaan seuraavalle hoitajaksole Espoon A-klinikan katkaisuhoidoyksikköön, intervalliasiakas ja työntekijä tarkastelevat yhdessä asiakkaan tehtäviin kirjoittamia vastauksia sekä niiden herättämiä ajatuksia. Mikäli kirjallisten vastausten tuottaminen on asiakkaalle kohtuuttoman työlästä, häntä saatetaan pyytää ainoastaan pohtimaan tehtäviin liittyviä asioita, joiden herättämistä ajatuksista keskustellaan työntekijän kanssa hoitajaksolella. Hoitokeskustelujen lisäksi intervalliasiakkaan on mahdollista hoitajaksolella ollessaan osallistua kaikkiin Espoon A-klinikan ja katkaisuhoidon ryhmiin, mutta halutessaan asiakas voi keskittyä hoitajaksolella lepäämiseen. Kuitenkin ryhmiin osallistumisella ja akuutimmassa toipumisvaiheessa olevien katkaisuhoidoasiakkaiden kanssa keskustelemisellä ajatellaan olevan yhtä merkittävällä tavalla voimaannuttava ja raittiuden ylläpitoa motivoiva vaikutus kuin ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla. Intervallihoitoa toteutetaan yleensä noin puolen vuoden ajan, mikäli asiakas pysyy koko ajan raittiina. Hoidon lopettamisen jälkeen asiakkaat eivät ole Espoon A-klinikan katkaisuhoidon seurannassa. (Aahos 2008)

Intervallihoidokäytäntöä käytetään Espoon A-klinikalla myös perhesoluun tulevien pariskuntien kanssa työskenneltäessä. Perhesolutyöskentely on arvioivaa ja perhekeskeistä työtä, ja sitä käytetään tilanteissa, joissa päihteet ovat vahvasti osana perheen ongelmia. Katkaisuhuolto on toteutettu ennen perhesoluun tulemistä. Perhesolutyöskentely on perheen kriisiytyneen tilanteen ratkaisemiseksi tarkoitettu lyhyt väliintulo, jossa työntekijät auttavat perhettä löytämään päihteettömät selviytymiskeinot elämään sekä oppimaan paremmin tarjolla olevan hoidon hyödyntämistä. Myös lastensuojeluviranomaiset ovat mukana perhesolutyöskentelyn koordinoinnissa, ja työskentelyn tavoitteena on mahdollisen huostaanoton estäminen. Perhesoluun voi tulla ainoastaan yksi perhe kerrallaan. (Espoon A-klinikka ja Katkaisuhuolto 2009, 8; Aahos 2008.)

## 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Espoon A-klinikan asiakkaiden näkemyksiä ennaltaehkäisevistä hoitajaksoista ja intervallihoitajaksoista.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mikä vaikutus ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla ja intervallihoitajaksoilla on asiakkaan päihteettömyyteen?
2. Miten ennaltaehkäiseviä hoitajaksoja ja intervallihoitajaksoja voisi kehittää paremmin päihteettömyyttä tukeviksi?

Koska vain harvat Espoon A-klinikan katkaisuhoidon asiakkaat olivat edenneet intervallihoitovaiheeseen, opinnäytetyötä ei voitu toteuttaa kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin, sillä asiakasjoukosta ei ollut mahdollista ottaa riittävän suurta tieteellisesti validia otosta. Tämän vuoksi tutkimus suoritettiin kvalitatiivisella puolistrukturoidulla teemahaastattelumenetelmällä ja sen toteuttamisessa mallina käytettiin Tuomen sekä Sarajärven (2009, 101, 109-112) esittämää induktiivista sisällönanalyysiä . Tutkimusta varten haastateltiin viittä intervallihoitovaiheeseen edennyttä Espoon A-klinikan asiakasta, ja kaikille heille tehtiin samat kysymykset samassa järjestyksessä.

Eskolan ja Suorannan (1998, 18) mukaan laadullisessa tutkimuksessa keskitytään varsin pieneen määrään tapauksia, ja pyrkimyksenä on niiden mahdollisimman perusteellinen analysointi. Aineiston tieteellisenä kriteerinä ei näin ollen pidetä sen määrää vaan laatua, eli käsitteellistämisen kattavuutta.

Yhtenä tärkeänä syynä puolistrukturoidun teemahaastattelun valitsemiselle aineistonkeruumenetelmäksi oli se, että tutkimus pyrki selvittämään ennen kaikkea asiakkaiden omia kokemuksia ennaltaehkäisevistä hoitajaksoista ja intervallihoitajaksoista sekä asiakkaiden kehittämisideoita niiden suhteen. Laadullisissa tutkimuksissa suositaan metodeja, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille. Tällainen metodi on muun muassa teemahaastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 155.)

Asiakashaastattelut päätettiin tehdä puolistrukturoidusti, koska tällä tavalla haastattelujen kysymykset etenivät samaa kaavaa noudattaen, ja vastausten analysoiminen oli tämän vuoksi esimerkiksi vapaamuotoiseen teemahaastatteluun verrattuna käytännöllisempää.

Opinnäytetyön aihe valittiin DIAKin opinnäytetyötorilta. Ennen tutkimusluvan hakemista haastattelimme A-klinikan katkaisuhoidon johtajaa sekä kolmea työntekijää. A-klinikkasäätiön myönnettyä tutkimusluvan allekirjoitimme myös vaihtolopimukset.

Haastattelukutsut jaettiin Espoon A-klinikan katkaisuhoidon työntekijöille, jotka jakoivat niitä eteenpäin kriteerit täyttävälle asiakkaille. Haastattelukutsussa kerrottiin, keitä tutkimuksen tekijät ovat ja mikä on tutkimuksen tarkoitus. Kutsukirjeessä tuotiin esiin myös se, että haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista sekä luottamuksellista, ja että tutkimukseen osallistumisesta kieltäytyminen ei vaikuttaisi hoidon jatkumiseen. Lisäksi kirjeessä luvattiin, että haastatteluista saatu kirjalliseen muotoon litteroitu aineisto hävitetään sen hyödyntämisen jälkeen. Kirjeen lopussa tutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneita varten ilmoitettiin tutkimuksen suorittajien yhteystiedot. Kutsukirjeet annettiin työntekijöiden eteenpäin jaettaviksi, jotta asiakkaat saavat tehdä päätöksen haastattelun osallistumisesta ilman, että olisivat tekemisissä tutkimuksen tekijöiden kanssa. Asiakkaiden yksityisyyden takaamiseksi heidän yhteystietojaan ei jaettu tutkimuksen tekijöiden käyttöön, vaan Espoon A-klinikan katkaisuhoidon työntekijät järjestivät haastattelutilanteet.

Haastatteluun osallistui viisi (5) asiakasta. Haastatteluista neljä toteutettiin Espoon A-klinikan Katkaisuhoidon tiloissa ennalta sovittuina ajankohtina, ja yksi haastattelu tehtiin puhelinhaastatteluna. Haastattelutilanteessa olivat läsnä ainoastaan tutkimuksen tekijät ja haastateltava asiakas. Haastattelutilanteiden aluksi tutkimuksen tekijät esittelivät itsensä haastateltaville. Ennen haastattelukysymysten läpikäyntiä kullekin haastateltavalle muistutettiin, haastattelukutsukirjeissä esille tuoduista seikoista, esimerkiksi tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä siitä, että haastateltavan henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esiin. Haastattelut kestivät kymmenestä minuutista puoleentoista tuntiin. Jokainen haastattelu nau-

hoitettiin c-kasetille, ja asiakkaille korostettiin, että kaseteille nauhoitetut haastattelujen sisällöt tullaan tuhoamaan opinnäytetyön valmistuessa.

Haastattelukysymykset (liite 1) pohjautuivat suoraan tutkittavien hoitajaksojen sisältöön sekä Espoon A-klinikan Katkaisuhoidon työntekijöiden esittämiin tutkimustarpeisiin. Kysymyksellä 1 kartoitettiin haastateltavan ikä. Kysymyksellä 2 selvitettiin, kuinka kauan haastateltava on ollut Espoon A-klinikan asiakkaana.

Kysymykset 3–8 kartoittivat asiakkaan kokemuksia ja mielipiteitä ennaltaehkäisevistä hoitajaksista sekä siitä, miten hoitajaksot vaikuttavat päihteettömyyteen. Kysymyksellä 9 kartoitettiin lisäksi mahdollisia ehdotuksia hoitajaksojen sisällön kehittämiseksi.

Kysymyksellä 10 varmistettiin, että haastateltava on edennyt intervallihoitovaiheeseen. Kysymyksillä 11–18 selvitettiin asiakkaiden kokemuksia Espoon A-klinikan katkaisuhoidon intervallihoitokäytännöstä sekä mahdollisia ehdotuksia sen kehittämiseksi. Kysymyksellä 19 haluttiin tietää, miten asiakkaat uskoisivat heidän päihteettömyyteensä vaikuttavan kuvitellun tilanteen: Espoon A-klinikalla ei olisi tarjottavana ennaltaehkäiseviä hoitajaksia ja intervallihoitajaksia, jolloin asiakkaat voisivat hakeutua ainoastaan katkaisuhoitajaksolle.

## 5.1 Aineiston analyysi

Aineisto päätettiin analysoida Tuomen ja Sarajärven (2009, 101, 109–112) esittämän kvalitatiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Kaseteille tallennetut haastattelut kirjoitettiin auki sanasta sanaan tietokoneelle. Litteroinneista jätettiin pois muutamia pitkiä, tutkimuksen kannalta täysin epäolennaisia osioita, joissa haastateltava kertoi esimerkiksi kroonisesta luustonrappeumasairaudesta. Tämän jälkeen kukin aukikirjoitettu haastattelu tallennettiin ja tulostettiin erivärisenä, tekstisisältöjen vertaamisen helpottamiseksi. Aineistoa alettiin lajitella aluksi käsin leikkaa-

malla ja liimaamalla, mutta tämä osoittautui hitaaksi toimintatavaksi, ja lajittelu päätettiin tehdä tietokoneella.

Ensin kaikista asiakkaille tehdyistä kysymyksistä ja niihin saaduista vastauksista analysoitiin ne, joita ei ollut mahdollista mitata muuten kuin määrällisesti. Tällaisia olivat muun muassa tutkittavien ikää ja A-klinikan asiakassuhteen kestoa kartoittaneet kysymykset. Seuraavaksi haastateltavien vastaukset pelkistettiin yhden tai kahden sanan mittaisiksi ilmauksiksi. Tämän jälkeen ennaltaehkäiseviin hoitojaksoihin liittyvistä kysymyksistä saaduista pelkistetyistä vastauksista ryhmiteltiin kysymysten asettelun suhteen samankaltaiset ilmaukset eri alakategorioihin. Ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja kartoittaviin kysymyksiin saaduista vastauksista löydettiin kuusi kokemuksia kuvaavaa alakategoriaa. Näitä olivat itseohjautuva kuntoutuminen, vertaistuen saaminen ja antaminen, kuntoutumisen edistymisen tiedostaminen, ammatillinen apu ja tuki, kuntoutumista haittaavat tekijät sekä positiiviset näkemykset. Näistä löydettiin selkeät yläkategoriat: sosiaaliset hyödyt, psyykkiset hyödyt, konkreettiset hyödyt sekä muut kokemukset. Intervallihoidoa käsitteleviin kysymyksiin saadut vastaukset luokiteltiin samalla tavoin kuin ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja käsitelleet vastaukset. Alakategorioiksi muodostuivat itsestä lähtevä motivaatio, kirjallinen sitoutuminen motivoi sekä riippuvuuden muistaminen.

## 6. TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Haastateltavien taustatiedot

Haastateltavista asiakkaista yksi kuului 30–39-vuotiaiden ikäryhmään. Kaksi henkilöä kuului 40–49-vuotiaiden ikäryhmään ja yksi henkilö 50–59-vuotiaiden ikäryhmään. Viides haastateltava kuului 60–69-vuotiaiden ikäryhmään. Asiakkuus Espoon A-klinikalla oli kestänyt kolmella haastateltavalla kaksi vuotta, yhdellä kymmenen vuotta ja yhdellä henkilöllä 20 vuotta. Haastateltavista asiakkaista neljä oli naisia ja yksi oli mies.

### 6.2 Haastateltavien näkemykset ennaltaehkäisevien hoitajaksojen sisällöstä

Haastateltavista asiakkaista kaksi oli ollut kolmella ja yksi 12 ennaltaehkäisevällä hoitajaksolla. Kahdella haastateltavalla ei ollut tarkkaa käsitystä siitä, kuinka monella ennaltaehkäisevällä jaksolla he olivat olleet.

*En nyt tarkkaan muista, mutta varmaan ainakin kaksitoista (Haastattelu 3)*

*Ehkä kuudella (Haastattelu 4)*

Kaikkien tutkittavien mielestä ennaltaehkäisevät hoitajakset olivat sopivan mittaisia.

*Se kolme päivää on ollu mulle ihan riittävä. (Haastattelu 2)*

*Kyl se mun mielestä se neljä päivää on ollut minulle ainakin sopiva (Haastattelu 1)*

Ainoastaan yksi vastaaja perusteli näkemystään:

*Kyllä, koska mulla on perhettä niin mä en kauheen kauaa voiskaan olla poissa. (Haastattelu3)*

Jokainen haastateltava oli ennaltaehkäisevällä hoitajaksolla osallistunut ainakin joihinkin Espoon A-klinikan ja katkaisuhoidon toimintoihin. Kaikki olivat osallistuneet aamuryhmään ja pitivät sitä mielekkäänä. Haastatelluista kaksi koki erittäin hyväksi akupunktio- ja ohjaajaryhmät. Ohjaajaryhmistä haastateltavat kokivat saavansa keskusteluapua, ja akupunktio auttoi rentoutumaan.

*Aamuryhmään olen osallistunut, se on ihan ok. (Haastattelu 1)*

*Se on se akupunktio- ja ohjaajaryhmä. Ja kyllä aamuryhmäki mut sielä monestiki niinku on se 45 minuuttia ja sit on se puoliaika niin saa kahvit niin ei huvita enää mennä toiseksi puoliajaksi. Mut se akupunktio, se toimii niin se on hyvä. Se rentouttaa silleen. (Haastattelu 5)*

*Ohjaajanryhmät on hyvii, joskus niissä on hyvät keskustelunaiheet mutta jotkut laput mitä täytetää ja niistä keskustellaan, niistä mä tykkään. Ja sit akupunktio on ollu aina mulle hyödyks. Se rentouttaa ja paremmin saa nukkua. (Haastattelu 3)*

Yksi haastateltava mainitsi vastauksessaan rentoutusryhmään osallistumisen. Myös kuvataideryhmä tuotiin esille yhdessä vastauksessa. Näiden ryhmien merkitystä ei kuitenkaan perusteltu vastauksissa enempää. Yhden haastateltavan mielestä kaikkiin asiakkaille järjestettäviin toimintoihin osallistuminen oli kannattavaa, koska muuten aika kävisi pitkäksi.

Kysymysten 6–9 yhtenäinen tema oli se, millä eri tavoin ennaltaehkäisevä hoitajaksot tukevat päihteettömyyttä. Kysymyksissä verrattiin ryhmiin osallistumisen hyödyllisyyttä omissa oloissa olemiseen ja lepäämiseen. Lisäksi tutkittiin, vaikuttivatko työntekijöiden kanssa käydyt keskustelut päihteettömyyteen. Asiakkailta kysyttiin myös näkemyksiä siitä, tukeeko ennaltaehkäisevien hoitajaksosten sisältö päihteettömyyttä. Tulokset on esitelty taulukossa 1 neljällä yläkategoriolla ja kuudella alakategoriolla. Yläkategoriat ovat sosiaaliset hyödyt, psyykkiset hyödyt, konkreettiset hyödyt ja muut kokemukset. Alakategoriat ovat itseohjautuva kun-



toutuminen, kuntoutumisen edistymisen tiedostaminen, kuntoutumista haittaavat tekijät, positiiviset näkemykset, ammatillinen apu ja tuki sekä vertaistuen saaminen ja antaminen. Sekä tekstissä että taulukossa 1 ilmoitetaan numeraalisesti, kuinka monen asiakkaan antamasta vastauksesta löytyi pelkistetyt samankaltaiset ilmaisut.

Alakategoria	Sosiaaliset hyödyt	Psyykkiset hyödyt	Konkreettiset hyödyt	Muut kokemukset
Itseohjautuva kuntoutuminen	Omissa oloissa oleminen (2/5)  Rauhassa oleminen (2/5)	Omissa oloissa oleminen (2/5)  Rauhassa oleminen (2/5)  Omassa päässä on suurin apu (1/5)		50
Kuntoutumisen edistymisen tiedostaminen		Huonokuntoisiin vertaaminen motivoi (1/5)  Huonokuntoisten näkeminen motivoi (2/5)		
Kuntoutumista haittaavat tekijät				Työntekijöiden kiire (2/5)
Ammatillinen apu ja tuki		Ammatillinen välittäminen (1/5)	Asiantuntevat neuvot (2/5)  Ammatillinen välittäminen (1/5)  Yksilöllinen tuki (1/5)	
Vertaistuen saaminen ja antaminen?	Vertaistuen antaminen (1/5)  Saa vertaistukea (4/5)  Puhuminen ryhmässä auttaa (2/5)  Muiden kokemusten kuuleminen (1/5)  Saa keskusteluapua (2/5)  Keskustelu muiden kanssa ja kokemusten vaihto (3/5)	Saa keskusteluapua (2/5)		
Positiiviset näkemykset			Katkaisee arjen (1/5)	Muille siitä on apua (1/5)  Auttaa tuttujakin (1/5)  Tyytyväinen nykykäytäntöön (2/5)

Taulukko 1. Asiakkaiden kokemat hyödyt sekä muut kokemukset ennaltaehkäisevistä hoitajaksoista

Itseohjautuva kuntoutuminen –alakategoriaan luokiteltiin asiakkaiden vastauksissa sekä sosiaalisena että psyykkisenä hyötynä omissa oloissa oleminen (2/5) ja rauhassa oleminen (2/5). Lisäksi psyykkisenä hyötynä koettiin se, että omassa päässä on suurin apu (1/5). Omissa oloissa ja rauhassa olemisella tarkoitettiin esimerkiksi lepäilyä omassa huoneessa. Ilmaisulla omassa päässä on suurin apu, yksi asiakas tarkoitti sitä, että asioiden itsekseen tarkastelu auttoi häntä paremmin kuin ryhmässä puhuminen.

*Mä ainakin olen aika erakko, et aika paljon olen omissa oloissani (Haastattelu 1)*

*Ei tue minulle ainakaan. Muille siitä on apua. Omassa päässäni suurin apu (Haastattelu 1)*

Kuntoutumisen edistymisen tiedostaminen –alakategoriaan luokiteltiin asiakkaiden vastauksista huonokuntoisten näkeminen motivoi (2/5) ja huonokuntoisiin vertaaminen motivoi (1/5). Näillä ilmaisuilla tarkoitettiin katkaisuhoidon huonokuntoisten asiakkaiden näkemistä ja oman tilan vertaamista heihin. Nämä luokiteltiin psyykkisiksi hyödyiksi.

*Kyl ne tukee, että näkee niinku niitä krapulaisia täällä, ja sit palautuu mieleen ne kaikki ja. Se on toiminu. (Haastattelu 2)*

*Toiminnot ja se kun näkee just näitä jotka on tässä katkolla. Et itse ei halua enää palata siihen ja sit se vertaistukiryhmät ja kun kuulee muiden kokemuksia. (Haastattelu 3)*

Alakategoriaan kuntoutumista haittaavat tekijät luokiteltiin asiakkaiden kokema työntekijöiden kiire (2/5), joka sijoitettiin yläkategoriaan muut kokemukset.

*Ei niiden kans silleen hirveesti tuu keskusteltua. Tuntuu et niillä on kiireempi ja kiireempi. Parin viikon välein kun käyn psykologin kanssa juttelemassa niin se auttaa. Et kyllä muidenkin, mut niillä tuntuu aina olevan niin kiire. Mut kyllä niidenkin kanssa saa. (Haastattelu 5)*

Ammatillinen apu ja tuki –alakategoriaan luokiteltiin sekä psyykkisenä että konkreettisenä hyötynä ammatillinen välittäminen (1/5). Tällä tarkoitettiin työntekijältä saatavaa ammatillista empatiaa. Konkreettisinä hyötyinä koettiin lisäksi asiantuntevat neuvot (2/5) sekä yksilöllinen tuki (1/5). Niillä viitattiin työntekijöiltä saa-

taviin asiantunteviin neuvoihin sekä henkilökohtaiseen tukeen arjessa päihteettömänä selviytymiseen.

*Tulee se niinku keskustelun aikana, että kyllä ne paljon tietää ja välittävät ja kantavat niinku vastuuta ja se tuntuu tosi hyvältä, että joku niinku suorastaan välittää (Haastattelu 4)*

*Joo kyllä niistä on niinku apua, et pystyy niinku kertoon tunteksiaan ja sit tulee asiantuntevaa neuvoa sieltä ja joo (Haastattelu 2)*

Asiakkaiden antamista vastauksista vertaistuen saaminen ja antaminen – alakategoriaan luokiteltiin sosiaalisena hyötynä ilmaiset vertaistuen antaminen (1/5), saa vertaistukea (4/5), puhuminen ryhmässä auttaa (2/5), muiden kokemusten kuuleminen (1/5), keskustelu muiden kanssa ja kokemusten vaihto (3/5). Sekä sosiaalisena että psyykkisenä hyötynä nähtiin lisäksi ilmaisu saa keskusteluapua (2/5). Vertaistuen antamisella ja saamisella viitattiin asiakkaiden välisiin keskusteluihin ja kokemusten jakamiseen hoitajaksoilla ryhmissä sekä vapaamuotoisesti.

*Että kyllä se ihan ihan on hyvä olla niinku vertaistensaki parissa. Ja sitten jos aina tuntuu, että pystyy jotakuta pikkusen auttaa (Haastattelu 4)*

*Hienoa kun juttelee kollegojen kans täällä niin se on ehkä tärkein asia. Saa määrätynlaista vertaistukea. (Haastattelu 1)*

*Se niinku tukee siihen, ja sitten laittaa ajattelemaan. Aina saa enemmän voimia kun täällä käy, Et oikeen sellasta taistelunhalua saa täältä (Haastattelu 5)*

Edellä kuvattuihin alakategorioihin sopimattomat ilmaiset luokiteltiin positiiviset näkemykset –alakategoriaan. Konkreettisenä hyötynä oli ilmaisu katkaisee arjen (1/5). Tällä tarkoitettiin asiakkaan arkirutiinien katkeamista hoitoyksikössä vietetyn jakson ajaksi. Muut kokemukset -yläkategorian alle luokiteltiin ilmaiset muille siitä on apua (1/5), auttaa tuttujakin (1/5) sekä tyytyväinen nykykäytäntöön (2/5).

Muut kokemukset - yläkategoriaan kuuluvaksi luokitellulla auttaa tuttujakin - ilmaisulla viitattiin siihen että yksi haastateltavista oli kuullut omilta tutuiltaan hoitokäytännön erinomaisuudesta. Tähän luokiteltiin myös ilmaisu tyytyväinen nykykäytäntöön, sillä pyydettyjä ehdotuksia hoitokäytännön kehittämiseksi ei saa-

tu. Ilmaisulla muille siitä on apua, vastaaja arveli ryhmien tukevan muiden päiheteettömyyttä, mutta ei kokenut itse saavansa niistä apua.

*Tää katkasee arkirytmän ja rutiinin ja sillä tavalla tietysti tukee päiheteettömyyttä. (Haastattelu 1)*

*Ei mulle tuu mieleen kyl mitään. Et kyl mä oon niinku sillain ollu tyytyväinen. Et ei oo mitään tärkeää lisättävää. (Haastattelu 5)*

*Kun mä olen niin tavattoman tyytyväinen niinku kuulet että mulla on kaikki hyvin että se on ainoastaan kiitos sen ja sen pitkämielisyyden mitä mä sain siellä. (Haastattelu 3)*

### 6.3 Haastateltavien näkemykset intervallihoitokäytännöstä

Haastateltavista henkilöistä kaikki olivat edenneet intervallihoitovaiheeseen. Yhden kohdalla hoito oli keskeytetty ilmi tulleen päiheteiden käytön takia, minkä jälkeen hoitoa jatkettiin ennaltaehkäisevillä jaksoilla.

*No sillon aikasemmin me vähänniinku aloteltiin sitä mut sitte niinku join nii se katkes niinku siihe, nii palattii sitte ennaltaehkäiseviin. (Haastattelu 3)*

Kukaan haastateltavista ei ollut vielä suorittanut intervallihoitoa kokonaisuudessaan loppuun. Osalla haastateltavista ei heidän antamistaan vastauksistaan päätellen ollut käsitystä siitä, mitä jakson loppumisella tarkoitettiin.

*Mitä se tahtoo sanoa? (Haastattelu 2)*

Kysymyksellä 14 kartoitettiin haastateltavien asiakkaiden mielipiteitä siitä, onko intervallihoidon kokonaiskesto riittävä vai tulisiko hoidon pituutta muuttaa. Kahden vastaajan kokemusten mukaan intervallihoidon nykyinen noin kuuden kuukauden mittainen kokonaiskesto on riittävä tukemaan päiheteettömän elämäntavan omaksumista.

*Omalta kohdalta mä koen niin et se on aika ok se puoli vuotta. (Haastattelu 1)*

Haastateltavista kaksi koki, että puoli vuotta ei ole riittävän pitkä aika päihteettömän elämäntavan omaksumiselle.

*Pidempi Joo et ei se oo siinä puolessa vuodessa selvä. (Haastattelu 2)*

Yhden vastaajan mielestä intervallihoidon kokonaisuudesta tulisi pidentää ainakin vuoden mittaiseksi.

*Pidentää mun mielestä, kyl sitä vois ihan et ei nyt yleensä puol vuotta riittä et kyllä sitä vois niinku vuoteenki niinku mun mielestä pidempää. (Haastattelu 5)*

Kysymyksellä 16 asiakkailta kysyttiin, tukevatko jaksoilla tehdyt kirjalliset tehtävät päihteettömyyttä. Neljä haastateltua koki tehtävien tukevan päihteettömyyttä, ja yksi haastateltavista ei ollut tehnyt kirjallisia tehtäviä lainkaan. Kirjallisten tehtävien koettiin tukevan päihteettömyyttä, sillä niiden avulla haastateltavat joutuivat miettimään juomisen syitä ja seurauksia.

*Kyllä siinä hakee sitten vähän niitä juuriaan ja niitä syitä, mitkä aiheuttaa sen juomisen ja retkahduksen justiinsa. Että kyllä ne on ihan toimivaa. On on. (Haastattelu 2)*

*Mä tein yhen tehtävän, mutta ei me käyty sitä läpi sitte. Et se jäi sitte, se oli semmonen niinku harjotustehtävä. Joo kyllä. (Haastattelu 3)*

Kysymyksellä 17 haettiin kehittämissuhteita intervallihoidokäytännön parantamiseksi. Neljä vastaajaa oli täysin tyytyväisiä nykykäytäntöön ja yksi henkilö ei ymmärtänyt kysymystä. Perusteluiksi ilmoitettiin se, että intervallihoidokäytännön sisältö oli kaikin puolin riittävää.

*Minun kohdallani tää nykysysteemi on ihan ok, et mä en tarvi tähän intervalliin mitään lisää. Että mitä täällä on nyt tarjolla riittää minulle, ja sillä sipuli. (Haastattelu 1)*

*No mä en oikeen osaa sanoa, et mulle ei tuu mieleen mitä pitäis parantaa. Et mulle tää on riittäny mitä täällä Leppävaarasa on sillälaillla. (Haastattelu 5)*

*Niin, no... Riippuu mitä siellä kysytään mut (Haastattelu 3)*

Kysymyksien 15 ja 18 vastauksista löytyivät samat yläkategoriat kuin ennaltaehkäiseviin hoitajaksoihin liittyvissä vastauksissa: sosiaaliset hyödyt, psyykkiset hyödyt, konkreettiset hyödyt sekä muut kokemukset. Alakategorioiksi muodostuivat itsestä lähtevä motivaatio, hoitoaika riittämätön, hoidon pituus sopiva, kirjallinen sitoutuminen motivoi sekä riippuvuuden muistaminen. Tarkastelun helpottamiseksi seuraavaksi esitetyt tutkimustulokset ovat nähtävissä taulukossa 2. Sekä tekstissä että taulukossa ilmoitetaan numeraalisesti, kuinka monen asiakkaan antamasta vastauksesta löytyi pelkistetyt samankaltaiset ilmaisut.

Alakategoria	Sosiaaliset hyödyt	Psyykkiset hyödyt	Konkreetitset hyödyt	Muut kokemukset 56
Itsestä lähtevä motivaatio		Motivaatio lähdeittävä itsestä (2/5)  Raittius omasta itsestä kiinni (1/5)		
Kirjallinen sitoutuminen motivoi			Sitoutumisella on merkitys myös hoidon jälkeen (1/5)  Kirjallinen sopimus on tärkein asia (1/5)  Kirjallinen sopimus motivoi (1/5)	
Riippuvuuden muistaminen	Yhdessäolo muiden asiakkaiden kanssa (1/5)	Pistää miettimään juomisen syitä (3/5)	Palautuu mieleen laitos ja juominen (1/5)	

Taulukko 2. Asiakkaiden kokemat hyödyt sekä muut kokemukset intervallihoitojaksoista

Itsestä lähtevä motivaatio –alakategoriaan luokiteltiin asiakkaiden ilmaisut motivaatio lähdeittävä itsestä (2/5) sekä raittius omasta itsestä kiinni (1/5). Edellä kuvattu ilmaisut luokiteltiin psyykkisiksi hyödyiksi. Ilmaisulla itsestä lähtevä motivaatio tarkoitettiin sitä, että kirjallisella päihdeettömyyssitoumuksella ei ollut merkitystä, koska päihdeettömänä pysyminen edellytti heidän mukaansa omaan motivaatioon pohjautuvaa päättäväisyyttä.

*Sillä ei oo mitään muuta merkitystä kun se, et eihän siinä petä kun itteään. Et jos mulle itelle kävis niin, niin mä lopettasin intervallit välittömästi. Se on ihan sama mitä noille hoitohenkilökunnalle sanoo, mut ittellen ei voi valehella. (Haastattelu 1)*

Raittius omasta itsestä kiinni -ilmaisulla viitattiin siihen, ettei hoitoyksikössä vietyllä intervallihoitojaksolla ollut kyseisen vastaajan mukaan ratkaisevaa merkitystä päihdeettömänä pysymisessä, koska päihdeettömänä pysyminen on ainoastaan omasta itsestä kiinni.



*En mä usko et se siihen vaikuttaa. Et tosiaan niinku mä sanoin niin se on omasta itsestään kiinni aina. Ei siihen voi kukaan muu vaikuttaa. (Haastattelu 1)*

Alakategoriaan kirjallinen sitoutuminen motivoi luokiteltiin seuraavat ilmaisut: kirjallinen sopimus motivoi (3/5), sitoutumisella on merkitys myös hoidon jälkeen (1/5) sekä kirjallinen sopimus on tärkein asia (1/5). Konkreettiseksi hyödyksi luokiteltiin ilmaisut kirjallinen sopimus on tärkein asia, kirjallinen sopimus motivoi ja sitoutumisella on merkitys myös hoidon jälkeen. Vastauksilla tarkoitettiin sitä, että intervallihoitosopimus motivoi ja tukee hoidon aikana sekä sen päätyttyä päihdetöntä elämäntapaa.

*Niin no. Siis se että ei pelkästään intervallin aikana vaan siitä eteenpäin. Et se on niinku koulussa, et sieltä haluaa diplomin et pääsee niinku kotiin kokeileen siipiänsä. (Haastattelu 4)*

*No eiköhän se oo se tärkein asia siinä justinsa että pysyy, tukee sitä hommaa. (Haastattelu 2)*

Ilmaisut yhdessäolo muiden asiakkaiden kanssa (1/5), pistää miettimään juomisen syitä (3/5) sekä palautuu mieleen laitos ja juominen (1/5) luokiteltiin alakategoriaan riippuvuuden muistaminen. Sosiaalisesti hyödyksi luokiteltiin yhdessäolo muiden asiakkaiden kanssa. Hoidosta saaduksi psyykkiseksi hyödyksi luokiteltiin, se että hoito sai miettimään juomisen syitä. Katkaisuhoidovaiheessa olevien huonokuntoisten asiakkaiden kohtaaminen ja heidän kanssaan oleminen palautti oma-kohtaiset juomisesta aiheutuvat haitat mieleen. Konkreettiseksi hyödyksi luokiteltiin se, että päihdehoitopaikka ja juominen palautuivat mieleen.

*On, että palautuu mieleen tää laitos ja juominen. Kyllä se on helppoo mennä kotiin, ja tietää ettei tartte takas tulla samassa kunnossa kun on joskus tullu. (Haastattelu 2)*

*Mutta hyötyä siitä on, mitä täällä erityisesti tuo muitten asiakkaitten kanssa olo tuo. (Haastattelu 1)*

*On ollu todella paljon helpompaa pysyä sen jälkeen raittiina. Ehdottomasti. (Haastattelu 5)*

Viimeiseksi tutkimuksessa kartoitettiin haastateltavien asiakkaiden mielipidettä siitä, miten heidän päihteettömyyteensä vaikuttaisi se, että ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja ja intervallihoitojaksoja ei olisi tarjolla Espoon a-klinikan katkaisuhoidossa, vaan että kyseisessä hoitoyksikössä olisi mahdollista saada ainoastaan perinteistä katkaisuhuhoitoa. Haastateltavista asiakkaista kaksi ilmaisi vastauksissaan selkeästi pitävänsä ennaltaehkäiseviä hoitojaksoja ja intervallihoitojaksoja välttämättöminä päihteettömyyteen pyrkimisessä: useaan kertaan läpikäyty katkaisuhuhoito oli koettu tuloksettomaksi, ja ongelman luonteen katsottiin tarvitsevan pitkäkestoisempaa hoitoa säännöllisin väliajoin.

*Joo se ei toimi, tota, mä oon sen niin monta kertaa kokeillu. Et kyllä se vaatii pidempää hoitojaksoa. Sitä kertaamista koko aika. ( Haastattelu 2)*

*Minusta se jäisi silloin pikkusen liian lyhyeksi. Että mulle teki tosi hyvää vielä ne jatko-opinnot ja kun tajus vähitellen sen, että mistä kaikesta säästyti kun haki sitten apua sen verran ajoissa. ( Haastattelu 4)*

Eräässä haastattelussa asiakas toi ilmi, että ennaltaehkäisevillä hoitojaksoilla ja intervallihoitojaksoilla oleminen sekä AA:ssa käyminen jaksojen välillä oli toimiva yhdistelmä päihteettömyyden kannalta. Kyseinen perhesolun asiakas koki yhteistyön lastensuojelun työntekijän kanssa tukevan hoidon jatkuvuutta.

*Mä käyn kyllä AA:ssa et sieltä saa aika paljon apua. Tää tukee sitä niinku ja sitte ku meillä on lastensuojelu täs mukana niin sosiaalitoimistosta yks työntekijä mukana täs niinku nii se tukee sitä kun me käydään täällä. (Haastattelu 3)*

Kaksi haastateltua asiakasta ei täysin ymmärtänyt heille esitettyä kysymystä huolimatta siitä, että kysymys toistettiin ja sitä selitettiin. Toisessa vastauksessa korostettiin katkaisuhoidon tärkeyttä Espoon a-klinikalla, ja sitä että pitkäkestoisesta jatkohoidosta ei ollut kyseisen henkilön kohdalla hyötyä.

*Et minun kohdallani katkaisuhuhoito on tosi hyvä systeemi eikä minun kohdallani jatkohoito ole tuottanut tulosta. (Haastattelu 1)*

Toinen haastateltava korosti vastauksessaan ainoastaan sitä, kuinka tärkeää intervallihoidossa olevalle asiakkaalle on päästä hoitojakson aikana liikkumaan vapaasti hoitoyksikön ulkopuolella.

*Et mun mielestä sellaselle ihmiselle joka on tullu intervallille selvin päin se on tärkeätä et pääsee liikkuun ja käymään kahvilassa. (Haastattelu 5)*

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tutkimustulosten perusteella ei ole mahdollista tehdä koko Espoon A-klinikan asiakaskuntaa koskevia yleistäviä johtopäätöksiä, koska tutkimusta varten saatiin haastateltua ainoastaan viittä intervallijaksolle edennyttä Espoon A-klinikan asiakasta. Myöskään iän tai asiakassuhteen keston mukaan ei voitu tehdä mitään laaja-alaisia johtopäätöksiä. Yleisten johtopäätösten tekemistä rajoitti myös se, ettei ennaltaehkäisevistä hoitajaksoista ollut tehty aiempia tutkimuksia, eikä vastaavannlaisia ennaltaehkäiseviä hoitajaksoja ollut tutkimuksentekovaiheessa Espoon A-klinikan katkaisuhoidon lisäksi käytössä tietävästi missään muussa päihdehoitolaitoksessa. Myöskään intervallihoidon käyttämisestä päihdetyössä ei ole tehty aiempia tutkimuksia. Tästä johtuen tässä tutkimuksessa voitiin johtopäätöksiä tehdessä verrata saatuja tutkimustuloksia ainoastaan joiltain osin suullisten haastattelujen kautta päihdehoitoyksikköjen työntekijöiltä saatuun tietoon. Ryhmistä saatuja kokemuksia pystyttiin vertaamaan monipuolisesti aiempiin tutkimustuloksiin. Myös katkaisuhoidon vaikutuksista tehtyjä tutkimuksia oli mahdollista joiltain osin verrata tällä tutkimuksella saatuihin tuloksiin.

Tutkimustuloksista oli selkeästi havaittavissa, että haastateltujen asiakkaiden antamat vastaukset olivat suurelta osin melko yhdenmukaisia riippumatta siitä, kuinka monella ennaltaehkäisevällä hoitajaksoilla tai intervallihoitajaksoilla he olivat ehtineet olla. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että hoitajaksojen sisältö oli ollut kaikilla haastateltavilla pääpiirteittäin samanlainen, eikä jaksojen sisältöä ollut räätälöity yksilöllisesti.

Saaduista vastauksista voidaan päätellä myös se, että muutamien asiakkaiden oli vaikea ymmärtää ennaltaehkäisevän hoitovaiheen ja intervallihoitovaiheen sekä hoitajaksojen sisältöjen eroa. Tämä välittyi vastauksista siten, ettei moni haasta-

teltu tiennyt onko hän ennaltaehkäisevällä hoitajaksoilla vai intervallihoidoilla. Niin ikään joillekin näytti olevan epäselvää se, missä vaiheessa hoitoprosessia he olivat. Olisi tärkeää, että työntekijät informoisivat asiakkaitaan useammin hoitoprosessin etenemisestä, esimerkiksi siitä, milloin kunkin asiakkaan on mahdollista siirtyä ennaltaehkäisevien hoitajaksojen jälkeen intervallihoidovaiheeseen.

Tutkimustulokset osoittivat selkeästi sen, että intervallihoidon pituus on hyvä määrittää kunkin asiakkaan tarpeiden pohjalta yksilöllisesti. Perusteluna voi pitää sitä, että kahden haastatellun asiakkaan mielestä kuuden kuukauden mittainen intervallihoido on sopivan mittainen, mutta kolmen asiakkaan mielestä hoito tulisi olla tätä pidempi, koska päihdeongelman luonne edellytti heidän mielestään pitkäkestoisempaa hoitoa. Myös Ruisniemi (2006, 23) on todennut väitöskirjassaan, että jokainen päihdekuntoutuja on yksilö ja tämän vuoksi hoitoprosessin pituus tulee suunnitella yksilöllisesti.

Huomattavan moni tutkimusta varten haastatelluista asiakkaista koki, että kahdenkeskiset keskustelut työntekijöiden kanssa tukevat päihdeittämättä, mikäli työntekijöillä olisi enemmän aikaa keskustelujen mahdollistamiseen. Tämä tulos korreloi Savolaisen (2006, 66) tutkimustuloksiin, joissa ilmeni selkeästi katkaisuhoitoon asiakkaiden tyytyväisyys työntekijöiden kanssa käytyjen keskustelujen hyödyllisyydestä. Koska muutama tätä opinnäytetyötä varten haastateltu asiakas toi myös vastauksissaan esille selkeästi sen, että työntekijät ovat heidän mielestään liian kiireisiä, tulee tähän asiaan kiinnittää hoitoa toteutettaessa jatkossa entistäkin enemmän huomiota.

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden antamista vastauksista nousi esiin se, että intervallihoidon edellyttämää raittiina pysymisen kirjallista sitoutumista pidettiin päihdeittämättä pysymisen kannalta erittäin tärkeänä. Kirjallinen raittius-sitoumus koettiin päihdeittämättä pysymisen motivoivana perustana, jota ilman retkahtaminen olisi todennäköisempää. Myös intervallihoidotaksojen välisille ajoille annettavien kirjallisten tehtävien koettiin olevan hyödyllisiä. Tehtävien itsenäisen tekeminen sekä niiden purkaminen työntekijöiden kanssa näytti tukevan haastateltavien asiakkaiden päihdeittämättä, sillä tehtävät saivat pohtimaan päihdeittämättä käytön syitä ja seurauksia. Näitä tuloksia ei ollut mahdollista verrata aiem-

piin tutkimustuloksiin, koska Espoon A-klinikan katkaisuhoidossa kirjalliset itsearviointitehtävät eivät työntekijöiden mukaan pohjautuneet mihinkään tiettyyn teoriaan.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lähes kaikki haastateltavat kokivat ryhmään osallistumisen tukevan päihdeettömyyttä omissa oloissa olemista paremmin. Ryhmistä sekä asiakkaiden välisistä vapaamuotoisista keskusteluista sai vertaistukea ja neuvoja päihdeettömänä pysymiseen. Tämä tulos tukee Fisherin (2006, 259–260), Gittermanin (2006, 99–100) ja Tuomolan (2003; 220, 225) tutkimustuloksia ryhmien hyödyllisyydestä. Myös Ruisniemi (2006, 158) on todennut vertaistuen antavan uskoa omaan toipumiseen.

Ryhmään osallistuminen sekä vapaamuotoiset keskustelut motivoivat päihdeettömänä pysymiseen myös siitä syystä, että kanssakäyminen katkaisuhoidossa olevien huonompikuntoisten kanssa toi ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla ja intervallihoitajaksoilla oleville asiakkaille mieleen omat aiemmat juomisesta aiheutuneet ongelmat. Tämä tutkimustulos oli yhteneväinen muun muassa Häkkisen (2008), Salosen (2008) sekä Rautavuoren (2008) näkemyksiin siitä, että lähijaksoilla muiden asiakkaiden kohtaaminen motivoi pysymään päihdeettömänä.

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden antamista vastauksista voi vetää johtopäätöksen, että he olivat varsin tyytyväisiä ennaltaehkäisevien hoitajaksojen ja intervallihoitajaksojen sen hetkiseen toteutustapaan ja sisältöön, koska he eivät esittäneet minkäänlaisia kehittämisehdotuksia näiden hoitomuotojen toteuttamisen parantamiseksi. Tutkimusta varten saaduista asiakkaiden vastauksista kävi selkeästi ilmi myös se, että haastateltavat hyötyivät ennaltaehkäisevillä hoitajaksoilla ja intervallihoitajaksoilla olemisesta perinteisessä katkaisuhoidossa olemista paremmin, koska päihdeongelman luonne edellytti vastaajien mukaan pitkäkestoista hoitoa. Myös Puontin (2008) mukaan vakavasta päihdeongelmasta toipuminen edellyttää pitkäkestoista intervallihoidoa.

Mikäli opinnäytetyömme aiheesta tehdään lisätutkimuksia, tarkastelun kohteeksi olisi hyödyllistä ottaa esimerkiksi se, minkä eri asioiden avulla asiakkaat pysyvät päihdeettöminä arkielämässään hoitajaksojen välisenä aikana. Koska kirjalliset

itsearviointitehtävät ovat merkittävä osa intervallihoidon sisältöä, voisi tärkeä jatkokutkimuksen aihe olla niiden hyödyllisyys päihteettömyyden tukemisessa, ja esimerkiksi se, minkälaiset tehtävät ovat hoidon kannalta tuloksellisimpia.

## 8. POHDINTA

Tutkimusluvan saamisen jälkeen kesällä 2008 opinnäytetyöprosessi pääsi varsinaisesti alkamaan. Työskentelyn etenemistä hidasti haastateltavien asiakkaiden löytymisen vaikeus. Alun perin tavoitteena oli saada tutkimusta varten haastateltaviksi kahdeksan intervallihoitovaiheeseen edennyttä Espoon A-klinikan asiakasta, mutta haastateltavia saatiin vain viisi siitä syystä, että intervallihoidossa pysyminen edellyttää täysin päihteetöntä elämää, ja retkahdukset ovat asiakaskunnan keskuudessa hyvin yleisiä.

Tutkimuksen tekoa hankaloitti myös se, että intervallihoidosta ja tämäntyyppisestä ennaltaehkäisevästä päihdetyöstä ei ollut yhtä väitöskirjaa lukuun ottamatta löydettävissä aikaisempia tutkimuksia. Suurelta osin intervallihoidon liittyvä aineisto oli kerättävä haastattelemalla useiden eri päihdehoitoyksiköiden johtavia työntekijöitä, joilta saatu tieto hoidon hyödyllisyydestä ja tuloksellisuudesta oli objektiivisen asiallista.

Koska Espoon A-klinikan työntekijät eivät käytä asiakaskeskusteluissa ja intervallihoidon kirjallisia tehtäviä purkaessa systemaattisesti yhtä tiettyä työskentelyotetta, esimerkiksi motivoivaa haastattelua, emme voineet verrata näihin kysymyksiin liittyneitä asiakkailta saatuja tietoja aiempiin tutkimustuloksiin.

Tutkimusprosessia kriittisesti tarkastellessamme voimme todeta, että haastatelluille asiakkaille esitetyt kysymykset olisivat todennäköisesti olleet kiteytetympiä, mikäli haastattelut olisi tehty teoreettisen aineiston hankkimisen ja kokonaisvaltaisen omaksumisen jälkeen.

## 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekeminen ja asiakkaiden haastattelemine sekä heidän päihderiippuvuutensa tarkasteleminen oli eettisesti hyväksyttävää, koska tutkimus tehtiin Espoon A-klinikan toivomuksesta, ja koska asiakkaat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupaa A-klinikkasäätiöltä. Haastattelua varten suunniteltu kysymysluettelo sekä tutkimuksen taustojen perustelut lähetettiin A-klinikkasäätiön kehittämissyksikköön, jossa ne käsittelyn jälkeen hyväksyttiin ja tutkimuslupa saatiin. Asiakkaiden yksityisyyden kunnioittamiseksi heidän yhteystietojaan ei luovutettu tutkimuksen tekijöille, vaan Espoon A-klinikan katkaisuhoidon yksikön työntekijät etsivät haastateltavat henkilöt ja järjestivät haastattelutilanteet katkaisuhoidon yksikön tiloihin.

Tämän jälkeen Espoon A-klinikan katkaisuhoidon henkilöstölle annettiin haastattelukutsut, jotka työntekijät jakoivat eteenpäin kriteerit täyttävälle asiakkaille. Haastattelukutsussa kerrottiin, keitä tutkimuksen tekijät ovat, ja mikä on tutkimuksen tarkoitus. Kirjeen lopussa tutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneita varten ilmoitettiin tutkimuksen suorittajien yhteystiedot. Kutsukirjeet annettiin työntekijöiden eteenpäin jaettaviksi, jotta asiakkaat saivat tehdä päätöksen haastatteluun osallistumisesta ilman, että olisivat tekemisissä tutkimuksen tekijöiden kanssa.

Haastattelutilanteiden aluksi haastateltaville tähdenettiin, että heidän oli mahdollista halutessaan keskeyttää haastattelu ilman mitään perusteluja, ja että se ei vaikuttaisi millään tavoin hoidon jatkuvuuteen. Lisäksi haastateltaville henkilöille

korostettiin ennen haastattelun aloittamista, että heidän henkilöllisyytensä pysyisi salassa, eikä heitä voitaisi tunnistaa valmiista työstä. Tästä johtuen esimerkiksi kaikkien tässä tutkimuksessa esitettyjen sitaattien kohdalla suluissa on ilmoitettu ainoastaan haastattelun numero, mutta ei esimerkiksi haasteltavan sukupuolta. Tutkimusta varten haastatelluille henkilöille luvattiin niin ikään, että sekä c-kaseteille nauhoitetut että aukikirjoitetut haastatteluaineistot tuhottaisiin opinnäytetyön valmistuttua.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyrittiin mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. Objektiivinen tarkastelu toteutui ongelmitta muun muassa siitä syystä, että haastateltavat henkilöt eivät olleet tutkimuksen tekijöille entuudestaan tuttuja. Lisäksi tutkimusta toteutettaessa pyrittiin siihen, että tutkittavaan aiheeseen liittyneiden Espoon A-klinikan ja katkaisuhoidon työntekijöiden subjektiivisten näkemysten sekä tutkijoiden omien ennakoasenteiden ei annettu vaikuttaa tutkimusta tehtäessä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että sekä työntekijöiden että asiakkaiden haastattelutilanteet nauhoitettiin ja litteroitiin heidän puheensa mukaisesti.

Luotettavuutta on varmistettu koko tutkimusprosessin ajan myös siten, että ohjaavat opettajat ovat ensin käyneet läpi tutkimussuunnitelman sekä hyväksyneet sen, ja tämän jälkeen seuranneet tutkimuksen edistystä kommentoiden käsikirjoitusta esitarkistusvaiheessa sekä opinnäytetyön seminaariesityksessä. Esimerkiksi Tuomi ja Sarajärvi (2009, 138) ovat todenneet, että ulkopuolisen henkilön tarkastama tutkimusprosessi lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimus on luotettava myös siksi, koska haastatteluaineisto on analysoitu järjestelmällisesti ja johdonmukaisesti edeten. Aukikirjoitetut haastattelut ovat sanatarkkaan haasteltujen asiakkaiden ilmaisujen mukaisia, eikä aineistosta ole jätetty pois muuta kuin tutkimuksen kannalta täysin epäolennaisia seikkoja. Tutkimusta varten on käytetty sekä kirjallisia lähteitä että suullisilla haastatteluilla saatua tietoa suhteellisen monipuolisesti, mikä omalta osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.



Tutkimustulosten perusteella ei voi luotettavasti tehdä koko Espoon A-klinikan asiakaskuntaa koskevia yleistäviä johtopäätöksiä, koska tutkimusta varten saatiin haastateltua ainoastaan viittä intervallihoitovaiheeseen edennyttä asiakasta. Tutkimuksen luotettavuuteen saattoi tiedostamattomalla tasolla vaikuttaa niin ikään se, että toinen tutkimuksen tekijä oli ollut kahden kuukauden ajan sosionomiopintoihin kuuluneella käytännön työharjoittelujaksolla katkaisuhoidoyksikössä, minkä vuoksi tutkimusympäristö, työntekijät sekä käytetyt työmenetelmät olivat hänelle entuudestaan tuttuja.

Tutkimustulosten luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, että usealle haastatellulle asiakkaalle tuotti vaikeuksia hahmottaa ennaltaehkäisevien hoitajaksojen sekä intervallihoitajaksojen käsitteitä ja hoitomuotojen eroavaisuuksia toisistaan. Hoitajaksojen kesto oli myös osalle haastateltavista epäselvää.

### 8.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön aiheen tutkiminen oli aidosti mielenkiintoista, sillä tutkimuksessa esiteltäviä ennaltaehkäisevän päihdetyön muotoja ei käsitelty lainkaan sosionomiopintojen aikana. Esimerkiksi intervallihoito oli meille ennen tutkimuksen tekoa vieras käsite, mutta tutkimusprosessin myötä kyseinen hoitomuoto osoittautui mielestämme monipuoliseksi ja asiakkaiden kuntoutumista aidosti tukevaksi päihdetyön menetelmäksi. Tutkimuksen teon kautta saimme kokonaisuudessaan paljon hyödyllistä tietoa suomalaisesta päihdehoitojärjestelmästä sekä käytetyistä hoitomuodoista. Näitä tietoja voimme hyödyntää ja soveltaa tulevissa töissämme sosiaalialan ammattilaisina.

Opinnäytetyöprosessin edetessä opimme paljon uusia asioita kvalitatiivisen tutkimuksen tekemisestä. Tutkimuksen tekoa ja aiheen rajausta vaikeutti alussa se, että emme tunteneet tutkittavia hoitomuotoja tarpeeksi kattavasti. Toisaalta esimerkiksi tutkimuskysymysten asettamista helpotti huomattavasti se, että tutkimus teh-

tiin Espoon A-klinikan katkaisuhoidon työntekijöiden toivomuksiin ja tarpeisiin pohjautuen.

Molemmille tutkimuksen tekijöille laadullisen sisällönanalyysin toteuttaminen, ja siihen sisältyvän aineiston pelkistäminen ja luokittelu oli uusi oppimiskokemus. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa totesimme, että tutkimuksen onnistumisen kannalta aineiston mahdollisimman huolellinen analysointi on välttämätöntä. Tämän vuoksi analysointi ja tutkimustulosten taulukointi tehtiin osittain uudelleen. Tutkimuksen edetessä aiempien tutkimustulosten merkitys tiedostettiin entistä selkeämmin, kun haastattelujen kautta saatuja tutkimustuloksia alettiin verrata niihin. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme etsimään ja hyödyntämään sekä kotimaisia että ulkomaisia aiemmin tehtyjä tutkimuksia entistä monipuolisemmin. Tämän kokemuksen kautta saamaamme osaamista voimme tarvittaessa hyödyntää tulevilla työtehtävissämme sekä mahdollisissa jatko-opinnoissamme.

#### 8.4 Lopuksi

Tutkimusprosessin aikana Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston henkilöstö toimi suurena apuna sopivan lähdeaineiston etsinnässä. Ohjaavat opettajamme olivat korvaamattomana tukena koko opinnäytetyöprosessin ajan ja heiltä saimme useita hyviä neuvoja työn toteuttamiseen. Toivomme, että tämä tutkimus antaa selkeän kuvan siitä, miten hyödyllisiä ja kuntoutumista tukevia ennaltaehkäisevät hoitajaksot ja intervallihoidot ovat Espoon A-klinikan asiakkaille.

## LÄHTEET

- Aahos Marjatta 2008. Katkaisuhoidon johtaja Marjatta Aahoksen haastattelu Espoon A-klinikan katkaisuhuoltoasemalla 9.2.2008.
- Aalto, Kirsti 2009. A-klinikan johtajan Kirsti Aallon haastattelu 16.6.2009
- A-klinikkasäätiö 2009. A-klinikkasäätiön toimintakertomus 2008. A-klinikkasäätiö.
- Dahl Päivi & Hirschovits Tanja 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Helsinki
- Essel Suvi 2009. Espoon A-klinikan katkaisuhoidon ohjaajan Suvi Esselin haastattelu 21.5.2009.
- Espoon A-klinikka 2009. Espoon A-klinikan www-sivu [www.a-klinikka.fi/espoo](http://www.a-klinikka.fi/espoo). Viitattu 20.8.2009.
- Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2008. Espoon A-klinikan katkaisuhoidon perehdytyskansio. Kansio Espoon A-klinikan hallussa.
- Espoon A-klinikka ja katkaisuhuolto 2009. Espoon A-klinikan ja katkaisuhoidon toimintakertomus 2008. A-klinikkasäätiö.
- Fisher, Maurice S 2006. Groups for substance abuse treatment. Teoksessa Garvin, Charles D & Gutiérrez, Lorraine M & Galinsky, Maeda J. Handbook of social work with groups. New York; The Guildford Press, 259–260.
- Foster, J.H., Marshall, E.J. & Peters 2000. Outcome after in-patient detoxification for alcohol dependence: a naturalistic comparison of 7 versus 28 days stay. Alcohol and Alcoholism Vol. 35, Nro. 6, Medical Council on Alcoholism, 580-586.

- Gitterman, Alex 2006. The mutual aid model. Teoksessa Garvin, Charles D. & Gutiérrez, Lorraine M. & Galinsky, Maeda J. Handbook of social work with groups. New York; The Guildford Press, 93–110.
- Halonen Pia & Paakeli-Kurronen Pirkko 2006. P ihdehoitoty n auttamismenetelm t katkaisuhuolto-osastolla: asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Progradu Kuopion yliopisto
- Hietalinna-yhteisö 2009. Hietalinna-Yhteisön www-sivu <http://www.hietalinna.fi/hoito/yhteisoellisyys/>. Viitattu 15.3.2009.
- Hietalinna-yhteisö 2009. Hietalinna-Yhteisön internetsivut.
- Hinkka, Terhi, Koivisto, Juha & Haverinen Riitta 2006. Kartoittava kirjallisuuskatsaus sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista ja niiden vaikutuksista. Helsinki. Stakes
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi
- Huoponen, Kaarina, Peltonen, Heidi, Mustalampi, Saini & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 1998. Ehkäisevää päihdetyötä tukevien ohjelmien käyttö koulussa. Helsinki. Stakes.
- Huttunen Sanna 2009. Espoon A-klinikan katkaisuhoidon ohjaajan Sanna Huttusen haastattelu 10.5.2009.
- Häkkinen Ilmo 2008. A-kiltojen liiton Etelä- ja Kaakkois-Suomen alueellisen koordinaattorin ja toiminnanohjaajan Ilmo Häkkisen haastattelu puhelimesta 14.10.2008.
- Inkinen Maria, Partanen Airi & Sutinen Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki. Tammi
- Irti Huumeista ry 2009. Irti huumeista ry:n www-sivu <http://www.irtihuumeista.fi/index.phtml?s=38>. Viitattu 20.4.2009.
- Jauhiainen, Riitta & Eskola, Marjatta 1994. Ryhmäilmiö. Perustietoa ryhmän käytöstä ja ryhmätyöstä sosiaalityöhön sovellettuna. Helsinki. Wsoy.
- Joki-Sipilä Maarit & Laakso Marjatta 2001. Älä jää yksin –  l  jätä yksin. Helsinki. Helia.
- Kalliolan settlementti 2009. Kalliolan settlementin www-sivu [www.kalliola.fi](http://www.kalliola.fi). Viitattu 15.2.2009.
- Kiianmaa Kalervo & Seppä Kaija 1998. Teoksessa Päihdelääketiede 1998, Salaspuro, Kiianmaa & Seppä. Helsinki. Duodecim.
- Kouvolan A-klinikka 2009. Kouvolan A-klinikan www-sivu [www.a-klinikka.fi/kouvola/AKLINIKKAHOITOTARKKA.htm](http://www.a-klinikka.fi/kouvola/AKLINIKKAHOITOTARKKA.htm). Viitattu 25.4.2009.
- Kähäri-Wiik, Kaija, Niemi Aira & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki Wsoy.
- Laitinen Kalevi & Mäkelä Rauno 1998. Teoksessa Päihdelääketiede 1998, Salaspuro, Kiianmaa & Seppä artikkeli Alkoholiriippuvuus ja muu psyykkinen sairastavuus. Helsinki. Duodecim
- Lappalainen-Lehto, Riitta, Romu, Maija-Liisa & Taskinen Mailis 2008. Haasteena p ihdeet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki. Wsoy.
- Liias, Tomi-Pekka 2000. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien päihdekuntoutus Järvenpään sosiaalisairaalassa. Järvenpään sosiaalisairaala.
- Matinlauri Timo 2002. Intervallihoito osana psykiatrista kuntoutusta. Väitöskirja Oulun yliopisto.

- Munck Joonas 2008. Helsingin Kaupungin sosiaalivirasto Tervalammen yhteisön vastaavan sosiaalityöntekijän Joonas Munckin haastattelu puhelimes-  
sa 4.11.2008.
- Norro Kari 2008. Tervalammen Kartanon päihdekonsultti-terapeutin Kari Norron  
haastattelu puhelimesta 4.11.2008.
- Puonti Marja-Liisa 2008. Kalliolan Kiskon klinikan johtajan Marja-Liisa Puontin  
haastattelu puhelimesta 14.10.2008.
- Päihdehuoltolaki 41/1986, 3§,7§,8§,10§,13§,16§  
Päihdelinkki 2008. Päihdelinkin internetsivut.  
[http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoito.](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoito) Viitattu  
25.6.2008.
- Rautavuori Timo 2008. Ridasjärven Päihdehoitokeskuksen johtavan sosiaalityön-  
tekijän Timo Rautavuoren haastattelu puhelimesta 16.7.2008.
- Rinta-Pollari Sinikka 2008. Järvenpään Sosiaalisairaalan Miestenyhteisön Osas-  
tonhoitajan Sinikka Rinta-Pollarin haastattelu puhelimesta  
15.10.2008.
- Ruisniemi, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa.  
Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Väitöskirja. Tampe-  
reen yliopisto.
- Salonen Jari 2008. Vantaan kaupungin A-klinikan Katkaisuhoidon johtajan Jari  
Salosen haastattelu puhelimesta 13.11.2008.
- Savolainen Minna 2006. Asiakkaasta arvioijaksi, arvioiva laadullinen tutkimus  
katkaisuhoidosta. Kuopion yliopisto pro gradu.
- Seppä Kaija 2003. Teoksessa Päihdelääketiede 2003, Salaspuro, Kiiänmaa & Sep-  
pä. Helsinki. Duodecim, 57.
- Seppä Kirsi 2005. Teoksessa Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja 2005, Rai-  
tasalo. Helsinki: Huume tutkimus seura ry
- Stakes, päihdetyöryhmä 2006 Laatu tähtää tavoittelemassa- Ehkäisevän päihdetyön  
laatukriteerit. Kuopio ja Helsinki: Stakes
- Stakes, päihdetyöryhmä 2008. Ehkäisy ja hoito - laadukkaan päihdetyön kokonai-  
suus. Helsinki: Stakes
- Stakes, päihdetyöryhmä 2005. Uuteen ehkäisevän päihdetyön malliin. Helsinki.  
Stakes
- Tuomola, Pekka 2003. Ryhmäterapia. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kii-  
änmaa & Kaija Seppä. Päihdelääketiede.2. uudistettu painos. Helsin-  
ki. Duodecim, 220–226)
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.  
Jyväskylä .Gummerus.
- Van der Stel, Jaap 1999. Ehkäisevän päihdetyön käsikirja. Gummerus Kirjapaino  
Oy. Jyväskylä.

## LIITE 1 Haastattelurunko

### Puolistrukturoidun temahaastattelunkysymykset

1. Asiakkaan ikä
2. Kuinka pitkään olet ollut Espoon a-klinikan asiakkaana?
  
3. Kuinka monella ennaltaehkäisevällä jaksolla olet ollut?
4. Ovatko jaksot sopivan mittaisia? Jos eivät niin mikä olisi sopiva mitta?
5. Mihin toimintaan osallistuminen (aamuryhmä, ohjaajaryhmä, akupunktio, kuvataideryhmä) on tuntunut mielisimmalta?
6. Oletko jaksojen aikana mieluummin omissa oloissasi lepäillen vai osallistut eri toimintoihin? Kumpi vaikuttaa omaan päihteettömyyteesi paremmin?
7. Tukeeko ryhmiin osallistuminen päihteettömyyttä? Jos tukee niin miten?
8. Tukevatko kahdenkeskiset keskustelut työntekijän kanssa päihteettömyyttä? Jos niin miten?

9. Tukevatko ennaltaehkäisevät jaksot päihteettömyyttä? Jos tukevat miten? Jos eivät, miten jaksoja voisi parantaa?
10. Miten ennaltaehkäisevien jaksojen sisältöä voisi parantaa?
11. Monta peräkkäistä ennaltaehkäisevää jaksoa olet suorittanut retkahtamatta?
  
12. Oletko edennyt intervallijaksoille?
13. Oletko suorittanut intervallijakson loppuun?
14. Onko intervallihoidon kokonaispituus (kuusi kuukautta) mielestäsi sopiva vai pitäisikö sen olla pidempi tai lyhyempi?
15. Mikä merkitys mielestäsi on sillä, että intervallihoitojakson ajaksi sitoutuu kirjallisesti pysymään raittiina?
16. Tukevatko jakson itsenäiset kirjalliset tehtävät ja niiden purku työntekijän kanssa päihteettömyyttä?
17. Miten intervallihoitojaksojen sisältöä voisi mielestäsi kehittää, että ne tukisivat päihteettömyyttä nykyistä paremmin?
18. Onko intervallihoitojakson suorittamisen jälkeen ollut helpompaa pysyä kokonaan tai osittain raittiina?
  
19. Miten päihteettömyyteen pyrkimiseen vaikuttaisi omalla kohdallasi se, ettei edellä mainittuja hoitomuotoja olisi vaan vaihtoehtona olisi ainoastaan perinteinen katkaisuhoidojaksolla oleminen?

## LIITE 2 Tutkimuslupa