

Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta

MARJO PENNONEN

Johdanto

Päihdehoidosta vastaavat Suomessa useat eri tahot ja organisaatiot. Perinteisesti hoidon kohteena ovat olleet pääasiassa alkoholiongelmista kärsivät henkilöt. Päihdehoito painottui aikaisemmin enemmän sosiaalityön ja sosiaalihuollon saralle, koska alkoholiongelmia pidettiin lähinnä juuri sosiaalisina ongelmina (Erkkilä & al. 2011). Terveyspalvelujen tarve ja lääkkehoidon osuus on kuitenkin vahvistunut huumeongelmien kasvun seurauksena 1990-luvulta lähtien (Murto 2002), jopa siinä määrin, että lääkkeettömissä hoidoissa on ollut pulaa asiakkaista (Erkkilä & al. 2011).

Päihdeongelmien monitahoisuuden vuoksi hoito toteutetaan usein tiimeissä, joissa työskentelee eri ammattiryhmien edustajia, kuten sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, ohjaajia ja lääkäreitä. Mielikuvat riippuvuuksien hoidosta voivat vaihdella koulutuksen ja kokemuksen mukaan, jolloin ammattiryhmien välille saattaa aiheutua kiistaa hyvästä hoidosta. Ongelmia yhteistyössä voi aiheuttaa myös eri alojen oma käsitteistö, joka saattaa vaikeuttaa ammattiryhmien yhteisymmärrystä (Väyrynen 2011). Yhteistyötä voi mutkistaa myös se, että vuosikymmenten tutkimuksista huolimatta yhtenäistä teoriaa riippuvuuksista ei ole pystytty muodostamaan.

Viime vuosina näitä häiriöitä on kuitenkin alettu tarkastella addiktiivisen käyttäytymisen eri ilmenemismuotoina. Addiktiolla viitataan monenlaista haittaa tuottavaan oireyhtymään, jolle on ominaista palkkiohakuksen toiminnan heikentynyt kontrolli (West 2006, 10). Eri tieteenalat kiistelevät kuitenkin edelleenkin siitä, miten parhaiten ehkäistä ja puuttua näihin ongelmiin. Hoitoalan ammattilaiset joutuvat siksi luomaan käsityksensä eri riippuvuuksista ja niiden hoidosta monelta taholta tulevien näkemysten, hoitoteologioiden ja erilaisten koulutustensa ris-

tipaineessa. (Griffiths & Duff 1993; Pennonen & Koski-Jännes 2010.) Onkin tärkeää selvittää mitä ammattilaiset päihdehoidoista ajattelevat, sillä heidän asiantuntijuudellaan on vaikutusta asiakkaan hoidon valintaan ja elämänhallintaan (Kuussaari 2006). Addiktio-termin yleistymisestä huolimatta käytän tässä artikkelissa pääasiassa termejä riippuvuus tai päihderiippuvuus, jotka ovat Suomessa vakiintuneet arkikieleen.

Näkemyserot ja piilevät ristiriidat hoitokentällä voivat vaikuttaa asiakkaan saaman hoidon laatuun. Tässä analyysissä kartoitetaan päihdealan ammattilaisilta kerättyjen puhelinhaastattelujen (n = 53) avulla sitä, minkälaisia käsityksiä heillä on päihdehoidoista ja niiden toimivuudesta ja onko ammattiryhmien välillä eroa näissä käsityksissä. Koska tutkimus tehtiin jo viittisen vuotta sitten, sen tuloksia verrataan lopuksi Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman (2009) ehdotuksiin ja niiden toteutumista koskevaan väliarvioon (Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2012).

Aikaisempi tutkimus

Tutkimus on jatkoa laajemmalle kyselytutkimukselle, joka koski päihdehuollon ammattilaisten käsityksiä eri riippuvuuksista (Pennonen & Koski-Jännes 2010). Kyseinen survey-tutkimus toi esille useita ammattiryhmäeroja. Kaikissa ryhmissä asiakasta pidettiin ensisijaisesti vastuullisena sekä riippuvuusongelmien synnystä että niiden ratkaisemisesta, joskin tämä tendenssi oli voimakkaampi terveys- kuin sosiaalialan koulutuksen saaneilla. Valtaosa lääkäreistä piti riippuvuuksia aivosairautena, kun taas muista ammattiryhmistä tällä kannalla oli vain 12–27 prosenttia. Terveysalan koulutuksen saaneet pitivät päihderiippuvuuksia myös muita useammin persoonallisuushäiriönä, kun sosiaalialan edustajat

hahmottivat ne pikemminkin yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamiksi elämäntavoiksi. (Mt.) Nämä havainnot antavat aiheen olettaa, että ammattiryhmäeroja esiintyy myös suhteessa siihen, mitä pidetään toimivana hoitona.

Hyvästä ja toimivasta hoidosta on esitetty monenlaisia ja usein ristiriitaisia väitteitä eri hoitollisten lähestymistapojen piirissä. Eri menetelmien toimivuutta on myös tutkittu useiden vuosikymmenien ajan satunnaistettujen kokeiden avulla. Yleinen päätelmä näistä tutkimuksista on se, että erilaisten huolella toteutettujen hoitomenetelmien tuloksellisuudessa ei ole juuri eroa (esim. Project MATCH 1997; UKATT Research Team 2008). Keskeisempää osaa hyvässä ja toimivassa hoidossa edustavat asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen liittyvät tekijät sekä työntekijän ominaisuudet (Ashton 1999) samoin kuin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi (McLellan & al. 1997). Suomessa yleisiä hoitoon vaikuttavia tekijöitä on viime vuosina tutkittu Tampereella professori Pekka Saarnion tutkimusryhmässä.

Katja Kuusiston ja kumppaneiden (2011) tutkimuksen mukaan huomiota pitäisi erityisesti kiinnittää asiakkaan itseensä kohdistettujen odotusten sekä hoito-odotusten parantamiseen, joka taas vaikuttaa positiivisesti hoidossa pysymiseen. Katja Kuusisto ja Pekka Saarnio (2012) havaitsivat, että hoidon jatkuvuutta ja vaikuttavuutta vahvistivat esimerkiksi asiakkaan ja terapeutin toimiva yhteistyösuhde sekä asiakkaan ja terapeutin myönteiset odotukset hoitoa kohtaan. Tytti Artkoski ja Pekka Saarnio (2013) puolestaan havaitsivat, että naisterapeutit suhtautuivat asiakkaisiin miesterapeutteja myönteisemmin. Ilmeni myös, että terapeutit, jotka käyttivät työssään useampaa kuin yhtä hoitomenetelmää, olivat muita positiivisempia.

Päihdetyöntekijöiden käsityksiä huumeongelmaisten hoidosta on käsitelty myös Kristiina Kuussaaren väitöskirjassa (2006), tosin erityistason työntekijöitä tutkimuksen vastaajista oli vain 17 prosenttia. Erityistason edustajien suhtautuminen huumeasiakkaisiin osoittautui tutkimuksessa perustasoa ymmärtäväisemmäksi. Vaikka hyvän ja huonon hoidon kriteereistä on saatu enenevästi tutkimustietoa, työntekijöiden omia käsityksiä näistä asioista ei ole juuri systemaattisesti tutkittu.

Aineisto ja menetelmät

Pääasiallinen tutkimusaineisto koostuu 104 ammattilaisen puhelinhaastatteluista, jotka täydensivät 520:ltä päihdetyön ammattilaiselta kerättyä, eri addiktioita koskevaa survey-aineistoa (Pennonen & Koski-Jännes 2010). Samoin kuin aiemmassa kyselytutkimuksessa, myös tässä täydentävässä haastatteluosassa kiinnostukseni kohdistui lähinnä päihderiippuvuuksien luonnetta ja hoitoa koskeviin näkemyksiin ja siihen, mistä asioista oltiin yhtä mieltä ja missä suhteissa ilmeni ammattiryhmäkohtaisia näkemyseroja. Haastateltavat olivat niitä kyselyyn vastanneita päihdetyöntekijöitä, jotka antoivat kontaktitietonsa mahdollista täydentävää haastattelua varten. Nämä aineistot kerättiin vuoden 2007 loppupuolella ja vuoden 2008 ensimmäisten kuukausien aikana.¹

Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli päihdehuollon työntekijöitä eri avo- ja laitoshoidon työpisteistä, mutta aineistoa kerättiin myös Rikosseuraamusviraston kautta vankiloiden ja kriminaalihuollon ammattilaisilta, jotka työssään kohtaavat ja hoitavat päihdeongelmaisia asiakkaita. Tässä analyysissä keskityn ainoastaan haastatteluaineiston tuloksiin.

Analyysissä käytetty aineisto koostuu 53 päihdealan ammattilaisen puhelinhaastattelusta, jotka on valittu 104 haastatellun ammattilaisen joukosta satunnaisotannalla muiden kuin lääkärin osalta. Aineiston rajaamiseen päädyttiin sen takia, että haastattelu oli kokonaisuudessaan melko laaja ja niiden kaikkien mukaan ottaminen olisi paisuttanut litteroitavan aineiston vaikeasti hallittavaksi. Survey-tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä (n = 13) haastateltavaksi lupautui vain neljä, joten he ovat kaikki mukana. Lisäksi mukaan tuli 15 sairaanhoitajaa, 9 sosiaalityöntekijää, 7 sosiaaliterapeuttia, 11 ohjaajaa sekä 7 yksikön johtajaa tai vastaavaa. Osanottajien vastauksia analysoidessani päätin noudattaa samaa logiikkaa kuin aiemmassa artikkelissa (Pennonen & Koski-Jännes 2010) eli yhdistin sosiaalityöntekijät ja sosiaaliterapeutit samaan sosiaalialan edustajien luokkaan. Vaikka valtaosa yksikön johtajistakin oli saanut sosiaalialan koulutuksen, katsoin tarpeelliseksi tarkastella heitä omana ryhmänään.

¹ Projektiin liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä on käsitelty mainitussa Pennosen ja Koski-Jänneksen (2010) artikkelissa.

Taulukko 1. Haastateltavien taustatiedot.

	Lääkäri n = 4	Sairaan- hoitaja n = 15	Sosiaali- työntekijä n = 9	Sosiaalite- rapeutti n = 7	Ohjaaja n = 11	Yksikön johtaja n = 7	Yhteensä
Sukupuoli							
Nainen	2	15	7	5	8	6	43
Mies	2		2	2	3	1	10
Ikä (v)							
24–35		4	5		2		11
36–45		6	1	3	5	1	16
46–55	3	4	2	3	3	3	18
yli 55	1	1	1	1	1	3	8
Työyksikkö							
Nuorten yksiköt		1	1	1	4		7
Rikosseuraamus		2	4	1	3		10
Huume- asiakkaat		6	1	1	1		8
Perinteiset avo- ja laitosyksiköt	4	6	3	5	3	7	28
Työkokemus							
n. 1 vuosi		1	1	1			3
2–5 vuotta	2	4	2		3		11
yli 5 vuotta	2	10	6	6	8	7	39

Haastattelukysymyksillä haluttiin täydentää ja syventää lomakekyselyn kautta saatua tietoa. Tässä artikkelissa on tarkoitus saada yleiskuva päihdetyöntekijöiden hoitoon liittyvistä ajatuksista. Hoitoa koskevat kommentit on koottu vastauksista, jotka koskivat useita eri kysymyksiä, esimerkiksi: Miten erilaiset päihdehoidot ovat toimineet? Mikä on mielestäsi paras tapa päästä eroon alkoholiongelmasta/huumeongelmasta? Mitä apua tai tukea pitäisi tarjota alkoholista/huumeista irti yrittävälle? Mitä toivot tai odotat oman yksikkösi tarjoamalta hoidolta? Hoidon laatua kommentoitiin siis monenlaisten kysymysten yhteydessä.

Koko perusjoukosta (N = 104) vain viisi ammattilaista haastateltiin kasvotusten ja loput – käytännön syistä – puhelimitse. Puhelinhaastattelu oli toimiva ratkaisu. Keskustelut olivat miellyttäviä ja informatiivisia. Tietoa ei tarvinnut kaivaa, vaan ammattilaiset vastasivat kysymyksiin mielellään. Osa heistä sanoi, että lomakekysymyksiin vastaaminen ja tällainen oman työn pohtiminen oli heille itselleenkin hyödyllistä. Ajoittain he huomasivat käyvänsä keskustelua siviili- ja työminänsä välillä yrittäen ymmärtää, mitä he oikeasti näistä asioista ajattelevat. Haastattelut kestivät noin 15–40 minuuttia, ja ne nauhoitettiin ja litteroitiin.

Aineiston analyysi

Käytän aineiston analyysimenetelmänä temaattista analyysia, joka jakaa muiden laadullisten menetelmien tapaan pyrkimyksen etsiä aineistosta toistuvia asioita, merkityksiä tai ilmiöitä ja muodostaa niitä yhdistäviä teemoja (Braun & Clarke 2006). Vaikka menetelmäni ei ole teoria-sidonnainen, hyödynnän grounded-teorian ajatusta etsiä vastausten taustalta teemojen lisäksi jonkinlaista perusjuonta.

Lähdin purkamaan haastatteluita aineistolähtöisesti. Halusin aluksi tietää, mitä päihdehoidoista ajatellaan eri ammattiryhmissä. Apuna aineiston luokittelussa ja koodauksessa käytin Atlas. ti 7-ohjelmaa. Litteroitua aineistoa lukiessani alkoi ammattilaisten puheesta löytyä eroja ja yhtäläisyyksiä. Koodasin hoitopuheesta erilaisia teemoja, kuten suhtautuminen asiakkaaseen, toimiva hoito, ei-toimiva hoito, hoidon kritiikki, oman yksikön vahvuudet ja heikkoudet ja toivomukset oman yksikön toiminnan suhteen. Seuraavaksi aloin koodata teemoista asioita, jotka liittyivät hoitoon positiivisia ja negatiivisia merkityksiä. Lopullisiksi pääteemoiksi valikoituivat hyvä hoito ja huono hoito. Hyvä hoito liittyy siihen, mitä aineiston ammattilaiset pitävät tärkeänä ja toimivana hoitotyössä ja huono hoito puolestaan siihen, mikä heidän mie-

Taulukko 2. Hyvään hoitoon liittyvät teemat päihdealan ammattilaisten hoitopuheessa.

	Lääkäri n = 4	Terveystieteiden hoitoalan edustaja n = 15	Sosiaalialan edustaja n = 16	Ohjaaja n = 11	Yksikön johtaja n = 7	Yhteensä
Yksilöllinen hoito	2	15	9	3	5	34
Asiakkaan motivointi	2	8	11	6	4	31
Pitkäkestoinen hoito	2	9	6	8	4	29
Asiakkaan oma motivaatio	2	3	9	4	3	21
Palvelujen moni- muotoisuus		7	8	3	3	21
Toiminnallisuus ja arjen hallinta	1	2	2	10		15
"Hoitotiimin" yhteistyö	4	2	3	2	2	13
Yhteensä	13	46	48	36	21	164

lestään ei toimi ja aiheuttaa ongelmia hoitokentällä. Nämä kaksi pääteemaa ja niiden alateemat muodostavat ns. lopullisen temaattisen kartan, joka aukeaa tulosluvussa. Laskin myös aineistosta, kuinka moni (esim. 4/4) kunkin ammattiryhmän edustajista toi esille yhteneväisiä teemoja sijoittuen siten samaan temaattiseen kategoriaan.

Tulokset

Hyvä hoito

Suurin osa tämän aineiston ammattilaisista ajattelee päihdehoidoista laaja-alaisesti. Hoitopuheessa useimmin esiin tulleet asiat (taulukko 2) liittyivät ammattilaisen ja asiakkaan motivoituneisuuteen, asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaiseen hoitoon ja pitkäkestoisen hoidon tarkeyteen. Esitän seuraavassa teemoihin liittyviä kommentteja niiden yleisyysjärjestyksessä.

Yksilöllinen hoito. Kaksi kolmasosaa ammattilaisista (34/53) toteaa, että kaikille ei sovi samanlainen hoito. Päihdeongelmainen voi olla varhaisvaiheen suurkuluttaja tai henkilö, joka on juonut todella pitkään, jolloin elämä voi olla täysin sekaisin ja täynnä ongelmia. Huumeriippuvaisen yhteiskunnassa eläminen taas voi olla hyvinkin puutteellista, koska päihdeiden käyttö aloitetaan usein nuorena. Hoidon tarve ja laatu riippuvat pitkälti ihmisen tilanteesta ja henkilökohtaisesta päihdehistoriasta. Kaikki terveydenhoitoalan edustajat (15/15) korostavat hoidon yksilöllisyyden merkitystä kommentteissaan.

(...) mennään sen asiakkaan tavoitteiden mukaan (...) ettei työntekijä voi kertoa tai sanoa et näin on oikein,

tee näin, vaan se on sen asiakkaan oma tavoite ja tuetaan niinku siinä (...)

350, sairaanhoitaja

Myös yksikön johtajien (5/7) ja sosiaalialan edustajien (9/16) puheenvuoroista selviää, että he pitävät tärkeänä tarpeenmukaista hoitoa. Olennaista on myös se, että autetaan asiakasta ”löytämään oma tavoite” (# 2, sosiaaliterapeutti) ja etenemään välitavoitteiden kautta niin, että voi ”kasvaa siinä prosessissa ja kuntoutua omassa rauhassa” (# 473, sairaanhoitaja). Hoidon tulee edetä asiakkaan tilanteen ja toiveiden mukaan, mikäli tämä vain itse pystyy itsestään vastaamaan.

Turha antaa hoitoa mitä ihminen ei toivo tai halua (...). Et ainoo jos tilanne on sellanen et ihminen ei pysty kantamaan vastuuta itsestään sit ehkä lievästi vastentahtoiset hoidotkin (...)

241, yksikön johtaja

Jotkut asiakkaista haluavat muuttua ja toiset tarvitsevat vain helpotusta päihdehaittoihin. Molemmille on kuitenkin oltava tarjolla jotain, josta he voivat hyötyä.

Asiakkaan motivointi. Haastatteluissa asiakkaan motivointiin liittyviä asioita (31/53) pidettiin ensisijaisen tärkeinä. Sairaanhoitajan (# 362) mielestä on tärkeää, että asiakasta motivoidaan pitkäjänteiseen työskentelyyn. Vaikka asiakkaalla itsellään toivotaan olevan motivaatiota, on ammattilaisilta ehdottomasti löydyttävä voimavaroja ja ymmärrystä asiakkaan tukemiseen.

(...) pitäis olla motivoituneita ihmisiä vastassa jotka ymmärtää kontaktin luomisen merkityksen (...) jotka osoittaa omalla työllään sen, että he tekee sitä todella täysin rinnoin auttaakseen ja kulkeakseen toisen kanssa.

256, sosiaalityöntekijä

(...) et tavallaan se toimii että kuulee ja antaa tilaa ja motivoi.

233, sosiaaliterapeutti

(...) kaikki ihmiset on motivoituneita jonkun asian suhteen, se on haaste meille työntekijöille et me löydetään se (...) eli käyttää sitä motivaatiota mikä ihmisellä on, esim. kunnan kohotus, niin suhteutettuna siihen kokonaisuuteen ja tavoitteisiin (...)

347, yksikön johtaja

Muissakin ammattiryhmissä motivoinnin merkitys tulee esille, mutta ei aivan yhtä usein. Ohjaaja (# 242) on vakuuttunut siitä, että jos työntekijä uskoo asiaan ja kohtaa innolla asiakkaan, niin itse menetelmällä ei ole niin väliä. Lääkäri (# 25) puolestaan korostaa potilaan hetkellisenkin motivaation ”ruokkimista”, koska ei riitä, että hoito vain jatkuu. Ammattilaisten on kyettävä olemaan herkkiä huomaamaan asiakkaan orastava motivaatio tai yritettävä löytää keskustellen häntä kiinnostavia elämän alueita, joiden avulla siten motivoidaan muutokseen.

Pitkäkestoinen hoito. Yli puolet ammattilaisista (29/53) uskoo, että pitkäkestoinen hoito antaa paremman mahdollisuuden päästä irti päihteistä. Vaikeasti riippuvaiset henkilöt tarvitsevat kunnan irtioton päihdemaailmasta. Tosin päihdeuraa aloittavienkin elämä voisi saada toisen suunnan, jos asioihin puututtaisiin heti järeämmin (# 22, sairaanhoitaja). Useimmiten hoitoaikojen pituuden puolesta puhuivat ohjaajat (8/11), mutta pitkän hoidon hyötyjä tuotiin esille myös muissa ammattiryhmissä.

(...) mihin saatas jotenkin tää asiakas sitoutumaan, semmoseen pidempiaikaseen ja aktiiviseen, itsensä kanssa työskentelyyn (...)

391, sosiaalityöntekijä

Pitkäkestoisen hoidon ei välttämättä tarvitse tapahtua laitoksessa, vaan se voi olla myös laitos- ja avohoitujen yhdistelmä erilaisten hoitojen jatkumona.

(...) hoitoketju missä olisi katkaisu ja vieroitushoitoa, lyhyttä ja pidempää ja sitten ongelmasta riippuen, kuntoutusjakso missä on kaikenlaiset hoitomuodot, ja sitten jatkoseuranta, pitkä ketju.

40, lääkäri

Asiakkaan oma motivaatio. Asiakkaan omaa motivaatiota peräänkuuluttaa noin 40 prosenttia ammattilaisista (21/53). Hoitoon sitoutuminen on yksilöllistä ja toipuminen päihdeongelmasta voi kestää vuosia, mikä voi tarkoittaa kymmeniä katkaisuhoitokertoja ja pitkiä laitoshaitoja. Osa ammattilaisista ajattelee, että kaikki hoidot ovat kuitenkin turhia, jos ei ole omaa halua muutokseen.

Eli todellinen motivaatio on aina se ykkönen. Jos sitä ei ole, mikään hoito ei ole tarpeeksi täydellinen koska jos ei ole sitä omaa päätä siinä mukana (...)

470, sosiaalityöntekijä

(...) kun ihminen päättää, että ylipäänsä haluaa eroon käyttömaailmasta, niin siinä vaiheessa toimii hyvin monenlainenkin (...)

304 ohjaaja

Palvelujen monimuotoisuus. Noin kaksi viidesosaa ammattilaisesta (21/53) ajattelee, että päihdepalvelujen tarjonnan tulisi olla monipuolista. Etenkin sosiaalialan (8/16) ja terveydenhoitoalan (7/15) edustajien mielestä ihmisten erilaiset tarpeet vaativat monimuotoisia päihdepalveluita.

Osa hyötyy varmaan supporttiivisesta (...) aika kevyistäkin jutuista (...) se kirjo vois olla hirveen laaja.

362, sairaanhoitaja

Useimmat hyötyvät erilaisista hoitoyhdistelmistä, ryhmä, yksilö, lääkkeellisen hoidon (...)

226, sosiaalityöntekijä

Asiakkaan ja ammattilaisen neuvottelun kautta jokaiselle voidaan räätälöidä omannäköinen hoitopaketti. Tällaista toimintaa kutsutaan palveluohjaukseksi. Eräs sosiaalityöntekijä (# 474) kuvaa hyvää hoitoa sellaisena, jossa yksilön tarpeiden mukainen monipuolinen apu ja tuki elää ongelman luonteen ja sen vähenemisen rinnalla.

Toiminnallisuus ja arjen hallinta. Lääkärinen, sosiaalialan edustajien ja yksikön johtajien puheissa tätä teemaa ei spontaanisti oteta esille. Erityisesti ohjaajien hoitopuheessa keskitytään muita ryhmiä enemmän konkreettiseen tekemiseen ja arjen hallintaan (10/11). Arjen hallinnan näkökulma lähtee arjen muutoksista ja elämänhallinnan opettelusta, jota päihderiippuvaisille painotetaan. Ohjaajat painottavat oman työnjaollisen tehtävänsä mukaan toiminnallisuutta, joka on tärkeä osa päihdetyötä. Toiminnallisuus voi auttaa erityisesti nuoria, joilta voi puuttua sekä kykyä puhua tunteistaan että myös työllistymiseen tarvittavia käytännön taitoja.

Koska jollekin 17-vuotiaalle (...) noista tunnepuolen asioista kun ei välttämättä ole eväitä keskustella yhtään. Et toiminnan kautta pääsee sen nuoren elämänrytmiin paremmin kiinni ja siinä pystyy niitä asioita käsittelemään (...)

216, ohjaaja

Vastaavia ongelmia voi esiintyä myös muilla kuin nuorilla, minkä vuoksi vaihtoehtoja puhumiseen perustuville hoidoille pitäisi olla enemmän tarjolla (# 341, sairaanhoitaja).

Hoitotiimin yhteistyö. Enemmistö ammattilaisista työskentelee yksiköissä, joissa tehdään ammatillista yhteistyötä. Tämä teema ei kuitenkaan ole aineistossa keskeisellä sijalla muilla kuin lääkäreillä. Lääkärien puheessa korostuu juuri hoidollinen, yhdessä tekemisen näkökulma, joka liittyy vastuuseen asiakkaan hyvästä hoidosta. Päihdeongelman hoidossa on otettava huomioon henkilön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne. Lääkärit (4/4) ovat yksimielisiä siitä, että silloin kun henkilöllä on pitkälle edennyt päihdeongelma, hoitamiseen ei riitä vain yhden henkilön panos vaan hoidon toteuttamiseen tarvitaan eri alojen ammattilaisista koostuva yhteisymmärryksessä toimiva hoitotiimi. Lääkehoito ei siis yksin riitä (# 40, lääkäri).

Ammattilaisten yhteistyö vilahtelee jonkin verran muidenkin ammattiryhmien puheessa.

(...) mä kannatan sellasta moniammatillisuutta ja sellasta joustavaa et kysytään toiselta näkemystä... et osataan käyttää se toisenkin ammattitaito hyödyksi.

37, yksikön johtaja

Huono hoito: ristiriidat hoitotyössä

Huono hoito ilmenee hoitopuheessa esimerkiksi kritiikkinä vallitsevia oloja, tapoja tai menetelmiä kohtaan (taulukko 3). Eniten ristiriitoja hoitotyössä aiheuttavat erityisryhmien hoidon tarpeisiin vastaaminen (14/53) sekä lääkkeiden käyttö joko korvaushoitona (12/53) tai muuten hallitsemattomana lääkintänä (7/53).

Ristiriita erityisryhmien tarpeiden ja hoidon tarjonnan välillä. Osa työntekijöistä arvostelee hoitoa siitä, että se ei ota riittävästi huomioon erityisryhmien tarpeita. Esimerkiksi naisten henkilökohtainen hoito ei toteudu hyvin, sillä tarjolla oleva laitoshoido huomioi paremmin miesten tarpeet.

Hoito on enemmän suunniteltu miehille suurimmasa osassa hoitokoteja. Se on enemmän kunnan kohottamista, kun naiset taas on erilaisia, paljon enemmän kaipaa keskustelua, kun miehille riittää ulkoinen.

504, yksikön johtaja

Vankilassa naisten päihdehoito on avopuoltakin vähäisempää ja edellyttäisi siten asiaan puuttumista (# 444, ohjaaja). Nuoret ovat myös yksi väliinputoaja päihdehoidon kentässä. Hoitoa tarjoavia paikkoja on vähän, ja työntekijöiden ammatillinen osaaminenkin on vaillinaista. Etenkin mielenterveys-päihdetyön ammattilaisten puutetta nuorisopuolella valitellaan (# 15, ohjaaja).

(...) mutta se on muutenkin ehkä semmonen lapsenkengissä oleva alue se nuorten päihdehoito... Suomessa se valikoima on hirveen suppee, että mihin voi edes mennä alaikäisenä hoitoon. Melkeen tuntuu et ne on sit perhekoteja ja näin, mut kuinka laajaa se päihdeosaaminen sit on niissä, se on aina vähän kysymysmerkki.

380, sairaanhoitaja

Päihdetyön osaamista toivotaan enemmän myös lastensuojelulaitosten henkilökunnalle (# 216, ohjaaja), mutta myös aikuispsykiatrian puolelta puuttuu päihdeosaamista ja vastaavasti päihdepuolelta mielenterveysosaamista. Sosiaaliterapeutti (# 428) harmittelee sitä, että asiakkaiden mielenterveysongelmat saattavat jäädä hoitamatta, kun heitä pallotellaan laitoksesta toiseen. Tämä ongelma oli paljon esillä vuosina 2007–2008, mutta siihen on tartuttu vahvemmin viime vuosina. Nähtäväksi jää, miten tässä onnistutaan.

Korvaushoidon puolesta ja sitä vastaan: ristiriita tavoitteista. Monen ammattilaisen mielestä korvaushoito ylläpitää päihderiippuvuutta. Yksittäisellä huumeiden käyttäjällä voi myös olla väärä käsitys korvaushoidon mahdollisuuksista auttaa irti ongelmasta, ja osa taas voi toivoa hoitoa siksi, ettei ikinä enää tarvitsisi tuntea vieroitusoireita.

Taulukko 3. Ristiriitoja aiheuttavat teemat päihdehoidossa.

	Lääkäri n = 4	Terveyden- hoitoalan edustaja n = 15	Sosiaalialan edustaja n = 16	Ohjaaja n = 11	Yksikön johtaja n = 7	Yhteensä
Erytisryhmien hoitotarpeet ja tarjonta	1	4	4	4	2	15
Korvaushoito	2	4	3	2	1	12
Yhtenäisen hoitolinjan ja -suositusten puute	4	3	2	1		10
Hallitsematon lääkintä		5	1	1		7
Yhteensä	7	16	10	8	3	44

Ja sitten tää korvaushoito, no se on todettu tehokkaaksi, mutta sehän ei ole muuta kuin riippuvuuden jatkamista ja ylläpitämistä. Se ei ole apukeino, jos haluaa luopua kokonaan riippuvuudesta.

222, lääkäri

Osa ammattilaisista näkee korvaushoidon kuitenkin hyvänä asiana silloin, kun tilanne sitä oikeasti vaatii. Päihderiippuvaisilla voivat asiat olla niin solmussa, että he eivät itse näe poispääsyä epätoivoisesta elämästään. Korvaushoitoihin pääsyn helpottumista pidetään hyvänä myös haittojen minimoinnin näkökulmasta (# 473, sairaanhoitaja).

Osa ammattilaisista on huolissaan niistä huumeriippuvaisista joiden hoito epäonnistuu. Uloslyöntimentaliteetti on tosi rankka (# 217, ohjaaja). Sääntöjen ankaruutta etenkin huumeongelmaisten hoidossa pidettiin arveluttavana, koska hoidosta pois joutuminen aiheuttaa uuden päihdekierteen muine ongelmineen.

Arvostelua herättää myös se, että apua hakee suuri joukko ihmisiä, joita ei vastaanoteta missään. Viimeksi heidät sitten ohjataan poliklinikalle, jossa ei myöskään ole resursseja heitä auttaa. Poliklinikka edustaa silloin ”kaatopaikkaa”, jonne ihmisiä lähetetään, ”kun heille ei mitään muuta enää keksitä” (# 380, sairaanhoitaja).

Lääkintää koskevat ristiriidat muun hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä. Lääkkeisiin keskittävää hoitoa, ilman henkilökohtaista hoitosuhdetta (7/53), ei pidetä toimivana. Lääkitseminen ei silloin pysy hallinnassa eikä ole todellisen tarpeen mukaista.

Jos menee esimerkiksi nettomuudesta, paniikista, ahdistuksesta yksityiselle tai terveyskeskukseen, annetaan lääkettä siihen eikä selvitetä sitä että sillä on hirveä *päihdeongelma*. Nää kaikki on oireita siitä jos on hetkenkin aikaa käyttämättä. Ollaan niin lääkemynteisiä.

373, sairaanhoitaja

Ohjaajan (# 464) mielestä lääkepainotteinen hoito on kaikkein huonoin vaihtoehto, koska se ylläpitää ihmisen mielikuvaa siitä, että kemiallisilla aineilla voisi ratkaista elämän ongelmia. Hoidoista ei ole hyötyäkään, jos asiakkaat käyttävät jatkuvasti kaikkia heille määrättyjä lääkkeitä.

Kaikkeen on lääke. Jos kivistää, on paha mieli, se ei ole enää normaalia että ihminen on surullinen (...) terapiaa olisi erilaisia, mutta ne ei auta jos ihminen on sekaisin, tai sit on lääkkeet. Monta kertaa käydään terapiassa ja sit on diapami- tai subutex-lääkitys, ei terapia auta (...)

373, sairaanhoitaja

Lääkäreiltä odotetaan enemmän vastuuta ja harkintaa lääkkeiden määräämiseen. Sairaanhoitaja (# 303) toivoo, että lääkkeitä käytettäisiin vähemmän ja että lääkitykseen saataisiin enemmän selkeyttä. Toinen hoitaja (# 302) ilmaisee erityistä huolta rauhoittavien lääkkeiden määräämisestä nuorille. Sosiaaliterapeutti (# 428) muistuttaa myös, että joistakin lääkkeitä voi lyhytaikaisestikin käytettynä aiheuttaa riippuvuutta.

Tiimityön ongelmana yhtenäisen hoitolinjan ja selkeiden hoitosuosituksen puute. Vaikka lääkärit pitävätkin tärkeänä eri ammattiryhmien yhteistyötä, se ei aina toimi heidän mielestään ongelmitta. Asiakasta hoitavan henkilökunnan välille toivotaan hieman parempaa yhteisymmärrystä ja yhteistä hoitolinjaa (3/4), kun valtaosa asiakkaita tapaa kuitenkin useamman ammattiryhmän edustajia hoidossa ollessaan.

Lääkärit voivat koulutuksensa mukaisesti painottaa muita enemmän lääketieteeseen perustuvaa hoitoa ja vähemmän ns. ”pehmeitä” hoitomuotoja. Yksi lääkäreistä (# 222) pitää vaihtoehtolääketiedettä turhana, vaikka on yksittäisiä potilaita, jotka saavat siitä avun. Hänen mukaansa ”tästä aiheesta usein riidellään A-klinikalla, mutta hyvässä hengessä”.

Kaikkiaan neljä ammattilaisista kaipaa selkeitä hoitosuosituksia työhönsä.

Eli käytännön neuvoja päihdelääkäreille, hoitolinja (...). Samalla tavalla on masennuskriteerit olemassa, oli sitten missä vain. Samalla tavalla pitäisi olla päihdeille ja niitten mukaan tehdä hoitosuunnitelma. Minun mielestäni hoito on nyt puutteellista (...) tarkoitan tiedollista osaa (...) riippuu vaan hoitolaitoksesta, missä laitoksessa on hoidettavana ja missä kaupungissa, ja kuka lääkäri on ja ketkä on työttömissä (...). Eli päihdelääkärin käsikirja puuttuu.

25, lääkäri

Eräs aiemmin terveysasemalla työskennellyt sairaanhoitajakin kaipaa selkeitä hoitosuosituksia. Nyt työskennellessään päihdetyössä sosiaalipuolella hänestä tuntuu, että toimintatavat eivät ole johdonmukaisia. Asiakkaiden omaa vastuutakin korostetaan, mutta sen sisältö jää epämääräiseksi monissa kuntoutusyksiköissä.

Selkeämpiä käypähoitosuosituksia tarvitaan jo päihdeasiakkaiden oikeusturvan takia, sillä päihdehoidon asiakkaiden kyky reagoida huonoon kohteluun on kyseisen vastaajan mielestä selvästi heikompi kuin terveydenhuollon asiakkaiden.

Pohdinta

Tutkimuksen perusjuoni liittyi työntekijöiden käsityksiin hyvästä ja huonosta hoidosta. Tämän kysymyksen keskeisyys päihdetyöntekijöille näyttää ilmentävän ihmisille yleisestikin keskeistä kompetenssin tarvetta ja siihen liittyvää huolta. (Smith & Mackie 2007.)

Päihdealan ammattilaisten puheenvuorojen perusteella voidaan tiivistetysti sanoa, että eri ammattiryhmien näkemykset hyvästä hoidosta olivat enimmäkseen samansuuntaisia. Ne kävivät myös monessa suhteessa yhteen sen kanssa, mitä nykyinen tutkimustieto asiasta sanoo (ks. esim. Sellman 2010).

Joitakin selviä ammattikuntaakohtaisia painoituksia aineistossa kuitenkin erottui. Yksilöllisen hoidon tärkeyttä korosti kaksi kolmasosaa kaikista haastatelluista (vrt. McLellan & al. 1997), mutta terveydenhoitoalan edustajista sitä korosti jokainen. Sosiaalialan edustajien puheessa korostui yksilöllisen hoidon ohella myös asiakkaan kokonaisvaltainen auttaminen (ks. esim. Laitila-Ukkola 2005). He painottivat myös motivointiin pystyvän ammattitaitoisen henkilökunnan merkitystä (vrt. Miller & Rollnick 2002). Asiakkaan omaa motivaatiotakin pidettiin tärkeänä, mutta jos se on hukassa, on hoitohenkilökunnan kyettävä löytämään sellaisia asioita asiakkaan elämästä, joiden avulla hänet pidetään kiinni kuntoutumisprosessissa.

Yli puolet haastatelluista piti hyödyllisenä pitkäkestoista hoitoa, joka ei tarkoita vain laitoshoittoa vaan ns. hoitojatkumoa, joka suunnitellaan asiakkaan kuntoutumista tukemaan. Hoidon jatkuvuudelle pikemminkin kuin intensiteetille löytyy myös tutkimustukea (Moos & Moos 2003). Noin kolmanneksen mielestä ihmisten erilaiset tarpeet vaativat monipuolista hoitotarjontaa. Aiemman suomalaistutkimuksen mukaan muita positiivisemmat terapeutit käyttävät useampaa hoitomenetelmää työssään (Artkoski & Saarnio 2013). Useissa tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että esimerkiksi asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhteen laatu voi vaikuttaa hoidon tuloksellisuuteen ja jatkuvuuteen enemmän kuin itse hoitomenetelmä (Kuusisto & Saarnio 2012; Meier et al. 2005). Lääkärit puolestaan kaipasivat yhtenäistä hoitolinjaa ja selkeitä hoitosuosituksia tai jopa päihdelääkärin käsikirjaa, mikä liittyyneen heidän professionsa erityisesti korostamaan vaatimukseen näyttöön perustuvasta hoidosta.

Vaikka päihdetyöntekijöiden käsitykset etenkin hyvästä hoidosta olivat enimmäkseen samansuuntaisia, näkemyserojakin ilmeni. Erilaiset näkemykset voivat hyvin toimivissa tiimeissä lisätä asiakkaan hoidon monipuolisuutta ja laatua, mutta jos niitä ei osata sovittaa yhteen, ne voivat synnyttää ylimääräistä kitkaa ja johtaa huonoon hoitotulokseen. Tässä tutkimuksessa ilmeni myös tällaisia huonoa hoitoa koskevia havaintoja, joista muutamia on syytä pohtia tarkemmin suhteessa käynnissä oleviin muutoksiin päihdetyön kentällä (esim. Mieli 2009–2015 -suunnitelma).

Selvin yhteistyön karikko näytti syntyvän lääkärin ja sairaanhoitajien lääkitystä koskevista näkemyseroista, mikä näkyi jo lomaketutkimuksen vastauksissa (Pennonen & Koski-Jännes 2010). Hoitajien mielestä lääkkeitä määrätään liian usein ja miettimättä tarkkaan asiakkaan kokonaistilannetta. Kaiken kaikkiaan osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että vallalla on yleinen lääkemyönteisyys, joka opettaa ihmiset lääkitsemään itseään silloinkin, kun ongelmaan voisi löytyä muunkinlainen ratkaisu (vrt. Karjalainen & Hakkarainen 2013). Kritiikin taustalla kuultaa huoli ns. medikalisaatiosta eli ei-lääketieteellisten ilmiöiden lääketieteellistämistä ja siitä, että asiakkaan huolien kuuntelemisen ja pitkällä tähtäimellä toimivampien ratkaisujen sijaan asiakkaille tarjotaan vain toinen, helpommin hallittava riippuvuus (ks. esim. Töyry & Tuomainen 2002).

Eniten huolta aiheutti erityisryhmien hoidon tarpeen ja tarjonnan välinen ristiriita. Kritiikkiä hoitoväeltä sai mm. naisten ja nuorten hoito, jotka molemmat ovat jääneet valtavirran jalkoihin. Osa ammattilaisista oli myös huolissaan nuoria hoitavien yksiköiden henkilökunnan päihdeosaamisesta. Myös Mieli-suunnitelman väliarvion mukaan nuorten päihdepalvelujen toiminnan laatua ja yhdenmukaisuutta on vielä tehostettava (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012). Tutkimusten mukaan naisten hoitoon hakeutumisen kynnys voi laskea ja hoidossa pysyminen parane, kun hoidossa otetaan huomioon naisten erityispiirteet ja -tarpeet (Ashley & al. 2003). ”Nais erityinen päihdetyö on lähestymistapa, ei niinkään yksittäinen työmenetelmä” (Nais erityinen päihdetyö..., 2010). Päihteitä käyttävät naiset ja äidit eivät aina saa tarpeeksi tukea ja ymmärrystä tilanteessaan, josta johtuen he eivät voi vapaasti kertoa tuntemuksistaan tai kokemuksistaan, pelkäämättä mahdollisia seuraamuksia.

Mieli-suunnitelman väliarviossakaan ei oteta kantaa erityisesti naisten tarvitsemaan hoitoon.

Tässä analyysissä ammattilaisten puheessa korostuu asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen ja hänen tarpeidensa huomioon ottaminen. Kyky motivoida asiakasta koettiin tärkeänä työvälineenä. Tarttumalla asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhteeseen ja häntä kuuntelemalla autetaan asiakasta löytämään omat tavoitteensa ja toiveensa ja annetaan päihdehoidon asiakkaalle ääni (Ehrling 2013). Siltä pohjalta voidaan myös päästä eroon siitä yleisestä käsityksestä, että päihdeongelmaiset eivät kykene osallistumaan hoidoista käytäviin keskusteluihin, koska he ovat ”epäkypsiä, addiktioidensa orjia” (Moskalewicz 2010). Mieli-ohjelman väliarvion perusteella asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia oman hoidon suunnitteluun on vielä edistettävä (Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2012). Motivaatio ja motivointi ovat asioita, joita kyseisessä ohjelmassa ei ole riittävästi huomioitu.

Kvanti- ja kvaliaineistojen yhdistäminen antaa päihdetyöntekijöiden mielipiteistä aiempaa kattavamman kuvan. Survey-tutkimuksessa esiin tulleet ammattiryhmäerot vähenivät ja haastattelujen kautta näyttäytyi työhönsä vakavasti suhtautuva päihdealan ammattilainen. Kyselytutkimuksessa suurin osa vastaajista piti riippuvaisista itseään ensisijaisesti vastuullisena sekä riippuvuudestaan että siitä toipumisesta. Haastattelu-

jen kautta näyttäytyi positiivisempi ja ymmärtäväisempi suhtautuminen asiakkaaseen.

Kyselytutkimuksessa mielipide-eroja tutkittiin strukturoidun lomakkeen avulla, jolloin valmiit vastausvaihtoehdot vähensivät mahdollisuutta vastata yksilöllisesti. Laadullisessa tutkimuksessa puolestaan osanottajat saivat itse esittää omat näkemyksensä mm. toimivasta ja ei-toimivasta hoidosta.

Tällä analyysillä olen halunnut tuoda esille sitä hiljaista tietoa, jota erityistason päihdetyöntekijöillä on omasta työstään ja asiakkaiden tilanteesta. Tulosten edustavuutta voi kuitenkin rajoittaa mm. se, että lääkäreitä oli vain neljä ja haastateltaviksi todennäköisesti tarjoutui tavallista enemmän juuri niitä päihdehoidon ammattilaisia, jotka muutenkin pohtivat enemmän suhdettaan omaan työhönsä ja asiakkaisiin. Vaikka haastatteluja tehtiin kaikkiaan yli sata, litteroitu aineisto rajattiin noin puoleen. Valitsemalla litteroitavat vastaajat muiden kuin lääkärien osalta satunnaistamalla, pyrin torjumaan vaaran poimia esille vain hyvin asiansa ilmaisevien työntekijöiden näkemyksiä.

Artikkelissa käytettyjen päihdeammattilaisten haastattelujen ajankohdasta (2007–2008) on jonkin aikaa, ja moni asia on sittemmin muuttunut tai muuttumassa (esim. Mieli-suunnitelma 2009–2015). Useimmat analyysissä esiin tulleet asiat ovat käsitykseni mukaan silti edelleen ajankohtaisia.

KIRJALLISUUS

Artkoski, Tytti & Saarnio, Pekka: Therapist’s gender, femininity and masculinity: Impact on attitudes toward clients in substance abuse treatment. *Journal of Addiction* (Article ID 591521), 2013.

Ashley, Olivia & Marsden, Mary & Brady, Thomas: Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29 (2003): 1, 19–53.

Ashton, Mike: Project Match: unseen colossus. *Drug and Alcohol Findings* (1999): 1, 15–21.

Braun, Virginia & Clarke, Victoria: Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2006): 2.

Ehrling, Leena: Kuuntele enemmän, kysele vähemmän. *Tiimi* 49 (2013), 3, 6–9.

Erkkilä, Elisabeth & Gråsten-Salonen, Hanna & Haavisto, Kari & Iivari, Juhani & Kananoja, Aulikki & Karjalainen, Pekka & Laiho, Kristiina & Lähteinen, Martti & Maidell, Hanna & Marjamäki,

Pirjo & Mehtiö, Mervi & Murto, Antti & Sarvimäki, Pirjo & Seppänen, Marjaana: Asiakasryhmäkohtainen sosiaalityö: Päihdetyö. Teoksessa Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.): *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma Oy, 2011.

Griffiths, Mark & Duff, Jane: Etiologies of excessive behaviour: A Study of non-professional peoples’ Beliefs. *Addiction Research* 1 (1993): 3, 199–206.

Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka: Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013): 5, 498–508.

Kuusisto, Katja & Saarnio, Pekka: Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. *Katsaus projektiin tuloksiin. Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012): 3, 290–301.

Kuusisto, Katja & Knuutila, Vesa & Saarnio Pekka: Self-efficacy and outcome expectations in clients:

- Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment* 10 (2011): 4, 157–168.
- Kuussaari, Kristiina: Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes, tutkimuksia 155, 2006.
- Laitila-Ukkola, Merja: Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? – Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. Lisensiaatintutkimus. Erikoissosiaalityöntekijän koulutus, kuntouttava sosiaalityö. Sosiaalityön laitos. Lapin yliopisto, 2005.
- McLellan, Thomas & Grissom, Grant & Zanis, David & Randall, Mary & Brill, Peter & O'Brien, Charles: Problem-service 'matching' in addiction treatment: A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry* 54 (1997), 730–735.
- Meier, Petra & Barrowclough, Christine & Donmall, Michael: The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 100 (2005), 304–316.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Julkaisuja 2012: 24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.
- Miller, William & Rollnick, Stephen: Motivational interviewing: Preparing people for change. Guilford Press, 2002.
- Moos, Rudolf & Moos, Bernice: Long term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 98 (2003), 325–337.
- Moskalewicz, Jacek: Commentary: The forgotten stakeholders in the drug treatment system – its addicted clients. *Nordic studies on alcohol and drugs* 27 (2010): 6, 613–616.
- Murto, Lasse: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 167–192, 2002.
- Pennonen, Marjo & Koski-Jännes, Anja: Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. *Janus* 18 (2010): 3, 208–224.
- Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58 (1997), 7–29.
- Sellman, Doug: The 10 most important things known about addiction. *Addiction* 105 (2010), 6–13.
- Smith, Eliot & Mackie, Diane: Social psychology, 3rd edition. New York, Hove, East Sussex: Taylor & Francis Group, 2007.
- Töyry, Eeva & Tuomainen, Raimo: Potilaan kokemuksen ymmärtäminen ja hoidon laatu – hoitotiede medikalisaation vastavoimana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39 (2002), 230–235.
- UKATT Research Team. UK alcohol treatment trial: client-treatment matching effects. *Addiction* 103 (2008), 228–238.
- West, Robert: Theory of Addiction. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2006.

Internet-lähteet

- Naisirityinen päihdetyö on lähestymistapa. Ajankoh- taista. Sininauhaliitto. http://www.sininauhaliitto.fi/verkkolehti/uutiset/lue_lisaa_uutisia/uutiset_2010/naisirityinen_paihdeyto_on_lahestymistapa/ (luettu 28.3.2014)
- Väyrynen, Sanna: Sosiaalinen päihdetyössä – näkymiä tulevaan. Professori Sanna Väyrysen luento syysseminaarissa 21.10.2011. (Sanna Väyrysen diat) http://www.talentia.fi/talentia/jasenyhdistykset/paihdeytoon_talentia (luettu 30.11.2012)

TIIVISTELMÄ

Marjo Pennonen: Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta

Analyysissa tarkastellaan erityistason päihdetyöntekijöiden (n = 53) puhelinhaastattelussa ilmenneitä käsityksiä hyvästä ja huonosta hoidosta. Mukana tutkimuksessa oli lääkäreitä, terveydenhuolto- ja sosiaalialan työntekijöitä, ohjaajia ja yksikön johtajia.

Eri ammattiryhmien näkemykset hoidosta olivat enimmäkseen samansuuntaisia, mutta joitakin painotuseroja voitiin myös todeta. Eniten hoitotiimin yhteistyötä korostivat lääkärit, mutta he kokivat puutteita senhetkisessä hoitolinjassa. Terveydenhuoltoalan edustajat korostivat asiakkaan yksilöllistä hoitoa, kun taas ongelmana he pitivät hallitsematonta lääkintää nähdessään työssään läheltä, miten eri lääkitykset asi-

akkaisiin vaikuttavat. Myös yksikön johtajat painottivat yksilöllisen hoidon tarpeellisuutta. Sosiaalityöntekijät puolestaan painottivat eniten asiakkaan motiivoinnin tärkeyttä ja moittivat erityisryhmille tarjotun hoidon laatua. Ohjaajien mukaan tärkeää oli erityisesti asiakkaan valmentaminen arjen hallintaan, joka on päihdeettömän elämän tavoittelussa tärkeää.

Painotuserot näyttivät heijastavan kunkin ammattiryhmän tehtäviä hoitotiimin työnjaossa ja heidän havaitsemiaan puutteita hoidon toteutuksessa. Vaikka haastattelut tehtiin jo joitakin vuosia sitten, ovat monet niissä ilmenevät huomiot edelleen varteenotettavia myös rakennettaessa uutta Mieli-ohjelmalle perustuvaa päihdehoitoa.