

Taru Kaivola, Marja Tammisto, Matti Ristola

Interventiomahdollisuudet

**huumeiden käyttäjien
päihdeongelmiin somaattisen
sairaalahoidon aikana**



ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-1075-0

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy
Painatus: Edita Prima Oy, Helsinki 2001

tiivistelmä

Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana. Helsinki 2001. 130 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2001:13.) ISBN 952-00-1075-0

Hankkeen avulla kartoitettiin huumeiden käyttäjien profiilia ja interventiomahdollisuuksia päihdeongelmaan somaattisessa sairaalahoidossa. Hankkeen työmenetelminä olivat a) haastattelulomakkeen avulla tehty haastattelu HYKS:n infektio-osastoilla hoidettavana olleille huumeiden käyttäjille, b) teemahaastattelu, c) osastohoitosopimusmallin testaaminen, d) hoitajien ja lääkäreiden tietotaito- ja asennemittaus kyselylomakkeilla

Haastateltavia potilaita oli yhteensä 15, joista neljä oli naisia. Teemahaastattelu tehtiin neljälle potilaalle. Lähes kaikkien potilaiden sairaalahoidon johtui huumeidenkäytön aiheuttamasta infektiosta. Haastateltavien osastollaoloaika vaihteli 4-71 vuorokauteen. Huumeiden käyttöaika vaihteli 5-30 vuoden välillä. Kaikki haastatellut olivat päihteiden sekakäyttäjiä. Yleisemmin suonensisäisesti käytettyjä huumeita olivat amfetamiini, heroini ja buprenorfiini. Haastateltavien marginaalinen asema näkyi useilla elämän alueilla. Kukaan haastateltavista ei ollut työssä eikä opiskellut, monet olivat asunnottomia. Infektioiden leviämistä edistävä riskikäyttäytyminen oli ollut yleistä. Huumeiden käytöstä johtuvia terveysongelmia oli kaikilla vastaajilla useita. Eniten oli mielenterveysongelmia. Yliannostukset ja erilaiset tapaturmat olivat yleisiä. Kivut, säryt, laihtuminen, huonot hampaat ja iho-ongelmat olivat tyypillisiä huumeiden käytön aiheuttamia terveyshaittoja. C-hepatiitti oli lähes kaikilla. Hiv-tartunta oli puolella haastateltavista. Vaikka terveysongelmat olivat erittäin yleisiä kaikilla vastaajista, heillä ei ollut säännöllisiä kontakteja mihinkään terveydenhuollon palveluihin. Lähes kaikilla oli ollut ainakin yksi päihdehuollon kontakti jossakin elämänvaiheessa. Monet olivat jossain vaiheessa pudonneet palvelujen piiristä kokonaan.

Kontaktit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin olivat usein yksittäisiä käyntejä lähinnä toimeentuloon tai reseptin uusimiseen liittyen. Terveysneuvontapiste Vinkin palveluja oli käyttänyt puolet vastaajista. Lähes puolet haastateltavista ilmoitti tavoitteekseen lopettaa päihteiden käyttö tulevaisuudessa.

Osastolla potilaiden vieroitusoireiden lääkehoitona oli yleisemmin buprenorfiini ja diatsepaami. Päihdediagnoosien asettamisessa oli puutteita samoin kuin huumeidenkäytön ja hoitoonohjaamisen kirjaamisessa. Haastateltavat toivoivat osastohoidolta paranemisen lisäksi myös mahdollisuutta päästä jatkohoitoon päihdehuoltoon. Käytännössä tämä ei kuitenkaan useinkaan onnistunut suoraan osastolta päästyä. Potilaiden antamia palautelomakkeita palautettiin 8. Näissä palautteissa henkilökunnan ystävällinen ja asiallinen suhtautuminen koettiin tärkeimmäksi hoitotyytyväisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi. Toinen tärkeäksi koettu asia oli se, että oli saanut puhua ja oli tullut kuulluksi. Tyytymättömyyden syitä mainittiin yllättävän vähän.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että huumeiden käyttäjillä on paljon terveydellisiä ongelmia ja että he olivat kiinnostuneita omasta terveydestään. Somaattinen sairaanhoito tarjoaakin ainutlaatuisen mahdollisuuden tarjota yksilöllistä terveysneuvontaa ja ohjausta huumeiden käyttäjille. Työntekijät näkivät huumehaittojen vähentämiseen tähtäävän neuvonnan kuuluvan osana omaan työhönsä. Edellytyksenä tämän tavoitteen tehokkaalle toteutumiselle työntekijöiden tulisi tuntea paremmin huumeidenkäyttäjien maailmaa, niitä tilanteita ja rituaaleja missä huumeita käytetään ja miten niitä käytetään. Näin voitaisiin vaikuttaa niihin tekijöihin, jotka vaikuttavat infektioiden ja tarttuvien tautien leviämiseen. Neuvontaan tulisi myös sisältyä ohjausta pistostekniikasta, aseptiikasta ja seksuaalikäyttäytymisestä. Osastohoito tarjoaa hyvät mahdollisuudet vaikuttaa potilaan motivaatioon hakeutua päihdehoitoon. Työntekijät kaipaavat selkeitä toimintamalleja miten potilaan hoitomotivaatiota voi vahvistaa. Päihdehuollon jatkohoitopaikkojen järjestyminen osastohoidon jälkeen oli usein hankalaa. Toimivien hoitopolkujen kehittämistä yhdessä sosiaalihuollon kanssa tarvitaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä tulisi lisätä, jotta asiakkaiden tippuminen hoitojärjestelmien ulkopuolelle voitaisiin ehkäistä.

Hankkeen aikana kehitettiin vuodeosastojen osastohoitosopimusmallia. Hoitosopimuksen käyttöönotto tapahtui liian nopeasti, henkilökunnan perehdyttäminen hoitosopimusmalliin jäi puutteelliseksi. Hoitosopimusmalli vaatii edelleen kehittämistä. Kaikkien työntekijöiden sitou-

tuminen hoitosopimuskäytäntöihin on edellytys tämän toimintamallin kehittämiseksi.

Henkilökunnan tietotasoa ja asennoitumista huumeiden käyttäjään kartoitettiin kyselylomakkeella. Kyselyyn osallistuivat HUS/HYKS Infektioklinikan ja Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunta. Lomakkeita palautettiin yhteensä 61. Vastaaajista 48 oli hoitajia ja 13 lääkäriä

Työntekijöiden tietotaso huumeista oli alhainen. Kuva huumeiden käyttäjistä oli hyvin pessimistinen ja toivoton. Tietotasossa ei ollut eroa vuuksia eri ammattiryhmien välillä. Usein huumeiden käyttäjiä hoitavien ja harvoin heitä hoitavien välillä ei myöskään ollut eroa. Yleistiedoissa korostui voimakas pessimismi. Kokeilijan uskotaan jäävän heti riippuvaiseksi. Porttiteoriaan uskottiin myös vahvasti. Hoidon tuloksellisuuden suhtauduttiin epäilevästi. Perustiedoissa tunnettiin parhaiten huumeiden välittömät vaikutukset. Huumeiden käyttötavat olivat vieraita. Vieroitusoireita ja terveysongelmia käsittelevässä osassa korostui vastaajien näkemys, että kaikki huumeet aiheuttavat voimakkaita fyysisiä vieroitusoireita. Huumeiden aiheuttamat terveysvaikutukset olivat monelle hyvin vieraita asioita. Hoitoon ohjaaminen oli kaikkein heikoimmin tunnettu alue. Tällä alueella oli eniten en tiedä vastauksia. Huumeiden käyttöön liittyvät slangisanat olivat tutuimpia niille työntekijöille, jotka hoitivat usein huumeiden käyttäjiä.

Asennetasoa leimasi myös pessimismi ja negatiivisuus. Huumeiden käyttäjien koettiin olevan väärässä paikassa somaattisella osastolla. Heidät tulisi mieluummin hoitaa ”jossain muualla”. Myönteistä oli että enemmistö näki, että somaattisen hoidon lisäksi tulisi painottaa psykososiaalista hoitoa ja että haittojen vähentämiseen tähtäävä toiminta on hoidossa tärkeää.

Henkilökunnan kyselyiden perusteella voidaan todeta päihteisiin liittyvän koulutuksen tarpeellisuus sekä perus-, jatko- että täydennyskoulutuksessa. Työnohjauksen tarpeellisuus ja riittävät henkilökuntaresurssit omalta osaltaan auttavat huumeiden käyttäjän hoidon onnistumista ja tukevat työntekijän jaksamista.

Asiasanat:

huumeet, huumeongelmaiset, interventiohoito, päihdehuolto, päihdeongelmaiset, päihteet, sairaalahoido

sammandrag

Interventionsmöjligheter vid missbruksproblem i somatisk sjukhusvård. Helsingfors 2001. 130 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2001:13.) ISBN 952-00-1075-0

I projektet kartlade man narkotikamissbrukarnas profiler samt interventionsmöjligheter då det gäller missbruksproblem i somatisk sjukhusvård. Arbetsmetoderna som användes i projektet var a) intervju med narkotikamissbrukare. Intervjun gjordes på HUCS infektionsavdelning med hjälp av frågeformulär, b) temaintervju, c) test av vårdavtalsmodellen, d) mätning av skötarnas och läkarnas kunskaper och attityder med hjälp av frågeformulär.

Antalet intervjuade patienter var sammanlagt 15 av vilka fyra var kvinnor. Temaintervjun gjordes med fyra patienter. Så gott som alla patienter vårdades på sjukhus p.g.a. infektion förorsakad av narkotikamissbruk. De intervjuade vårdades på avdelningen 4-71 dygn. Patienterna hade missbrukat narkotika 5-30 år. Alla intervjuade var blandmissbrukare. De vanligaste intravenösa drogerna var amfetamin, heroin och buprenorfin. Marginaliseringen hos de intervjuade kunde märkas på många olika livsområden. Ingen av de intervjuade arbetade eller studerade, ett flertal var bostadslösa. Ett riskbeteende som gynnar infektionsspridning var allmänt. Alla intervjuade hade åtskilliga hälsoproblem förorsakade av narkotikamissbruk. Av dessa mentala problem de vanligaste. Överdoser samt olika slag av olycksfall var allmänna. Smärta, värk, avmagring, dåliga tänder och hudproblem var exempel på hälsoproblem som är typiska för narkotikamissbrukare. Nästan alla hade C-hepatit och hälften av de intervjuade hade blivit hiv-smittade. Fastän hälsoproblemen var mycket allmänna hos nästan alla, hade de inte någon regelbunden kontakt med någon hälsovårdsservice. Nästan alla hade haft åtminstone en kontakt till missbrukarvården i något livsskede. Många hade i något skede hamnat utanför all form av service. Kontakterna till social- och hälsovården bestod ofta av enstaka besök

närmast i anslutning till utkomststöd och förnyande av recept. Hälften av de intervjuade hade anlitat hälsorådgivningen Vinkkis tjänster. Nästan hälften av de intervjuade uppgav att deras mål var att i framtiden sluta sitt narkotikamissbruk.

På avdelningen användes oftast buprenorfin och diatsepam som medicinering av patienternas abstinenssymptom. Man fann brister i ställandet av missbruksdiagnoserna och i bokföringen av narkotikamissbruk och remisser. De intervjuade önskade förutom tillfriskning även en möjlighet att få fortsatt vård inom missbrukarvården. I praktiken lyckades detta dock sällan direkt efter att patienten skrivits ut från avdelningen. Av de blanketter för feedback som delades ut åt patienterna, returnerades åtta. I dessa angavs personalens vänliga och sakliga förhållningssätt som den viktigaste orsaken till att patienterna var nöjda med vården. Den näst viktigaste orsaken var att patienterna hade haft möjlighet att tala och bli hörda. Orsakerna till missnöje var överraskande få.

På basen av intervjuerna kan man konstatera att narkotikamissbrukare har många hälsoproblem och att de är intresserade av sin egen hälsa. En somatisk sjukvård ger en unik möjlighet till individuell hälsorådgivning och handledning för narkotikamissbrukare. De anställda ansåg att en rådgivning som strävar till att minska skadorna försorsakade av narkotikamissbruket, hör till deras arbetsområde. För att detta skall uppnås så effektivt som möjligt, förutsätts att de anställda bättre skall känna till narkotikamissbrukarnas värld, de situationer och ritualer i vilka droger används och hur dessa används. På detta sätt kunde man påverka de faktorer som leder till spridning av infektioner och smittosamma sjukdomar. Även instruktioner om injiceringsteknik, aseptik och sexuell beteende borde ingå i rådgivningen. Avdelningsvården erbjuder goda möjligheter att påverka patientens motivation att söka sig till missbrukarvård. De anställda saknar en klar verksamhetsmodell då det gäller att stärka patientens vårdmotivation. Att ordna en plats för fortsatt vård inom missbrukarvården efter avdelningsvården, visade sig ofta vara problematiskt. Det behövs att man tillsammans med socialvården utvecklar en fungerande vårdkedja. Man borde öka samarbetet mellan socialvården och hälsovården i förebyggande syfte så att inte klienterna faller utanför vårdsystemet.

Under projektets gång utvecklades en vårdavtalsmodell för bäddavdelningarna. Vårdavtalsmodellen togs i bruk alltför snabbt och det fanns i brister i personalens förtrogenhet med modellen. En utveckling av vårdavtalsmodellen krävs fortfarande. För att kunna utveckla denna verk-

samhetsmodell, krävs det att alla anställda förbinder sig till ett vårdavtalspraxis.

Personalens kunskapsnivå och ställningstagande till narkotikamissbrukarna kartlades med hjälp av frågeformulär. Personalen på HNS/HUCS Infektionsklinik och jourpolikliniken vid Mejlands sjukhus deltog i enkäten. 61 blanketter returnerades. Av dem som svarat var 48 skötare och 13 läkare.

De anställdas kunskaper om narkotika var bristfälliga. Bilden av narkotikamissbrukare var pessimistisk och hopplös. Det fanns inga skillnader i kunskapsnivån mellan olika yrkesgrupper. Man kunde inte heller finna någon skillnad mellan dem som ofta vårdade narkotikamissbrukare och dem som vårdade dem mera sällan. I den allmänna kunskapen framhövdes en stark pessimism. Man tror att en person som provar på narkotika genast blir beroende av dem. Man trodde också starkt på portterorin. Man ställde sig tvekan till vårdresultaten. Då det gällde baskunskaperna, kände man bäst till de direkta effekterna av narkotikan. Man kände väldigt dåligt till hur narkotikan används. I den del av enkäten som behandlade abstinenssymptom och häloproblem, betonades de anställdas åsikt att all narkotika förorsakar starka fysiska abstinenssymptom. För många var de häloproblem som narkotikan ger upphov till främmande. Det område i enkäten som gav upphov till de flesta "jag vet ej" svaren var frågor om hur man hänvisar missbrukaren till undersökning och vård. De slangord som används i samband med narkotikamissbruk var mer bekanta för dem som ofta kommer i kontakt med missbrukare.

Attitydnyvån präglades också av pessimim och negativism. Man ansåg att narkotikamissbrukare var på fel plats då de vårdades på den somatiska avdelningen. De borde hellre vårdas "någon annanstans". Positivt var dock att majoriteten ansåg att man förutom den somatiska vården borde satsa på psykosocial vård och att det är viktigt med verksamhet som kan minska de negativa effekterna. På basen av de anställdas enkätsvar kan man konstatera att det finns ett behov av utbildning i anknytning till alkohol- och narkotikamissbruk. Denna utbildning behövs såväl i grund- och vidareutbildningen som i fortbildningen. Arbetshandledning och tillräckliga personalresurser är faktorer som i sig kan göra att vården av missbrukare lyckas och att de anställda orkar i sitt arbete.

Nyckelord:

interventionsvård, missbrukare, missbrukarvård, narkotika, rusmedel, sjukhusvård

summary

Intervention in Drug Abuse Problems during Somatic Hospital Care. Helsinki 2001. 130 p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2001:13.) ISBN 952-00-1075-0

The project charted the profile of a drug user and the possibility of intervention in a drug problem during somatic hospital care. The methods used comprised a) interviews with drug users undergoing medical treatment at HUCH wards for infectious diseases, using interview forms, b) a theme interview, c) testing of a care contract model for use in inpatient care, d) a questionnaire survey of medical staff know-how and attitudes.

The number of patients interviewed totalled 15, four of them women. Four patients took part in the theme interview. The reason why almost all the patients were in hospital was infection caused by use of drugs. The time the interviewees spent in hospital care varied from 4 to 71 days. The period they had used drugs varied from 5 to 30 years. All the interviewees were polydrug users. The most common drugs taken intravenously included amphetamine, heroin and buprenorphine. The study illustrated the marginalized position of the interviewees in several spheres of life. None of them was employed or studying, and many were homeless. Risky behaviour had been common among them and this contributed to the spread of infections. All the respondents had several health problems as a result of their drug use, mental health problems being the most common. Overdoses and various accidents were also common. Aches, pains, weight loss, bad teeth and skin problems were other typical drug-induced health problems. Almost all the respondents had hepatitis C and half of them HIV. Although health problems were very common among all the respondents, they had no regular contact with health care services. Almost all had resorted at least once in their lives to a service designed for intoxicant abusers. Many had at some stage dropped out of the service network altogether. Interviewees' contacts with social welfare and health services often comprised single

visits, usually related to income support or the renewal of prescriptions. Almost half of the respondents had used the services of Vinkki health information centre. Similarly, almost half reported that they aimed to stop using drugs in the future.

The most common medicines used to treat withdrawal symptoms during inpatient care were buprenorphine and diazepam. The study showed shortcomings in diagnosing substance abuse and the way in which drug addictions and referrals were recorded. Interviewees hoped that, in addition to recovering from their current illness, further treatment for drug abuse could be arranged afterwards. In practice this was not often possible straight after their time in hospital. The number of responses returned by patients totalled 8. The feedback showed that the friendliness and matter-of-fact approach of the staff was considered the most important single factor affecting patient satisfaction. Another factor which was considered important was that the patients had had a chance to talk and explain their views. Respondents reported surprisingly few causes of dissatisfaction.

The interviews show that drug users have many health problems and that they are interested in their own health. Somatic nursing does therefore provide a unique opportunity to provide drug users with individual health counselling and guidance. The staff considered counselling aimed at reducing drug-induced problems to be part of their work. A precondition for effective implementation was for the staff to be better informed about the world of drug users and the situations and rituals related to how and where drugs were used. In this way they could influence the factors that prevent the spread of infections and infectious diseases. The counselling should also include guidance on injection techniques, asepsis and sexual behaviour. Time in hospital provides a good opportunity to bolster the patients' resolve to seek care for their drug addiction. The staff require clear operating models on how to strengthen patient motivation for treatment, however. It was often difficult to find treatment places following the hospital care. There is a need to develop effective care paths in cooperation with the social welfare services. Cooperation with the social welfare and health services should be increased, to prevent patients from dropping out of care systems.

The project also focused on developing a model for a care contract for use in inpatient care. The introduction period for the care contract was too short and staff were given insufficient instructions on how to

use the model, which needs to be further developed. Commitment by the entire staff to care contract practices is a prerequisite for further development of this operating model.

Staff know-how about and attitudes to drug users were surveyed using a questionnaire. The subjects were the staff of the HUCH clinic for infectious diseases and Meilahti Hospital emergency clinic. 61 respondents returned the questionnaire, 48 of them being nurses and 13 doctors.

Staff know-how about drugs was poor. Their view of drug users was very pessimistic and hopeless. The survey showed no differences between the various professional groupings or between those who cared for users either frequently or rarely. Staff knowledge on the subject was marked by a strong sense of pessimism. They thought that anyone experimenting with drugs would become immediately addicted. The staff also firmly believed in the gate theory. They expressed misgivings about the potential success of treatment. They knew best the immediate effects of drugs, while the ways in which they were used were not known. In the section dealing with withdrawal symptoms and health problems, the prevalent view among the respondents was that all drugs cause strong physical withdrawal symptoms. Many knew little about the impact of drugs on health. Referral to treatment was the least known area, with the most 'don't know' answers. Staff who worked regularly with drug users knew the drug-related slang words best.

Staff attitudes were also characterized by pessimism and negativity. A somatic ward was considered to be the wrong place for drug users, who should have been treated 'somewhere else'. A positive fact was that the majority understood that treatment should focus on psychosocial as well as somatic care and that the reduction of adverse effects as part of care was important.

The staff questionnaires showed the need for drug-related training in basic, further and continuing education. Availability of staff support and sufficient personnel resources help staff to succeed in their care of drug users and to cope with their job.

Key words:

care of substance abusers, drug users, drugs, hospital care, intervention care

Sisällysluettelo

Johdanto	15
1 Huumausainetilanne Suomessa terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna	18
1.1 Huumeiden käyttäjien terveysongelmat	21
1.1.1 Pistospaikkojen ja pehmytosien infektiot	22
1.1.2 Veriteitse leviävät bakteeri-infektiot	24
1.1.3 Veriteitse tarttuvat virushepatiitit	24
1.1.4 HIV	26
1.1.5 Yliannostukset	27
1.1.6 Mielenterveyden häiriöt	28
1.1.7 Keskushermoston häiriöt	29
1.1.8 Hormonaaliset vaikutukset ja huumeiden käytön vaikutukset raskauteen	30
1.1.9 Ruoansulatusoireet	31
1.1.10 Hengitystieoireet	31
1.1.11 Muut terveysongelmat	31
1.2 Huumeiden käyttäjä terveydenhuollon asiakkaana	32
1.2.1 Huumeiden käyttäjä - hankala/haastava potilas.....	32
1.2.2 Huumeiden käyttäjän kohtaaminen	37
1.2.3 Interventiomahdollisuudet somaattisen hoidon aikana	41
1.2.4 Huumehaittojen vähentäminen osana terveyden- huollon työtä	44
2 Osastolla hoidettavien huumeiden käyttäjien ja henkilökunnan haastattelututkimus HYKS Sisätautien klinikan infektiosairauksien toimialalla	46
2.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	46
2.2 Potilaiden lomakehaastattelut	49
2.2.1 Haastateltujen taustatiedot.....	49
2.2.2 Päihteiden käyttö	50

2.2.3	Riskikäyttäytyminen	53
2.2.4	Huumeiden käytöstä aiheutuvat ongelmat	57
2.2.5	Terveys	59
2.2.6	Kontaktit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ..	65
2.2.7	Haastateltavien arviot päihteiden käytöstään tulevaisuudessa	68
2.3	Osastohoitojakso	69
2.4	Potilaiden esittämät arviot osastohoitojaksosta	74
2.5	Potilaiden teemahaastattelut	77
2.5.1	Suhtautuminen omaan huumeiden käyttöön	77
2.5.2	Motivaatio irrottautua päihteistä	80
2.5.3	Voimavarat irrottautua päihteistä	81
2.5.4	Nelikenttä käytön jatkamisen ja lopettamisen eduista ja haitoista	83
2.6	Osastohoitopimus	85
2.7	Hoitajien ja lääkäreiden tietotasoa ja asennoitumista kuvaava mittaus	90
2.7.1	Tietotaso	90
2.7.1.1	Yleistiedot huumeista	91
2.7.1.2	Perustiedot huumeista	92
2.7.1.3	Vieroitusoireet ja terveysongelmat	92
2.7.1.4	Hoitoon ohjaaminen	93
2.7.1.5	Huumeiden käyttäjän maailma	93
2.7.2	Asenteet	96
	Lähteet	102
Liite 1	Huumeiden käyttäjä osastolla -projekti	108
Liite 2	Motivoiva haastattelu	114
Liite 3	Potilaan antama arviointi osastohoidon päätyttyä	115
Liite 4	Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana -tutkimus Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kyselylomakkeet I ja II ..	116



JOHDANTO

Huumeiden käyttö on yleistynyt Suomessa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tämä on näkynyt myös terveydenhuollossa. Huumeiden käytöstä johtuvat erilaiset terveysongelmat ovat lisääntyneet sekä perusterveydenhuollossa että kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Nykyistä huumeongelmaa voidaankin pitää uutena kansanterveysongelmana, joka vaatii terveydenhuollolta pikaisia toimenpiteitä. Terveydenhuollon valmius ottaa oma vastuunsa huumeiden käyttäjien hoidosta ei ole itsestään selvää. Asian tärkeys myönnetään, mutta hyvin helposti todetaan ”ei kuulu meille”. Ratkaisuehdotukseksi on esitetty mm. perustaa huumeiden käyttäjille oma sairaala tai omia osastoja. Huumeiden käytön aiheuttamat terveysongelmat ovat niin moninaiset, että tuntuu vaikealta ajatella, että heitä hoitaisi erillinen somaattisen hoidon yksikkö. Jos näin olisi, tulisi siellä olla kaikki lääketieteen erikoisalot edustettuina, mikä tuskin on mahdollista ja järkevää. Huumeiden käyttäjien eristäminen omaan sairaalaan, kuten leprasairaat aikoinaan, tuntuu myös eettisesti arveluttavalta. Kieltäminen defenssinä ei ole toimiva ratkaisu huumeongelman hoidossa. J-K. Paasikiven sanoin: ”Viisauden alku on tosiasioiden tunnustaminen”, huumeongelmaiset ovat ja elävät keskuudessamme, halusimme sitä tai emme. Terveydenhuollon asennoituminen voi omalta osaltaan vaikuttaa laajemminkin huume-epidemian leviämisen ehkäisyyn ja yksilötasolla se voi tarjota ensimmäisen askeleen kohti päihteettömyyttä.

HYKS Sisätautientoimialalla Infektiosairauksien klinikalla huumeita käyttävien potilaiden määrä on koko ajan lisääntynyt. Huumeiden käytöstä johtuvat infektiokomplikaatiot vaativat usein vuodeosastohoitoa. Päihdealan ongelmatiikka on ollut työntekijöille vierasta ja potilaiden somaattisen hoidon toteuttaminen on ollut usein hankalaa. Tästä syystä Infektiosairauksien klinikassa päätettiin toteuttaa tämä tutkimus, jonka tarkoituksena on:

1. kerätä tietoa huumeiden käyttäjien elämäntilanteesta, huumeiden käytöstä, huumeiden käyttöön liittyvistä terveysongelmista ja vieroitusoireiden lääkehoidosta
2. kerätä tietoa henkilökunnan tietotasosta ja asenteista
3. kehittää erillisen kirjallisen hoitosopimuksen käyttöönottoa
4. kehittää oikeaa ICD 10 luokittelua huumeidenkäyttäjien diagnoosien kirjaamisessa

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää huumeiden käyttäjien erityispiirteitä somaattisen sairaalaosaston potilaina. Hankkeen avulla pyritään kartoittamaan mitä mahdollisuuksia huumeidenkäyttäjien akuutti somaattinen sairaalahoido luo päihteistä vieroittumiseen, ja selvittää voidaanko huumeidenkäyttäjien terveysneuvontaa ja hoitonojhausta toteuttaa somaattisen sairaanhoidon yhteydessä. Tavoitteena on myös selvittää henkilökunnan tietotaitoa ja asenteellisia valmiuksia hoitaa huumeiden käyttäjiä.

Tutkimus ei täytä kaikilta osin tieteelliselle tutkimustyölle asetettuja kriteereitä. Se on enemmänkin kuvaileva kartoitus, jonka avulla esiintuodaan käytännön näkökulmia huumeiden käyttäjän hoidon kehittämiseksi. Työn käyttöarvona on antaa tietoa ja sitä kautta vaikuttaa työntekijöiden asenteellisiin valmiuksiin hoitaa huumeidenkäyttäjiä somaattisella vuodeosastolla. Sen avulla pyritään myös nostamaan esiin hoitoon liittyviä epäkohtia ja puutteellisuksia. Työ tarjoaa myös joitakin käytännön näkökohtia interventoiden mahdollistamiseksi. Kahden ihmisen kohtaaminen on kuitenkin aina ainutlaatuinen tilanne, joten keittokirjamaisten ohjeiden antaminen huumeidenkäyttäjän hoidollisessa kohtamisesta ei ole mahdollisia.

Hankkeen työmenetelminä oli strukturoidun haastattelulomakkeen avulla tehty haastattelu osastolla hoidettaville huumeiden käyttäjille. Haastateltavia oli yhteensä 15. Neljälle heistä tehtiin myös teemahaastattelu. Potilailta pyydettiin hoidon arviointia palautelomakkeella. Tutkimusaikana testattiin hoitosopimuskaavakkeen käyttöä osastojen työvälineenä huumeiden käyttäjien hoidossa. Henkilökunnan tietotasosta ja asenteista kerättiin tietoa erillisellä kyselylomakkeella. Henkilökunnan kyselyyn osallistui yhteensä 61 hoitajaa ja lääkäriä.

Työ jakautuu pääpiirteittäin kolmeen osaan. Ensin käsitellään huumeiden käytöstä aiheutuvia terveysongelmia ja huumeidenkäyttäjää terveydenhuollon asiakkaana. Seuraavassa osassa käsitellään potilashaastattelujen tuloksia sekä osastohoitosopimuksen käyttöä somaattisella

vuodeosastolla. Viimeisessä osassa tarkastellaan hoitajien ja lääkäreiden tietotasoa ja näkemyksiä huumeiden käyttäjistä. Työstä puuttuu erillinen pohdintaosa, tämä osuus on sijoitettu sisälle tekstiin usein kappaleen loppuun lihavoituna tekstinä. Lopussa on lyhyt yhteenveto.

Tutkimushankkeen toteuttamisesta on ensisijaisesti vastannut erikoissairaanhoidaja, psykoterapeutti Taru Kaivola, lisäksi työryhmässä ovat olleet mukana THM Marja Tammisto ja LKT Matti Ristola. Kyselylomakkeiden laadinnassa on ollut mukana THT Elina Erikson. Henkilökunnan tietotasoa mittaavat kysymykset ja oikeat vastaukset tarkasti HYKS Huumeivieroitusyksikön erikoislääkäri Juhani Aer. Tulosten analysoinnissa on ollut apuna biostatistikko Hanna Oksanen.

Hanke on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön ehkäisevän sosiaali- ja terveystieteiden osaston tuella.

1

Huumausainetilanne Suomessa terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna

Huumausaineongelma on ollut Suomessa vähäinen aina 1990-luvulle saakka. Viimeaikaiset tiedot osoittavat yhtäpitävästi että huumeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet nopeasti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Huumausaineiden ongelmakäyttöä ja haittoja epäsuorasti kuvaavien mittarien antamat tulokset (käyttö, sairastavuus, rikollisuus ja kuolleisuus) ovat olleet tasaisessa nousussa koko 1990-luvun ajan. Nuorten ja nuorten aikuisten huumausaineiden kokeilut ja käyttö ovat väestökyselyjen mukaan kaksinkertaistuneet. Yleisemmin käytetty huume on kannabis. Huumehaittoja eniten aiheuttaa amfetamiini, jonka käyttö ja haitat ovat lisääntyneet. Heroiinin käyttö on yleistynyt, vaikkakin sen käyttö on vielä eurooppalaisittain alhaisella tasolla (Virtanen 1999). Eri aineiden yhtäaikainen tai jaksottainen sekakäyttö on tyypillinen piirre suomalaiselle huumeiden käytölle. Amfetamiinin ja opiattien käyttäjiä arvioitiin olleen vuonna 1997 koko maassa 10 000-15 000 ja pääkaupunkiseudulla 5 000 (Partanen P 1999). Yhdistelemällä eri tutkimustuloksia ja arvioita huumeiden käyttäjien määrästä voidaan sanoa, että yli 300 000 suomalaista on joskus elämässään kokeillut laittomia huumeita, tavallisemmin kannabista. Ehkä joka kymmenes eli noin 30 000 käyttää niitä jossain määrin säännöllisesti ja näistä 10-15 000 voidaan katsoa huumeiden ongelmakäyttäjiksi (Partanen J 1999).

Huumausaineiden käyttö aiheuttaa monenlaisia haittoja sekä yksilölle että koko yhteiskunnalle. Huumeiden käyttäjillä on usein monenlaisia terveysongelmia, jotka lisäävät terveyspalvelujen tarvetta ja sairaanhoidon kustannuksia. Huumeiden käyttö aiheuttaa myös välillisesti työ-

kyvyttömyyttä. Huumausaineiden ja lääkeaineiden päihdekäytön aiheuttamat välittömät kustannukset ovat 0,6 - 1,0 miljardia markkaa ja välillisten kustannusten arvioidaan olevan noin 1,7 - 3,6 miljardia markkaa. Huumausaine-ehtoisten hoitojaksojen määrä sairaaloiden vuodeosastoilla on kasvanut voimakkaasti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Sairaaloissa kirjattiin vuonna 1998 noin 6 000 hoitojaksoa, jotka liittyivät huumausaineiden tai lääkeaineiden päihdekäyttöön. Huumekuolemia on Suomessa vuosittain noin 100. Viime vuosien aikana erityisesti nuorten huumekuolemat ovat lisääntyneet. (Päihdetilastollinen vuosikirja 1999). Viime vuosien huumeiden käytön lisääntyminen näkyy terveydenhuollon tilastoissa todennäköisesti useamman vuoden viiveellä, sillä huumeiden käytön aiheuttamat terveysongelmat tulevat tavallisesti esille vasta pitkään jatkuneen käytön seurauksena.

Lisääntynyt huumeiden käyttö on lisännyt selvästi veren välityksellä tarttuvien B- ja C- hepatiitti tartuntojen määrää. Suomessa todetaan vuosittain 500-600 HBV-tartuntaa (näistä vajaa puolet akuutteja) ja lähes 2 000 HCV-tartuntaa. Edellisistä noin 60 % ja jälkimmäisistä lähes 90 % liittyy ruiskuhuumeisiin. Vuonna 1996 ilmoitetuista HBV-tapauksista erottuu suurehko joukko alle 20-vuotiaita naisia, joiden tartunnan lähteenä on ollut joko oma huumekeilu tai seksitartunta huumeiden käyttäjästä. Vuosien 1994-95 A-hepatiitti epidemiatapauksia löydettiin lähes 500. Taudin leviäminen tapahtui mahdollisesti viruksella kontaminoituneen amfetamiinierän kautta (Leino ym. 1997, Kansanterveyslaitos 1998, Leinikki 2000, Lappalainen 2000).

Suomessa oli kesään 1998 mennessä todettu vain 27 huumeiden käyttöön liittyvää hiv-tartuntaa. Tämä määrä oli 3 % kaikista Suomessa todetuista hiv-tartunnoista. Kesällä 1998 pääkaupunkiseudun ruiskuhuumeiden käyttäjillä todettiin hiv-epidemia. Silloin kirjattiin 19 ruiskuhuumeiden välityksellä saatua tartuntaa. Vuonna 1999 uusia hiv-tartuntoja todettiin 143. Näistä 84 oli saatu ruiskuhuumeiden välityksellä. Vuonna 2000 hiv-tartuntoja löydettiin 145 joista 54 oli saatu ruiskuhuumeiden välityksellä. Vuoden 2001 alkuun mennessä tähän huumeiden käyttäjien epidemiaan liittyviä hiv-infektioita on todettu yhteensä noin 160 tapusta. Kansanterveyslaitoksen selvitysten mukaan kyseessä on yksi hiv-alytyyppi jota ei muuten ole juurikaan tavattu (Kansanterveyslaitos 1999, Liitsola ym. 2000). Epidemia on levinnyt erityisesti pääkaupunkiseudulla ja vankiloissa, mutta uusia tartuntoja on todettu myös muualla Suomessa. Tartuntojen todellinen määrä on todennäköisesti ainakin kolme kertaa suurempi.

Viime vuosien aikana huumeiden käyttäjien mielenterveysongelmiin on alettu kiinnittää enemmän huomiota. Vuoden 1996 väestökyselyn (Kontula 1997) mukaan huumeiden käyttäjillä mielenterveysoireita oli lähes kaksinkertainen määrä verrattuna muuhun väestöön. Psykkisten oireiden vuoksi vuoden aikana hoidossa olleiden osuus oli kaksinkertainen verrattuna muihin. Amerikkalaisten tutkimusten perusteella joka toisella huumepotilaalla on samanaikaisesti mielenterveyshäiriöitä (Regier ym. 1990, Kessler ym. 1994). Stakesin päihdetapauskannassa -99 päihdetapausten määrä psykiatrisissa sairaaloissa oli kasvanut 40 prosenttia verrattuna vuoden 1995 päihdetapauskannan tuloksiin. Laskentavuorokauden aikana voitiin todeta noin 1900 päihde-ehdoista asiointia psykiatrisissa palveluissa (Nuorvala 2000).

Huumausainetilanteen vaikeutumiseen vaikuttavat hyvin monenlaiset asiat. 1990-luvulla yhteiskunnassa on ollut monia yksilön syrjäytymistä edistäviä tekijöitä. Tällaisia tekijöitä ovat olleet muun muassa taloudellinen lama, työttömyys ja sosiaalisten tukiverkoston heikkeneminen. Entisen Neuvostoliiton alueen pahentunut huume- ja rikollisuustilanne yhdessä rajojen avautumisen kanssa ovat vaikuttaneet huumausainetarjontaan sekä huumausainerikollisuuden kansainvälistymiseen Suomessa. Lisääntyneen tarjonnan vuoksi huumevalikoima on kasvanut ja hinnat ovat alhaiset, mikä osaltaan voi madaltaa kynnystä siirryttäessä ns. kovempien aineiden käyttöön. Kansainväliset huumeuuden suuntaukset ovat näkyneet meilläkin esimerkiksi nuorten ravebileissä. Huumemarkkinoille on tullut uusia huumeita ja uudenlaisia käyttötapoja.

Nuorten huumausainekokeilujen takana ei välttämättä aina ole moniongelmaisuus ja syrjäytyminen. Yhteiskunnallisessa ilmapiirissä ja ajattelutavoissa on tapahtunut muutos, jota yhteiskuntatieteilijät ovat kuvanneet kulutusyhteiskunnan käsitteellä (Sulkunen ym. 1997, Hakkarainen 1999). Elämyshakuisuus on erityisesti nuorilla keskeinen kulutusta suuntaava periaate. Huumeet tarjoavat mahdollisuuden uusiin elämyksiin. Kuluttajayhteiskunnassa korostuvat yksilöllisyys ja valinnanvapaus. Näin ollen huumeiden käyttö halutaan nähdä yksityisasiana. Pekka Hakkaraisen (1999) mukaan uusi kuluttajaideologia on levinnyt myös hoidon alueelle. Tämä on näkynyt esimerkiksi julkisuudessa olleessa Temgesic-jutussa, jossa yksityislääkärin hoidossa olleet narkomaanipotilaat ovat vaatineet itselleen oikeutta valita haluamansa hoitomuoto. Enää ei ”mennä hoitoon” vaan ”käytetään hoitopalveluja”. Vanhanaikainen ”potilasidentiteetti” on korvautunut kuluttajaideologian mukaisella ”asiakas-

identiteetillä”. Hakkarainen toteaaakin, että ”huumeidenkäyttäjän muotokuva on myös ajankuva, yhdenlainen diagnoosi omasta ajastamme ja sen keskeisistä pyrkimyksistä”.

1.1

Huumeiden käyttäjien terveysongelmat

Huumeiden käyttö altistaa monenlaisille somaattisille ja psyykkisille sairauksille. Taulukossa 1. luetellaan erilaisia huumeiden käytöstä johtuvia terveysongelmia. Terveysneuvontapiste Vinkin asiakashaastattelussa 87 % haastatelluista ilmoitti, että heillä oli ollut terveysongelmia huumeiden käytön johdosta. 53 % haastatelluista oli ollut sairaalahoidossa (Ovaska ym. 1998).

Syitä hakeutua terveydenhuollon palveluihin ovat esim. vieroitusoireet, yliannostuksesta johtuvat myrkytykset, tapaturmat, erilaiset tulehdukset, vatsavaivat, unettomuus tai psykoottisuus. Ongelmien kirjo ja vaikeusaste vaihtelevat riippuen mm. käytetyistä aineista, käyttömäärästä, käyttötavoista ja käyttöhistorian pituudesta. Koska huumeiden käyttäjien tiedetään käyttävän paljon eri terveydenhuollon palveluja, tulisi terveydenhuollon työntekijöillä olla valmiuksia ei ainoastaan terveysongelmien hoitamiseen, vaan myös huumeiden käytön varhaisvaiheen toteamiseen, haittojen ennaltaehkäisyyn sekä hoidon järjestämiseen.

Huumeiden käyttäjien sairastavuuteen on monia syitä. Suonensisäisiä huumeita pistettäessä ei aseptiikka ole aina paras mahdollinen. Olosuhteet, joissa huumeita pistetään, voivat olla epähygieeniset ja pistäminen voi tapahtua kiireessä julkisissa tiloissa tai ulkona. Steriilejä ruiskuja ja neuloja ei ole aina saatavilla. Ruiskujen ja neulojen sekä huumeannoksen valmistamiseen käytettävien välineiden yhteiskäyttö on yleistä. Varsinkin ruiskuhuumeita kokeileva tai juuri suonensisäisen käytön aloittanut ei useinkaan pistä itse. Silloin kokeneempi käyttäjä pistää annoksen omilla välineillään. Varsinkin parisuhteessa välineiden yhteiskäyttö on yleistä. Huumeriippuvaisella aineen säännöllinen saanti on tärkeää. Pistokertoja voi kertyä päivän mittaan 3-10. Samoja välineitä saatetaan käyttää useita kertoja peräkkäin ja niiden huolellinen puhdistaminen voi jäädä puutteelliseksi. Jos injektiovälineitä ei ole saatavilla,

esim. vankilassa, huumeidenkäyttäjät rakentavat niitä itse. Ruiskuna voi toimia kuulakärkikynä tai silmätippapullo. Huumeet eivät koskaan ole täysin puhtaita. Aineita jatketaan yleensä erilaisilla jauhoilla, tomusokerilla, kofeiinilla ja särky- tai psyykelääkkeillä. Aineita salakuljetetaan usein kehon sisällä, jolloin huonosti pakattu huume voi kontaminoitua elimistön eritteiden kanssa. Huumeiden sisältämät epäpuhtaudet ja lisäaineet voivat itsessään aiheuttaa erilaisia sairauksia, kuten esim. allergisia reaktioita ja suonitulehduksia.

Pitkään käytettynä huumeet aiheuttavat yleistä taantumista ja kyvyttömyyttä huolehtia elämisen perusasioista. Heikentynyt yleiskunto, huono hygieniataso ja asunnottomuus vaikuttavat huumeiden käyttäjän terveydentilaa heikentävästi. Oma ongelmansa hoidon toteutumiseksi on näiden potilaiden huono hoitomotivaatio. Akuuttivaiheen jälkeen hoidon keskeyttämiset ovat yleisiä. Sen seurauksena kehittyy lääkeresistenttejä mikrobikantoja ja sairauden aiheuttamat komplikaatiot vaikeutuvat. Muissa maissa ja meilläkin yleistynyt ongelma on omatoiminen antibioottien käyttö erilaisten infektiioireiden hoidossa.

1.1.1

Pistospaikkojen ja pehmytosien infektiot

Kaikkein yleisempiä huumeiden käytöstä aiheutuvia terveyshaittoja ovat pistoskohtien ja pehmytosien infektiot. On arvioitu että 5 % huumeidenkäyttäjistä saa ainakin kerran sairaalahoitoa vaativan pistospaikan infektion (Brettele 1992). Huono aseptiikka ja huumeidenkäyttöön tarvittavien välineiden yhteiskäyttö lisäävät infektioiden yleisyyttä. Toistuvat injektiot samaan pistospaikkaan vaurioittavat kudoksia. Kudosvaurioita pahentavat huumeiden sisältämät epäpuhtaudet. Monet lääkeaineet sisältävät huonosti veteen liukenevia ainesosia, jotka pistettynä tukkeuttavat verisuonia (esim. buprenorfiini). Pistospaikkaan voi kehittyä krooninen haavauma, selluliitti tai absessi. Infektoitunut alue turpoaa, punoittaa ja on aristava. Yleisoireena henkilöllä on kuumetta. Jos infektio syntyy haavauman ympärille, haava muuttuu erittäväksi. Raajojen laskimoiden lisäksi huumeita injisoidaan nivustaipeiden ja kaulan suoniin. Kaulalta leviävä pistospaikan infektio voi levitä välirikarsinaan ja aiheuttaa mediastiniitin. Henkeä uhkaava, nopeasti kudoksia tuhoava nekrotisoiva faskiitti tai myosiitti voi myös saada alkunsa pistospaikan infektiosta (Ristola 1998). Tavallisin infektioiden aiheuttaja on *Staphylococcus aureus*, jonka ihokantajuus on huumeiden käyttäjillä yleinen. Aiheutta-

Taulukko 1.

Huumeiden käyttöön liittyviä terveysongelmia

Hiv
hepatiitit B ja C
pistoskohtien bakteeritulehdukset
ihon ja pehmytkudosten tulehdukset, laskimotulehdukset
märkäpesäkkeet, abskessit
rabdomyolyysi
sepsis
keuhkokuume
akuutit ja krooniset keuhkoputkentulehdukset
sydämen sisäkalvon tulehdus, endokardiitti
märkäinen niveltulehdus, osteomyeliitti
aivohalvaus, aivoverenvuoto, aivoinfarkti
epileptiset kouristukset
munuaisten vajaatoiminta
vuotoanemia
ruokahaluttomuus, laihtuminen
ummetus, ripuli
hampaiden reikiintyminen
amennorrea

myrkytystila, hengityspysähdys, verenpaineen lasku,
sydänpysähdys, rytmihäiriöt
tapaturmat

delirium
psykoosi
masennus
persoonallisuushäiriö
unettomuus
keskittymisvaikeudet, muistihäiriöt
ahdistuneisuus, paniikkioireet
itsemurha-ajatukset ja -yritykset

ja voivat myös olla streptokokit, gramnegatiiviset sauvat ja anaerobit bakteerit (Kolho 1998). Pistospaikkojen hoito on pitkäjännitteistä työtä mikä vaatii potilaalta hyvää motivaatiota ja sitoutumista hoitoon. Antibioottihoidon ohella säännöllisesti ja huolellisesti toteutetut paikallishoidot ovat hoidon perusta. Usein kuitenkin potilaiden jatkohoidot polikliinisesti tai kotihoidot jäävät toteutumatta, minkä seurauksena infektiot uusiutuvat helposti.

1.1.2

Veriteitse leviävät bakteeri-infektiot

Bakteereja voi päästä verenkiertoon joko likaisten pistosvälineiden kautta tai aikaisemmin infektoituneesta pistospaikasta. Sen seurauksena saattaa kehittyä verenmyrkytys eli sepsis. Sepsiksen kliininen kuva voi vaihdella. Suurella osalla potilaista on korkea horkkamainen kuume, joka voi nousta ja laskea saman vuorokauden aikana. Joskus esiintyy myös seka- vuutta, lihas- ja nivelkipuja, ripulia ja ikterusta. Sepsiksen hoitona käytetään asianmukaisia mikrobilääkkeitä sekä oireenmukaista lääkettä ja nestehoitoa. Verenkiertoon päässeet bakteerit voivat levitä myös muihin elimiin. Sydämen sisäkalvon ja sydänläppien tulehdukset (endokardiitti) ovat yleisiä. Novickin ym (1997) aineistossa sydämen sisäkalvon tulehdus löytyi 13 %:lta kuumeilevista suonensisäisten huumeiden käyttäjistä. Mitä pidempään huumeita on käytetty sitä yleisempiä ovat sepsikset ja endokardiitit. Cranen ym (1986) tutkimuksessa sepsiksen saaneiden huumeiden käyttäjien käyttöhistoria oli keskimäärin 11 vuoden pituinen. Endokardiitin oireena on usein pitkittynyt kuumeilu, hengenhädistys, sivuääni sydämessä, hematuria ja suurentunut perna. Endokardiitin hoidon perusta on riittävän pitkä antibioottihoito. Endokardiitti vaatii yleensä monien viikkojen vuodeosastohoidon. Endokardiitin ennuste päihteiden käyttäjillä on keskimääräistä parempi, jos hoito saadaan toteutettua normaalisti. Hoitoon sitoutuminen on kuitenkin usein hankalaa ja hoidon keskeyttämiset ovat yleisiä. Verenkiertoon päässeet bakteerit voivat aiheuttaa infektiopesäkkeitä myös pernassa, nivelissä, luustossa ja epiduraalitallassa (Ristola 1998, 1999).

1.1.3

Veriteitse tarttuvat virushepatiitit

C-hepatiitti on huumeiden käyttäjien keskuudessa yleinen. Berliiniläisessä tutkimuksessa C-hepatiitti tartunnan oli saanut alle yhden vuoden

huumeiden käytön jälkeen 25 % ja yli viiden vuoden käytön jälkeen 90 % (Stark ym. 1995). Tartunnan saaneista noin 85 % jää kroonisesti infektoituneeksi ja he voivat siten levittää tartuntaa eteenpäin (Lappalainen ym. 2000). Pistettävien huumeiden käyttäjillä C-hepatiitti aiheuttaa harvoin kliinisesti todettavaa akuuttia hepatiittia, myös enemmistöllä C-hepatiitin kantajista krooninen hepatiitti on hyvin lievä. Krooninen C-hepatiitti voi olla kulultaan aaltoileva; ajoittain tauti on aktiivinen, jolloin seerumin transaminaasiarvo kohoaa, kun taas ajoittain tauti rauhoittuu, jolloin seerumin transaminaasiarvo on normaali (Ristola, 1998). Ilmeisesti osaksi edellämainituista tekijöistä johtuen huumeiden käyttäjät eivät pidä C-hepatiittitartuntaa minkäänlaisena terveysriskinä, se ikäänkuin ”kuuluu asiaan”. Kuitenkin osalle C-hepatiitin kantajista voi kehittyä vuosien kuluessa joko maksasyöpä tai -kirroosi. Färkkilän (2000) mukaan, jos tautia ei todeta eikä hoideta, joka viidennellä on 20 vuoden kuluttua vakava maksasairaus. Kymmenen vuoden kuluttua tulee pysyvä maksatulehdus, 20 vuoden kuluttua maksakirroosi ja 30 vuoden kuluttua maksasyöpä. C-hepatiitin hoitaminen on kallista ja hoitotulokset vaativattomia. Vuoden kestävän hoidon lääkkeet maksavat 80 000 markkaa ja puolen vuoden hoidon 60 000 markkaa. Potilas saa lääkkinsä ilmaiseksi tartuntatautilain perusteella. Nykyinen ribaviriinin ja interferonin yhdistelmähoito ei kuitenkaan kaikkiin tehoa. Taudin aiheuttajatyypistä riippuen pitkäaikainen hoitovaste saadaan 30-60 %:lle potilaista. Hoidon monimutkaisuuden ja vakavien sivuvaikutusten vuoksi hoitoa ei voi aloittaa ennenkuin päihdeongelma on hallinnassa (Lappalainen ym. 2000).

B-hepatiitti tarttuu verialtistuksen lisäksi myös seksikontakteissa, sekä äidistä lapseen. Vuonna 1998 B-hepatiittitartuntoja todettiin 246. Näistä 60% oli ruiskuhuumeiden kautta saatuja tartuntoja. (Kansanterveyslaitos 1999). Akuutin hepatiitti-B:n taudinkuva vaihtelee oireettomasta vaikeaoireiseen infektiin. Akuutin maksatulehduksen oireena on aluksi päänsärky, pahoinvointi ja lievä kuume. Noin 2-7 päivän kuluttua kehittyy ikterus. Muita oireita ovat oikean kylkikaaren alle paikallistuvat vatsakivut, oksentelu, väsymys ja kutina. Hoito on oireen mukaista (Ristola 1998). B-hepatiittiin sairastuneista jää 5-10 % viruksen krooniseksi kantajaksi. Kahdelle kolmasosalle kantajista kehittyy krooninen aktiivinen hepatiitti ja heidän riskinsä sairastua maksakirroosiin on noin 15 %. Krooninen B-hepatiitti lisää maksasyöpään sairastumisriskiä monikymmenkertaiseksi (Karvonen A-L ym. 2000, HUS Sairaalahygieniayksikkö 6.3. HBV-SU00, Sairaalahygieniaohje 6.3 Potilasohje 1.12.2000). B-hepatiittia voidaan yrittää hoitaa interferonihoidolla kuten C-hepatiittiakin, mutta

hoidon tulokset ovat vaatimattomat. B-hepatiittitartunta voidaan ennaltaehkäistä rokotteella. Hepatiitti B -rokote on maksuton rokotussuosituksen mukaisille riskiryhmille, kuten huumeiden käyttäjille ja prostituoiduille. Myös viruksenkantajan seksikumppani ja alle 7-vuotiaat lapset kuuluvat rokotussuosituksen piiriin. (http://www.ktl.fi/Rokottajan_kasikirja). Hyvän suojatehon saavuttamiseksi rokotetta tarvitaan kolme annosta. Huumeiden käyttäjien tavoittaminen on ollut kuitenkin ongelmallista. Heihin suunnatut rokotuskampanjatkin tavoittavat vain osan käyttäjistä ja usein rokottaminen jää vain yhteen annokseen.

1.1.4

HIV

Hiv on ihmisen elimistön puolustusjärjestelmää tuhoava virus. Se kiinnittyy CD4-pintarakenteen omaaviin soluihin, joista yleisimpiä ovat valkosoluihin kuuluvat ”auttaja”-lymfosyytit ja makrofaagit. Hiv pystyy käänteiskopioijaentsyyminsä avulla muuttamaan oman RNA:na olevan genominsa DNA:ksi. Integraasientsyyminsä avulla Hiv:n DNA:ksi muuttunut genomi liitetään osaksi isäntäsolun DNA:han. Isäntäsolu alkaa sen jälkeen tuottaa uusia hi-virusia ja samalla se tuhoutuu. Osassa isäntäsoluista viruksen tuottaminen ei kuitenkaan käynnisty välittömästi. Tällöin kyseessä on latentti infektio. Tällainen latentisti infektioitunut solu voi kuitenkin ”herätä” tuottamaan hi-virusta vuosienkin kuluttua esimerkiksi jonkun muun infektion aktivoitessa puolustusjärjestelmää. Kun CD4-solut (auttaja-lymfosyytit ja makrofaagit) tuhoutuvat, ihmisen elimistön vastustuskyky erilaisia tulehdus- ja tartuntatauteja sekä pahanlaatuisia kasvaimia kohtaan heikkenee. Hiv tarttuu suojaamattomassa sukupuoliyhdyntässä, veren välityksellä tai raskauden, synnytyksen tai imetyksen yhteydessä äidistä lapseen. Hi-viruksen vasta-aineet voidaan todeta verestä yleensä 2-6 kuukauden kuluttua tartunnasta. (Ristola 1998, Coene & Sutinen 1997).

Lähes puolet hiv-tartunnan saaneista saa 2-6 viikon kuluttua tartunnasta ns. ensitaudin. Sen oireina voivat olla kuume, väsymys, kurkkukipu, päänsärky, imusolmukkeiden suurentuminen, ihottuma sekä nivel- ja lihaskivut. Ensitaudin aikana veressä on runsaasti virusia ja se tarttuu helposti muihin ihmisiin. Ensitaudin jälkeen henkilö voi olla vuosia oireeton tai hyvin vähäoireinen. Osalle potilaista kehittyy tänä aikana imusolmukkeiden suurentuma. Ensimmäisiä heikentyneen immuunipuolustuksen oireita voivat olla keuhkokuume, vyöruusu tai suun hiivatuleh-

dus. AIDS-luokitus tehdään kun henkilöllä todetaan jokin WHO:n luettelossa mainittu opportunisti infektio tai pahanlaatuinen kasvain. Oireiden lisääntymisen myötä viruspitoisuus veressä nousee ja tarttuvuus lisääntyy. AIDS-vaiheen kesto, potilaan vointi ja oireet vaihtelevat suuresti. (Ristola 1998, Coene & Sutinen 1997).

Hiv-infektion etenemistä voidaan hidastaa nykyisillä viruslääkkeillä. Lääkehoito toteutetaan useamman lääkkeen yhdistelmänä. Hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi lääkkeet tulee nauttia säännöllisesti. Annostelun tulee noudattaa tiettyjä kellonaikoja. Yhdistelmähoidossa lääkemäärät ovat melko suuria, eli potilas voi joutua nauttimaan useita kymmeniä lääkkeitä vuorokauden aikana. Osaan lääkkeitä liittyy tiettyjä rajoituksia ruoka-aikojen ja ruoan suhteen. Osa potilaista saa kohtalaisia tai voimakkaitakin sivuoireita. Nykyisellään lääkityksen aloittaminen merkitsee koko eliniän jatkuvaa lääkkeiden käyttöä. Epäsäännöllisyys lääkityksen suhteen voi johtaa resistenttien viruskantojen syntymiseen. Hiv-lääkkeet ovat kustannuksiltaan noin 60 000 mk vuodessa (Ristola 1999).

Pistettävien huumeiden käyttö on monissa maissa hyvin yleinen hiv-infektion tartuntatapa. Tutkimusten mukaan puhdistamattomien neulosten ja ruiskujen yhteiskäytöstä seuraa kymmenen kertaa suurempi hiv-tartunnan vaara kuin suojaamattomasta seksikontaktista (Leinikki 1999). Huumeiden käyttö ei nopeuta immuunipuutoksen kehittymistä hiv-infektiossa, mutta vakavat bakteeri-infektiot kuten, pneumonia, sepsis ja tuberkuloosi aiheuttavat huomattavaa sairastuvuutta ja kuolevuutta hiv-positiivisilla huumeiden käyttäjillä jo ennen AIDS-vaihetta (Kolho, 1998). C-hepatiitin aiheuttama maksatulehdus voi olla aggressiivisempi hiv-positiivisilla potilailla ja kirroosiprevalenssi kolminkertainen verrattuna hiv-negatiivisiin potilaisiin. Hiv-positiivisista potilaista jopa 1/3:lla on riski kuolla maksasairauteen (Lappalainen 1999).

1.1.5

Yliannostukset

Opiatin käytön vaarana on yliannostukset, joihin liittyy hengitystoimintojen heikentyminen. Aivorungon ja kaulavaltimoiden reseptorit eivät reagoi, vaikka hiilidioksidipitoisuus nousee ja happipitoisuus laskee veressä. Hypoksia kehittyy jo ennen tajunnantason laskua ja silloin hengitys loppuu ennenkuin tajunnantaso hämärtyy. Yliannostuksen muita oireita ovat verenpaineen lasku ja lämmön nousu. Yleensä heroiinikäyttä-

jän silmien mustuaiset ovat pistemäiset, mutta yliannostuksen yhteydessä ne laajenevat hypoksian ja siihen liittyvän aivoödeeman seurauksena. Yliannostuksen toteamiseksi ja hoidoksi käytetään naloksonia. Sen antaminen saattaa provosoida vieroitusoireet esiin. Niitä ovat levottomuus, hikoilu, sykkeen ja hengityksen kiihtyminen, mustuaisten laajentuminen ja verenpaineen nousu sekä joskus myös pahoinvointi, oksentelu ja ripuli. Intoksikaatio voi aikaansaada myös deliriumoireita tai epileptisiä kohtauksia (Hillbom 1998).

Suuret annokset amfetamiinia tai kokaiinia aiheuttavat epileptisiä kohtauksia, hypertermiaa, rintakipua ja tajuttomuutta. Tällöin aivoverenkierron häiriöiden riski nousee ja seurauksena voi olla kuolema. Intoksikaation hoito on oireenmukaista (Hillbom 1998).

1.1.6

Mielenterveyden häiriöt

Tutkittaessa huumeiden käyttöön liittyviä mielenterveydenhäiriöitä ongelmana on, että sama oirekuva voi esiintyä sekä päihteenkäytön aiheuttamana (joko päihtymistilana tai vieroitusoireisiin liittyvänä) tai erillisenä mielenterveydenhäiriönä. Huumeiden käyttö voi toimia mielen-terveysongelmien itsehoitona, jolloin huumeen avulla haetaan helpotusta vaikeaan psyykkiseen olotilaan. Joskus huumeiden käytöllä ja mielen-terveysongelmilla on joku yhteinen taustatekijä, joka vaikuttaa molempien häiriöiden syntyyn. Joskus huumeidenkäyttö ja mielenterveydenhäiriö vaan esiintyvät samanaikaisesti. Usein elämänongelmilla on kasaantumistaipumus ja käytännössä syiden ja seurauksien erittelemisen on hyvin vaikeaa.

Suomessa huumeiden käytön ja mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä on tutkittu hyvin vähän. Eräiden amerikkalaisten tutkimusten (Regier ym 1990, Cuffel 1996) mukaan noin 50 %:lla henkilöistä, joilla on vakava mielenterveyden häiriö, on jossain vaiheessa elämänsä aikana myös jonkinasteista päihteen käyttöä ja puolet on tällä hetkellä huumeriippuvaisia. Vaikka arviot huumeiden käytön ja mielenterveyden häiriöiden yleisyydestä vaihtelevat, voidaan todeta, että huumeiden käyttäjillä mielenterveyden häiriöt ovat huomattavasti yleisempiä kuin väestössä keskimäärin (Regier ym. 1990, Kessler ym. 1994, Kontula 1997).

Tutkimusten mukaan ahdistuneisuus-, tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt sekä traumaperäiset stressihäiriöt yleensä edeltävät huumeriippuvuutta, kun taas mielialahäiriö ja psykoottiset häiriöt useimmiten puhkeavat

huumealtistuksen myötä. Huumeriippuvuuteen liittyvät mielenterveyshäiriöt lisäävät huomattavasti itsemurhakuolemien riskiä ja ovat merkkinä huumeongelman ja sen oheisongelmien vaikeutumisesta (Alaja 1999, Regier ym. 1990, Wahren ym. 1997, Fugelstadt ym. 1997, Johnsson ja Fridell 1997).

Epidemiologic Catchment Area (ECA) -tutkimuksen mukaan päihteisiin liittyvät mielenterveyshäiriöt merkitsevät myös somaattisten komplikaatioiden ja sairauksien lisääntyntä riskiä (Lewis ym. 1996). Erityisesti riski saada hiv on moninkertainen (Carey 1995). Myös seksiteitse tarttuvat taudit sekä seksuaalinen ja fyysinen väkivalta ovat yleisiä (Fullilove 1994, Rosenberg ym. 1996)). Väkivaltainen käyttäytyminen on huumeiden käyttäjillä yleisempää kuin muilla mielenterveyspotilailla. ECA-tutkimuksessa väkivallan yleisyys oli skitsofreniapotilailla 12,7 %, alkoholisteilla 24,5 % ja huumeidenkäyttäjillä 34,7 %, verrattuna 2 %:iin ”normaalissa väestössä” (Regier ym. 1990).

1.1.7

Keskushermoston häiriöt

Huumeiden käytön neurologisia seurauksia ovat muun muassa tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt, neuropsykologiset tasonlaskut sekä välittäjäainereseptoritason vauriot (Ahtiala 1997). Psykoosi tai delirium ovat yleisiä amfetamiinin pitkäaikaisen käytön seurauksia. Amfetamiini, kokaiini ja crack kohottavat verenpainetta ja siten provosoivat aivoinfarkteja, aivoverenvuotoja ja subarahnoidaalivuotoja. Kokaiinin on havaittu aiheuttavan myös aivoatrofiaa. Monet aivokomplikaatiot voivat johtua heroiiniin lisätyistä lisäaineista tai epäpuhtauksista. Poltettaessa heroiinia heroiinihöyryn hengittäminen voi aiheuttaa toksisen leukoenkefalopatian (Hillbom, 1998, Pascual ym. 1991). Ekstaasi kiihdyttää sympaattisia toimintoja, mikä johtaa verenpaineen nousuun, takykardiaan ja lämmönsäätelyjärjestelmän häiriöön. Kardiovaskulaarisen kuormituksen lisääntyessä kudosten ja aivojen hapensaanti heikkenee. Ekstaasin on raportoitu aiheuttavan koreoatetoosia, kouristuksia, aivoverenkiertohäiriöitä ja rabdomyolyyisia (Hillbom ym. 1998).

Kannabista on totuttu pitämään suhteellisen vaarattomana huumeena, mutta sen pitkäaikainen käyttö aiheuttaa sekä psyykkisiä että somaattisia muutoksia. Kannabiksen vaikutuksesta kognitiivinen kapasiteetti muuttuu ja lyhykestoinen muisti heikkenee. Cannabis sitoutuu aivokuoren ja hippokampuksen harmaaseen aineeseen ja näin ollen vie lähi-

muistin. Muistihäiriön on todettu jatkuvan ainakin kuuden viikon ajan käytön keskeyttämisen jälkeen. Kannabis voi myös laukaista aivoinfarktin. Lisäksi sen on todettu pahentavan skitsofrenian oireita (Schwartz 1991, Hillbom 1993).

Liuottimien ja petrolin haistelu voi aiheuttaa sydänpysähdyksen ja sen seurauksena anoksisen aivovaurion. Leukoencefalopatiaan liittyvä dementia ja Parkinsonin tauti ovat liuottimien haistelijoiden komplikaatioita (Hillbom. 1998).

1.1.8

Hormonaaliset vaikutukset ja huumeiden käytön vaikutukset raskauteen

Kannabiksen ja opioidien säännöllinen käyttö aiheuttaa hormonitason muutoksia sekä ovulaatio- ja kuukautishäiriöitä. Kahdella kolmasosalla opioideja käyttävistä naisista kuukautiset jäävät pois. Miehellä säännöllinen kannabiksen käyttö heikentää siemennesteen laatua. Myös opioidit heikentävät siemennesteen laatua ja aiheuttavat usein impotenssia (Halmesmäki ym 1998).

Raskaudenaikaisen huumeiden käytön vaikutukset sikiöön riippuvat käytetystä huumeesta ja määrästä. Amfetamiini poistaa näläntunteen ja näin aiheuttaa sekä äidin että sikiön aliravitsemuksen. Tällöin kohtu ei kasva ja sikiön kasvu hidastuu. Amfetamiini nostaa sekä verenpainetta että kohdun sisäistä painetta ja lisää ennenaikaisen lapsivedenmenon riskiä. Tyypillistä on, ettei synnyttäjä huomaa tai ei reagoi lapsiveden tihkumiseen, jolloin kohdun ja sikiön infektioriskit ovat huomattavat. Infektio onkin usein laukaisevana tekijänä ennenaikaiselle synnytykselle. Raskaudenaikaisen amfetamiinin käytön on todettu aiheuttavan sikiölle sydänvikoja, pienipäisyyttä ja henkistä jälkeenjäänneisyyttä. Vastasyntyneillä vieroitusoireet ovat yleisiä. Vieroitusoireina esiintyy kohonnutta verenpainetta, poikkeavaa itkuääntä, imemisvaikeuksia, oksentelua, vapinaa ja unihäiriöitä (Halmesmäki ym.1998).

Opioidien käyttö raskauden aikana aiheuttaa raskaudenaikaista verenvuotoa ja lisää istukan ennenaikaisen irtoamisen riskiä. Opioidien käyttäjillä infektiot, ennenaikainen lapsiveden meno sekä ennenaikaiset synnytykset ovat yleisiä. Sikiön kasvu hidastuu ja sikiö kärsii normaalia useammin hapenpuutteesta, joka voi johtaa sikiön kuolemaan. Vastasyntyneen vieroitusoireet ilmenevät 24 tunnin kuluessa ja saattavat kestää useita viikkoja. Vieroitusoireina esiintyy levottomuutta, tuskai-

suutta, vapinaa, rytmihäiriöitä ja imemisvaikeuksia. Vieroitusoireiden aiheuttamana komplikaationa saattaa tulla äkillinen sydämenpysähdys, joka voi ilmaantua vasta 3-4 viikon ikäisenä. Synnynnäiset sydänviat, munuaisten ja aivojen epämuodostumat sekä henkinen jälkeenjääneisyys ovat opiaattia käyttävien äitien lapsilla yleisiä (Halmesmäki ym 1998).

1.1.9

Ruoansulatusoireet

Amfetamiini vähentää ruokahalua ja sen seurauksena ravitsemustilan puutokset ovat tavallisia. Amfetamiini saa myös aikaan katabolian, eli elimistön tilan, jossa se polttaa omia kudoksiaan energiaksi. Lisäksi amfetamiini vähentää syljeneritystä, mikä yhdessä katabolian kanssa vaikuttaa hampaiden kuntoon (Ahtiala 1997). Stimulanttien käyttäjillä esiintyy usein myös erilaisia syömishäiriöitä, esim. pitkään jatkuneen syömättömyyden jälkeen ahmimista, nielemisvaikeuksia tai syömisen kautta etsitään mielihyvökokemuksia (makeiset).

Opiaattien käyttö aiheuttaa käyttäjälle ripuliummetuskierteen. Vatsahaavan puhkeamiset voivat liittyä huumeiden käytön fyysisiin ja psyykkisiin stressitekijöihin (Ahtiala 1997).

1.1.10

Hengitystieoireet

Kokaiinin intranasaalinen käyttö aiheuttaa riniittiä ja nenän väliseinän nekroottisia tulehduksia. Kokaiinin polttaminen johtaa hengitysteiden ärsyyntymiseen ja infektioiden kautta keuhkojen vajaatoimintaan.

Kannabiksen polttajilla esiintyy limakalvotulehduksia, kroonisia keuhkoputkentulehduksia, yskää ja keuhkolaajentumia. Päivittäin kannabista polttavilla on lisääntynyt riski saada suun, kurkunpään tai nielun syöpä. (Fabritius, Salaspuro 1998).

Keuhkokuumeiden yleisyyteen huumeiden käyttäjillä vaikuttaa huono yleiskunto sekä aspiraatio yliannostuksesta johtuvan tajuttomuuden aikana. Impattavat aineet ovat helposti syttyviä ja voivat aiheuttaa kasvojen ja hengitysteiden palovammoja.

1.1.11

Muut terveysongelmat

Huumeiden käyttö on usein mukana välillisesti erilaisissa tapaturmissa esim. ampuma-ase tai teräseen aiheuttamat vammat, luunmurtumat,

palo- ja paleltumavammat ym. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa amfetamiinin käyttäjiä löytyi suhteessa eniten traumatologian ja palovammaosastoilta (Baberg ym. 1996). Huumeiden käyttö myötävaikuttaa monien muiden sairauksien leviämiseen, esimerkiksi sukupuolitaudit ja tuberkuloosi.

1.2

Huumeiden käyttäjä terveydenhuollon asiakkaana

Huumeiden käytön lisääntyessä joutuvat sekä terveydenhuollon organisaatio että työntekijät vastaamaan uusiin haasteisiin. Valmiuksia tulisi löytyä huumeongelmien ennaltaehkäisyyn, huumepotilaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen sekä huumehaittojen vähentämiseen (harm reduction). Yhteistyötä ja verkostoitumista täytyy kehittää terveydenhuollon eri sektoreiden kesken sekä päihdehuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Huomiota tulee kiinnittää myös henkilökuntaresursseihin sekä turvallisuuskysymyksiin.

1.2.1

Huumeiden käyttäjä – hankala/haastava potilas

Huumeiden käyttöön liittyy äkillisten sairaustilojen riski, mistä syystä hakeudutaan useammin päivystys- kuin ajanvarauspalveluihin. Päivystyspalveluihin tullaan myös mielihyvävaikutteisten lääkkeiden toivossa ajatellen, että kiire ja lääkäreiden vaihtuvuus suosivat väljää lääkemääräyskäytäntöä (Alaja 1998). Huumeiden käyttäjän sairaalahoito on usein akuutti tilanne. Silloin huumeiden käyttäjä ei välttämättä ole miettinyt päihteiden käytöstä vieroittumista. Sairaalahoito katkaisee normaalin huumeiden käytön, ja silloin potilas joko hankkii huumeita sairaalaan tai vaatii psykoaktiivisia lääkkeitä. Huumeiden käyttäjät lähtevät usein kesken hoidon saatuaan haluamaansa, esimerkiksi rauhoittavaa lääkitystä, ruokaa ja lepoa. Lääkehakuisuus, vaativuus ja häiritsevä, joskus uhkaavakin käytös ovat tyypillisiä piirteitä näille potilaille. Huumeiden käyttäjät koetaan siksi usein ns ”hankalina potilaina”.

Osa hoidon ongelmista nousee huumeiden käyttäjän persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä. Huumeiden käyttö aloitetaan yleensä varhaisessa nuoruusiässä, jolloin normaalit aikuistumiseen

liittyvät kehitystehtävät jäävät kesken tai kokonaan läpikäymättä. Näin huumeiden käyttäjän identiteettiä leimaa tietynlainen pirstoutuneisuus ja rajattomuus. Huumeiden käyttäjän keskeisenä ongelmana on kyvyttömyys ylläpitää riittävän hyvää psyykkistä tasapainoa psyykkisen itse-säätelyn vajavuuksien vuoksi. Puutteet liittyvät kykyyn huolehtia itsestä, minän kehitysasteeseen, itsetuntoon, objektisuhteisiin sekä affektitoleranssiin. Puutteellinen minän ja itsetunnon rakentuminen ovat keskeisiä riippuvuuden kehittymiselle altistavia tekijöitä (Granström ym 1998). Heikko itsetunto tulee esille monin tavoin päihderiippuvaisen henkilön käyttäytymisessä, se voi näkyä esim. korostuneena itsekeskeytyksenä. Minän rakenteiden heikkous näkyy jäykkänä minän puolustusmekanismeina, defenseinä, joita ovat esim. kieltäminen, projektiot, split ja acting out. Varsinkin huumeiden käytön alkuvaiheessa huumeiden avulla pyritään itsetunnon ja minän keinotekoiseen vahvistamiseen. Objektisuhteiden vauriot tulevat esille voimakkaina riippuvuuden tarpeina, joissa toinen on kuitenkin vain väline oman sisäisen tunnemaailman kohtaamisessa. Huumeiden käyttäjän on vaikea sietää ahdistusta ja vastoinkäymisiä. Huumeiden avulla pyritään sietämättömien tunnetilojen hallintaan. Huumeiden käyttö voi olla osaksi tiedostamaton yritys tyydyttää tiettyjä lapsenomaisia pyrkimyksiä tai saavuttaa mielihyvää. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi huumeiden käyttäjän persoonaa leimaa suuri tarvitsevuus, rajattomuus, riippuvuus ja haavoittuvuus.

Oman värikkyytensä huumeiden käyttäjän kohtaamiseen tuo se huumeemaailma ja kulttuuri, jossa nämä henkilöt elävät ja missä heidän sosiaalinen verkostonsa toimii. Huumeemaailmaa säätelee omat arvot ja normit, joihin käyttäjä vähitellen kasvaa. Ne korvaavat perheen ja yhteiskunnan normirakenteet ja käyttäytymismallit. Huumeekulttuuri tarjoaa tietyllä tavalla turvallisuutta; käyttäjä kokee kuuluvansa tiettyyn joukkoon, jossa on tiukat rajat ja käyttäytymissäännöt, lisäksi hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on (Pajupuro 1999). Varastaminen, valehtelu, salaaminen, manipulointi ja uhkailu hämmentävät, kun työntekijä kohtaa huumeasiakkaan. Ne ovat kuitenkin tärkeitä ja välttämättömiä taitoja huumeemaailmassa selviytymiseen, eikä omien opittujen käyttäytymismallien yhtäkkäinen muuttaminen ole helppoa. Sairaalaosastolla tai poliklinikalla näiden eri kulttuurien kohtaaminen voi herättää konflikteja, koska kumpikin osapuoli hahmottaa maailmaa omista arvoistaan ja normeistaan käsin. Huumeiden käyttäjän vuorokausirytmistä tai käsitys ajasta on erilainen kuin työssäkäyvillä ihmisillä. Heidän on usein vaikea pitää kiinni sovitusta ajoista. Esimerkiksi ajanvarauspoliklinikal-

la työskentely on hankalaa, kun potilaat eivät tule sovituille ajoille, tai he tulevat silloin kun heille itselleen parhaiten sopii. Monesti säännöllisyyttä vaativat hoitotoimenpiteet kariutuvat, kun potilas ei pysty noudattamaan sovittuja aikoja. Monella huumeiden käyttäjällä koulun käynti on jäänyt vähiin eikä työelämästäkään ole juuri kertynyt kokemuksia. Käyttäjän maailmassa esim. rockmusiikilla, sarjakuvilla ja playstation-peleillä on aivan toisenlainen sija kuin aikuisilla yleensä on. Osastolla potilaat kaipaavat usein samanlaisia aktiviteetteja, jotka ovat heidän normaalia ajankuluaan kotona. Näiden potilaiden laitoshoitokokemukset ovat usein vieroitus- tai päihdekuntoutusosastoilta. Heidän on joskus vaikea ymmärtää, että somaattinen sairaalaosasto on hyvin erilainen käytännöltään eikä siellä ole samanlaisia aktiviteetteja kuin päihdehoidossa on totuttu. Oman ongelmansa tuo osastojen potilaiden heterogeenisyys. Osastoilla hoidetaan hyvin monenlaisia potilaita. Osa heistä on vanhuksia, osa huonokuntoisia potilaita, joiden perushoito tai vaativat hoitotoimenpiteet vievät runsaasti hoitohenkilökunnan aikaa. Huumeiden käyttäjän on joskus vaikea ymmärtää, että potilaita hoidetaan eri lailla heidän perussairaudestaan johtuen. Näin hoitaja ei voi aina jakaa omaa työaikaansa tasapuolisesti. Levottoman käyttäytymisen takana voi olla turvattomuus ja vaikeus olla yksin, minkä vuoksi potilas saattaa pyytää hoitajan jatkuvaa huomiota.

Huumeiden käyttäjän elämään liittyy monia vaikeuksia. Somaattisten ongelmien lisäksi potilaalla voi olla mielenterveysongelmia, vankeustuomio tulossa, lapsen huostaanottouhka, ei paikkaa missä asua, hän hankkii rahaa huumeisiin rikoksilla tai prostituutiolla jne. Moniongelmaisudesta johtuen on vaikea hahmottaa mitkä asiat kuuluvat kulloisenkin hoitopaikan vastuulle. Hoitokontaktiin päästyään potilas itsekkin on kärsimätön ja haluaisi hoitaa kaikki elämänsä asiat kuntoon. Kärsimyksen ja hädän sietäminen vaatii työntekijältä uudenlaista suhtautumista. Potilaan päihdeongelma ja sen seurannaisvaikutukset ovat kehittyneet vuosien aikana - miten näihin kaikkiin ongelmiin voitaisiin löytää ratkaisu muutaman päivän tai viikkojen hoitojakson aikana?

Potilaan kokemat vieroitusoireet ovat yleinen syy osastohoidon keskeyttämiseen tai omien päihdyttävien aineiden käyttöön hoidon aikana. Vieroitusoireista kärsivä potilas on yleensä ahdistunut, levoton, ärtynyt ja keskittymiskyvytön. Alkoholien ja rauhoittavien lääkkeiden oheiskäyttö voi aiheuttaa sekavuutta ja kouristelua. Se miten eri potilaat kokevat vieroitusoireet on kovin yksilöllistä, myös käytetty aine ja määrät vaikuttavat. Huumeiden käyttäjille on tyypillistä, että heidän on vaikea

sietää minkäänlaista fyysistä epämukavuutta. Lisäksi heillä on voimakas usko että vain kemiallisilla ratkaisuilla voi aikaansaada hyvää oloa ja poistaa kipua. Potilaan mahdollisten vieroitusoireiden hoito osastohoidon aikana tulisi sopia selvästi heti hoidon alkaessa. Jos potilaalla ei ole mitään motivaatiota vieroittautua huumeista ja hakeutua päihdehoitoon, on tärkeä huomioida, miten vieroitusoireet pidettäisiin kurissa osastohoidon aikana. Myönteinen kokemus siitä, että häntä kuullaan ja ymmärretään sekä halutaan auttaa, voi edesauttaa motivaation syntymiseen päihdehoitoon.

Vieroitusoireiden lääkitsemiskäytännöt ovat tällä hetkellä kovin kirjavaisia. Opiaattien käyttäjien lääkehoitona on käytetty buprenorfiinia tai klonidiinia. Amfetamiinin käyttäjien vieroitusoireita on helpotettu haloperidolilla, bentsodiatsepaameilla, klonidiinilla sekä beetasalpaajilla. Hoidossa on monia käytännön ongelmia. Suurin osa potilaista on sekakäyttäjiä, jotka käyttävät useampaa huumetta joko samanaikaisesti vahvistamaan toistensa vaikutusta tai vuorotellen tasaamaan vieroitusoireita. Varsinaisten huumeiden lisäksi väärinkäytetään lääkkeitä. Alkoholien ja rauhoittavien lääkkeiden oheiskäyttö lisää fyysisen vieroitustilan vaikeusastetta (Alaja 1998). Sekakäyttäjä on hyvin lääkehakuinen. Lääkkeiden annostelu on usein järkevää kohdistaa tiettyihin kellonaikoihin ilman tarvittavaa lääkitystä. Potilaalle on myös syytä kertoa heti hoidon alussa, että osaston hoitava lääkäri pääsääntöisesti tekee tarvittavat muutokset lääkehoitoon, eikä niitä muuteta päivystysaikana. Buprenorfiinin ottamista on syytä valvoa, ettei potilas käytä saamaansa lääkettä pistämällä. Lääkehoidosta on hyvä konsultoida päihdelääkäriä. Esimerkiksi bentsodiatsepiinien pitkäaikainen käyttö sairaalahoidon yhteydessä voi aikaansaada potilaalla bentsodiatsepiiniriippuvuuden. Bentsodiatsepiiniriippuvuus yhdessä heroiinin ja buprenorfiinin kanssa, eli ns. kaksoisriippuvuus, taas puolestaan aiheuttaa huomattavan yliannostuskuolemien riskin (Holopainen 1999). Hoitopaikan on myös syytä miettiä mitä tapahtuu sen jälkeen, kun hoito osastolla loppuu: miten ja mistä käsin potilas saa lääkkeensä, vai voidaanko annostus vähitellen lopettaa hoidon aikana. Potilaan kotiutuessa on myös syytä varoittaa hoidon jälkeisestä yliannostuksen mahdollisuudesta.

Viime vuosien aikana terveydenhuoltohenkilöstöön kohdistunut väkivalta on lisääntynyt oleellisesti. Usein väkivaltaisen käyttäytymisen takana on ollut päihtyneet. Tehy ry:n teettämän tutkimuksen mukaan viimeisen vuoden aikana joka kuudes (16 %) terveyskeskusten henkilökunnasta on joutunut fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi. Hoitohenkilökunnasta

45 % ilmoitti, että heitä on nimitelty tai arvosteltu, 33 % oli uhkailtu. Päällekkarkauksen kohteeksi oli joutunut 2 % ja teräaseilla oli uhkailtu 2 % vastanneista (Sanomalehti Ilkka 12.9.1999). Väkivaltaisen käyttäytymisen takana voi olla monia syitä. Päihteet itsessään saavat potilaan käyttäytymään arvaamattomasti, eikä hän itse pysty kontrolloimaan käyttäytymistään. Hänellä voi olla harhoja ja todellisuuden vääristymiä. Väki-valtaa tai sen uhkaa voidaan käyttää tietoisesti keinona saada lääkkeitä tai rahaa. Taustalla voi myös olla potilaan ahdistuneisuus, pelko ja turvattomuus. Henkilökunnan asenteet voivat provosoida väkivaltaan. Väki-valtaista tilannetta edeltää usein potilaan tunne omasta avuttomuudesta ja heikkoudesta. Loukkaantumiset tai vääriymmärrykset vuorovaikutustilanteissa edeltävät usein väkivaltaista käyttäytymistä. Väki-valta voi olla potilaan tuntema ainoa tapa toimia konfliktitilanteissa. Työyhteisön ilmapiirillä ja resurssien riittämättömyydellä on myös osansa. Viime vuosien säästötoimenpiteet ja työn lisääntynyt kuormittavuus lisäävät työstressiä. Silloin ristiriitatilanteita syntyy helpommin ja se näkyy myös potilastyössä. Kärsivällisyys ja kyky välttää vaaratilanteita heikkenee (Söderholm ym. 1999). Työpaikkaväkivalta ei ole ainoastaan työsuojelullinen asia, vaan se heikentää myös työssä viihtyvyyttä. Monissa tutkimuksissa (Nuutinen ym. 1999) on todettu, että huoli väkivallan kohteeksi joutumisesta ja väkivallan uhkan lisääntyminen työssä vähentävät työtyytyväisyyttä.

Jotta osastojen toimintakyky säilyisi ja paranisi, on tärkeää ymmärtää väkivaltaisuuteen liittyvät tekijät ja kehittää henkilökunnan taitoa väkivallan kohtaamiseen. Väki-valta tulisi nähdä siten, ettei se ole pelkästään potilaiden ominaisuus tai henkilökunnan toiminnan seuraus, vaan useiden vaikuttavien asioiden yhteisvaikutuksen tulos (Seikkula ym. 1994). Työyhteisöjen tulisi yhdessä miettiä ja harjoitella miten toimia uhkaavissa tai väkivaltatilanteissa. Rosenthal ym. (1992) selvitti tutkimuksessaan, että väki-valtaan valmistautumaton henkilökunta joutui väki-vallan kohteeksi useammin kuin sellaiset hoitajat, jotka olivat kouluttautuneet väki-vallan kohtaamiseen. Jokaisella työpaikalla tulisi olla oma turvallisuussuunnitelma josta ilmenisi mm. hälytysjärjestelmät, avunsaanti paikalle, turvamiesten käyttö, poliisin kutsuminen paikalle ja mahdolliset pakoreitit. Henkilökunnan koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota väki-valtaa ennustavien tekijöiden tunnistamiseen sekä potilaassa että itsessä, sekä harjoitella rajojen asettamista. Ylipäätään päätavoitteena tulisi olla tietoisuuden lisääminen; itsepuolustustaitojen opettelemisella sinänsä ei ole todettu olevan väki-valtaa vähentävää vaikutusta, joskin

se lisää tilanteiden hallintaa (Seikkula ym. 1994). Työyhteisön jäsenten kohtaamat vaikeat tilanteet ovat henkisesti kuormittavia. Siksi jokainen väkivaltatilanne tulisi keskustella työyhteisössä jälkikäteen. Jälkipuinnin avulla luodaan yhteinen käsitys tapahtuneesta. Se antaa välineitä väkivallan kohteeksi joutuneelle ymmärtää ja hyväksyä oma tilanteensa. Jälkipuinti opettaa uusien tilanteiden ennalta ehkäisyä. Työntekijälle tulisi aina myös tarjota mahdollisuus jälkihoitoon. Henkinen jälkihoito olisi suositeltavaa aloittaa 1-3 vuorokauden kuluttua tapahtuneesta (Suhonen 1999).

1.2.2

Huumeiden käyttäjän kohtaaminen

Hoitosuhte huumeiden käyttäjän kanssa provosoi työntekijässä tavallista enemmän tunteita. Ne voivat olla negatiivisia ja vihamielisiä tai ylenmääräiseen empaattisuuteen ja auttamiseen houkuttavia (Coletti 1998). Oikean tiedon puute on suurelta osalta syynä näihin tunteisiin. Osastohenkilökunnan asiantuntemus on somaattisessa osaamisessa. Sitä vastoin päihdeongelmat ja psyykkiset sairaudet ovat vieraampia. Kuva huumeiden käyttäjästä on syntynyt pitkälti median luoman kuvan mukaan, missä korostuu huumeongelman hallitsemattomuus, rikollisuus ja pessimismi.

Vaikka terveydenhuollon työntekijät näkevätkin päihdeasioiden hoidon toimenkuvaansa kuuluvana, heillä on kielteisiä ja pessimistisiä asenteita päihdeongelmaisia kohtaan (Seppä 1998). Kuussaaren haastattelututkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle havaittiin, ettei huumeasaineiden käyttäjien hoidosta vetäydytä ainoastaan osaamattomuuden vuoksi, vaan taustalla saattoivat olla myös asenteelliset tekijät (Kuussaari 1998). Päihdeongelmainen nähdään välttämättömäksi pahaksi joka vaatii osastolla pitkän ja kalliin hoitojakson ja usein turhaan. Paranemiset tai ”kuiville pääsemiset” eivät terveydenhuollossa näy: parantuneet potilaat eivät tule takaisin. Sen sijaan mieleen jäävät ne usein hankalat tilanteet, kun saman potilaan samoja terveysongelmia hoidetaan yhä uudelleen. Tutkimusten mukaan päihdepotilaat vaistoavat kielteisistä asenteista etenkin prognostisen pessimismin. Eri tutkimusten perusteella prognostinen pessimismi ja tietotaidon puute päihdeasioissa ovat edelleen tukemassa kielteisiä asenteita (Seppä 1998).

Terveydenhuolto on pitkään sysännyt vastuun päihdeongelmien hoidosta sosiaalialalle ja oikeuslaitokselle. Tämä on näkynyt myös yksit-

täisten työntekijöiden kommenteissa, joissa on todettu, ettei huumeiden käyttäjiä tulisi hoitaa terveydenhuollossa tai ainakin he ovat ”väärässä paikassa”. Tänä päivänä päihderiippuvuus määritellään kansainvälisessä tautiluokituksessa sairaudeksi eikä yksinomaan sosiaalisesti ongelmaksi. Myös lainsäädäntö asettaa velvoitteita terveydenhuollolle. Päihdehuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon työntekijät osallistumaan päihdeongelmien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Asetus huumeriippuvaisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta asettaa niinkään terveydenhuollolle uusia velvoitteita. Sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista että priorisointineuvottelukunta ovat sillä kannalla, etteivät potilaan hoitoon saa vaikuttaa hänen taustansa tai se, miten hän on itse mahdollisesti vaikuttanut oman sairautensa syntyyn ja kehittymiseen

Työntekijöiden tulisi saada asiallista ja käyttökelpoista tietoa huumeista, käyttäjien maailmasta, terveysongelmista ja hoitojärjestelmistä. Teoreettinen tieto ei kuitenkaan yksin riitä; yhtä tärkeää on kuulla asiakkaan omia ajatuksia ja kokemuksia ja pyrkiä ymmärtämään sitä alkulttuurissa jossa huumeasiakas elää. Keskustelu potilaan kanssa on parempi tietolähde kuin median luoma yksipuolinen kuva. Aito kiinnostus lisää myös potilaan luottamusta hoitojärjestelmää kohtaan. Yksilöllisyyden näkeminen ja stereotyyppisten näkökulmien purkaminen auttavat näkemään potilaan tilannetta realistisemmin.

Huumeiden käyttäjän hoidossa keskeinen tekijä on vuorovaikutuksen luonne eli se, miten suhtaudumme potilaaseen. Hoitamisen lähtökohdanna tulisi olla humanistinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihminen nähdään vapaana, vastuullisena ja arvokkaana olentona, joka toteuttaa elämänsä tarkoitusta. Huumeiden käyttäjän tulisi kokea, että hänet hyväksytään ihmisenä ja kohdellaan sen mukaisesti. Vuorovaikutuksessa korostuu suoruus ja rehellisyys. Tällöin potilas kokee, että häntä kunnioitetaan tasavertaisena henkilönä, jonka omilla valinnoilla on ratkaiseva vaikutus hänen elämäänsä. Työntekijän tulisi säilyttää oma ammatillisuutensa ja kohdella potilasta aikuisena, vaikka potilaan käyttäytyminen olisikin hyvin lapsenomaista. Asiallinen kohtelu korostaa potilaan omaa vastuuta elämästään.

Huumeiden käyttäjä tarvitsee lujia ja lämpimiä rajoja. Rajojen asettaminen tuo turvallisuutta sekä potilaalle että hoitoyhteisölle. Koko henkilökunnan tulee toimia yhdenmukaisesti ja sitoutua yhteisiin sopimuksiin. Henkilökunta on potilaalle turvallinen isä ja äiti, ymmärrys ja rajat löytyvät jokaisesta työntekijästä. Rajojen asettamisen tulee olla rakentavaa ja potilaan parhaaksi. Se ei saa toimia vallan välineenä. Tarkoituk-

sellinen joustaminen on joskus paikallaan. Tärkeää on, että potilaalle selitetään etukäteen minkälainen käytös on sallittua ja mikä ei. Asia tulisi keskustella potilaan kanssa rauhallisesti selittäen. Jos käytetään kirjallista hoitosopimusta, missä määritellään osaston säännöt, tulee se läpikäydä yhdessä potilaan kanssa. Pelkkä paperin antaminen ei useinkaan toimi. Monella huumeiden käyttäjällä on lukihäiriöitä tai vaikeuksia keskittyä ja ymmärtää lukemaansa tekstiä. Sääntöjen rikkomusten seuraamukset tulisi myös kertoa ja selittää etukäteen. Jos sovittuja rajoja rikotaan, tulisi reagoida aina jollakin tavalla.

Jotta hoitosuhde huumeiden käyttäjän kanssa olisi toimiva, täytyy työntekijän tarkastella omia tunteitaan, asenteitaan ja ajatuksiaan. Tunteet saa hallintaan vain jos ne tunnistaa ja tunnustaa itselleen. Esimerkiksi tunnistamalla inhon tunteensa, kykenee olemaan ammatillisen asiallinen, tai tunnistamalla pelkonsa, kykenee olemaan turvallisen jämmä. Hoidon edellytys ei tarvitse olla että potilaasta pidetään. Myöskään kaikkea ei tarvitse ymmärtää ja hyväksyä. Potilaalla on silti aina oikeus saada tarvitsemaansa asiallista ja hyvää hoitoa.

Potilaiden ongelmilla ja defensesillä on taipumus levitä myös ympäristöön. Hoitoyhteisöön leviää samanlainen rajattomuus, mustavalkoinen ajattelu (split), jatkuva arvostelu ja tyytymättömyys, pelot ja ahdistuneisuus, kuin mitä potilailla on. Huumeekulttuurin normisto voi myös levitä hoitavaan yhteisöön. Käsitys siitä mikä on ”normaalista käyttäytymistä” hämärtyy myös työntekijöiden mielessä. Työntekijöiden on hyvin helppo mennä mukaan yhteiseen tunnetilaan. Silloin yksilöllisyys häviää ja myös vastuu häviää. Työryhmä tarvitsee yhteisiä keskusteluja hoitessaan huumeiden käyttäjiä. Jokaisella työntekijällä tulee olla mahdollisuus purkaa mieltä painavat asiat. Yhdessä laaditut hoitolinjaukset ovat välttämättömyys hoidettaessa huumeiden käyttäjiä. Työryhmän tulisi pystyä tarkastelemaan myös ryhmää kokonaisuutena, sen yhteisiä tunteita ja defensesjä. Terve työryhmä kykenee tarkastelemaan toimintaansa kriittisesti ja rakentavasti ja löytää luovia ratkaisuja ongelmiin. Johtajalla on keskeinen vastuu, jotta yhteiset keskustelut, työnohjaus ja koulutus järjestyvät.

Huumeiden käyttäjän hoitamisen lähtökohta täytyy olla riittävän monipuolinen ja monitieteellinen. Moniammatillisuus on huumeiden käyttäjien hoidossa välttämätöntä. Yhteistyötä tulee kehittää eri ammattialojen välillä organisaatioiden sisällä sekä luoda toimivia yhteistyöverkostoja organisaation ulkopuolelle. Yhteistyö ei ole pelkkää konsultaatia vaan, tarvitaan enemmän todellista dialogia eri ammattiryhmien

välillä. Myös koulutustilaisuuksissa tulisi hyödyntää enemmän toinen toisiltaan oppimista ns. crosstraining-periaatteella.

Huumepotilaan hoitaminen vaatii riittävästi tietoja ja taitoja, pe-
rehtyneisyyttä päihdeongelmiin sekä uskoa potilaan mahdollisuuksiin. Yrjö
Nuorvala on kuvannut hoitotaitojen ja asennoitumisen muodostamaa
hoitoilmastoa ja sen vaikutuksia huumeiden käyttäjän hoitoon.

Taulukko 2.

Huumeiden käyttäjien hoitoilmasto (Y. Nuorvala 1999)

<i>työntekijän asenteet</i>	<i>hyvät hoitotaidot</i>	<i>huonot hoitotaidot</i>
<i>myönteiset asenteet huumeidenk.</i>	1. Lämmin hoito	3. Helteinen hoito
<i>kielteiset asenteet huumeidenk.</i>	2. Pakkashoito	4. Rajuilmahoito

1. Lämmin hoito

Asiakkaan ja työntekijän suhteessa korostuu luottamus, avoimus sekä molemminpuolinen motivoituneisuus. Ristiriitatilanteet pyritään selvittämään yhdessä rakentavasti ja asiakas säilyttää itsetuntonsa, vaikka on kokenut epäonnistumisia. Hoidon tavoitteet ovat realistiset. Retkahdukset nähdään yhtenä hoitoprosessin vaiheena. Hoidossa asetettavien rajojen merkitystä nähdään tärkeänä.

2. Pakkashoito

Hoidon toimenpiteet ovat taitavia ja tehokkaita mutta mekaanisia, kuten esimerkiksi myrkytyksen tai itsemurhayrityksen yhteydessä tehdyt. Suhtautuminen on usein etäisen viileää tai siihen kytkeytyy välillä erilaisia negatiivisia tuntemuksia kiukustumisesta aina vihamielisyyteen asti.

3. Helteinen hoito

Työntekijän tarkoitukset ovat hyviä, mutta hän asettaa hoidon tavoitteet ensisijaisesti tai vain yksin, huomioimatta asiakkaan kokonaistilannetta. Epärealistiset ja omnipotentit tavoitteet ovat riskinä. Asiakas voi kokea odotukset syyllistävinä tai painostavina ja vetäytyy hoidosta.

4. Rajuilmahoito

Loukkaava käyttäytyminen, jopa aggressiivisuus on hoidon vallitsevana tunnelmana ja hoitotoimenpiteet koetaan täysin väärinä. Yhtenä ilmenemismuotona on asiakkaan torjuminen täysin jo ennen hoidon aloittamista. Minkäänlaista turvaa tai suojaa ei tarjota niille, jotka sitä ehkä eniten tarvitsisivat.

1.2.3

Interventiomahdollisuudet somaattisen hoidon aikana

Somaattinen sairaus voi olla potilaalle tilanne, jossa hän ehkä ensimmäistä kertaa pysähtyy miettimään mitä elämältään haluaa. Potilas saattaa olla valmis elämänmuutoksiin ollessaan vakavasti sairas. Tässä tilanteessa työntekijän apu ja tuki on tärkeä, potilaalla on joku jonka kanssa tutkiskella elämäntilannettaan ja vaihtoehtoja. Terveydenhuollon työntekijä voi olla ratkaisevassa asemassa havaitsemassa varhaisvaiheen kokeilut ja vaikuttamassa satunnaiskäyttäjän huumeriippuvuuden ehkäisyyn. Fyysisen terveydenhoidon lisäksi työntekijän tulisi tiedottaa eri hoitovaihtoehtoista, kannustaa hoitoon hakeutumista ja tarvittaessa lähettää erityishoitopaikkoihin. Asianmukaiset sairauskertomusmerkinnot auttavat seuraavalla kerralla arvioimaan hoitoprosessin etenemistä.

Päihderiippuvuudesta irrottautuminen on hyvin pitkäaikainen prosessi. Liian usein huumeiden käyttäjältä vaaditaan heti, ehdoitta ja ilman realistisesti porrastettua hoitosuunnitelmaa siitä, että hän suostuu tavoittelemaan vaativinta päämäärää eli täyshuumeettomuutta lopuksi ikää. Ei tyvestä puuhun vaan suoraan ylimmälle oksalle (Mäkelä 1999). Huumeista irti pääseminen merkitsee koko elämäntavan muutosta eikä se käy hetkessä. Huumeiden käyttäjän ihmissuhteet ja koko elämä toteutuvat huumeiden käytön kautta. Huumeekulttuurin normien, ajattelu- ja

käyttömallien muuttaminen vaatii aikaa ja pitkäjännitteisyyttä. Käytännön asioiden hoitaminen ja itsestä huolehtiminen vaativat opettelua. Paluu normaaliin yhteiskuntaan esim. työpaikan löytäminen tai opiskelemaan pääsy voi olla vaikeaa narkomaanileiman vuoksi. Huumeista vieroittautumiseen ja uuden elämäntavan opettelemiseen saattaa kuluva vuosia. Myönteinen kontakti terveydenhuoltoon voi olla kuitenkin ensimmäinen askel tällä muutoksen tiellä.

Terveydenhuollon työntekijä voi käyttää samantapaisia interventio- menetelmiä kuin päihdehuollossakin. Ensinnäkin on hyvä selvittää potilaan päihteidenkäyttö yksityiskohtaisesti: mitä aineita hän käyttää, miten, kuinka usein, kuinka kauan käyttö on jatkunut, mitä apua hän on hakenut, mitä ongelmia käytöstä on, jne. Potilaan kanssa on hyvä selvittää mitä tukea hän voi saada pyrkimyksessään päihteettömyyteen ja minkälaiset hänen sosiaaliset verkostonsa ovat. Usein on hyvä suunnitella minikälaiset elämäntavan muutokset ovat mahdollisia. Motivoivan haastattelun tekniikka on toimiva työväline hoidon käynnistämiseksi. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on saada asiakas pohtimaan omaa tilannettaan eri näkökulmista ja päättämään muutoksen kannalle. Tyypillistä tälle menetelmälle on luottamuksen synnyttäminen sekä syyllistävän ja moralisoivan asenteen välttäminen. Kysymykset muokataan avoimen kysymyksen muotoon siten, että potilas voi itse vapaasti kertoa tilanteestaan. Motivoivan haastattelun runko sisältää erilaisia strategioita, joista valitaan potilaan tilanteen mukaan sopivimmat (kts. taulukko).

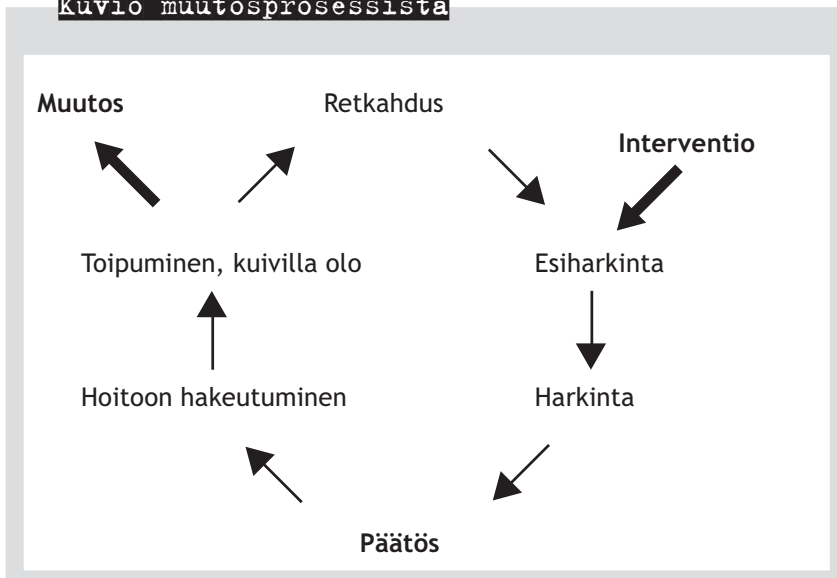
Taulukko 3.

Rollnick kumppaneineen (1992) on laatinut alla olevat teemat, joita voidaan hyödyntää potilaan haastattelussa. (Kajesalo ym. 1996)

1. Avausstrategia: elämäntyyli, stressitekijät ja aineiden käyttö
2. Avausstrategia: terveys ja aineiden käyttö
3. Tyypillinen päivä tai muu ajanjakso
4. Hyvät puolet ja vähemmän hyvät puolet aineiden käytössä
5. Tiedon tarjoaminen
6. Tulevaisuus ja nykyisyys
7. Aineiden käyttöön liittyvän huolen tutkiminen
8. Auttaminen päätöksenteossa

Päihderiippuvuuskäyttäytymisen muuttuminen on hyvin monivaiheinen tapahtumaketju. Prochaska ym. (1992) kuvaamassa vaihemallissa muutos etenee vaiheittain, jolloin vähäinenkin hoitotapahtuma voi laukaista siirtymisen vaiheesta seuraavaan. Esipohdintavaiheessa olevalle asiakkaalle on turhaa tai jopa haitallista esittää aineiden käytön lopettamista tai pitkäkestoista laitoshoidoa. Sen sijaan huomiota voidaan kiinnittää somaattisten oireiden ja levottoman mielialan lievittämisen, mikä on asiakkaalle palkitsevaa (Ahokas 1999). Motivaation syntyyn liittyy tietty ristiriitatilanne: huumeiden käyttöön liittyy sekä hyvää että pahaa. Käytöstä on sekä hyötyä että haittaa, samoin lopettamisesta. Työntekijän tulee pyrkiä yhdessä potilaan kanssa punnitsemaan päihteidenkäyttöön liittyvien myönteisten ja päihteidenkäytön aiheuttamien kielteisten asioiden esiintymistä. Aluksi henkilö itse ei edes tiedosta omaa ongelmaansa. Hän voi selittää asiaa esim. ”hallitsen käytön, voin lopettaa koska vaan” ym. Tässä vaiheessa ongelmaa koskevan tietoisuuden lisääminen voi herättää ihmisen ajattelemaan omaa riippuvuuttaan ja motivoida potilasta muutoksen kannalle. Pohdintavaiheessa ihminen on jo osittain tiedostanut oman muutoksen tarpeen, mutta käytön edut ovat vielä tärkeämmät kuin haitat. Harkintavaihe voi kestää kauankin, muutosvalmiuteen kypsyminen vie aikaa, merkitseehän se koko elämäntavan muutosta. Päätöksentekovaiheessa halu muutokseen on syntynyt. Tärkeää on silloin löytää omat tavoitteet ja itseä motivoivat asiat. (Prochaska ym. 1995, Schaffer 1997, Holmberg 1998, Rollnick ym. 1992).

Kuvio muutosprosessista



1.2.4

Huumehaittojen vähentäminen osana terveydenhuollon työtä

Huumeiden käyttöön liittyy lukuisia terveyteen vaikuttavia haittatekijöitä. Huumehaittojen vähentämisellä tarkoitetaan terveysneuvontaa tai -ohjausta tai hoitotoimia, joilla vähennetään käytön haittoja silloin, kun käytöstä luopuminen ei ole vielä mahdollista. Haittojen vähentämisen avulla huumeiden käyttäjää autetaan työskentelemään saavutettavissa oleviin välitavoitteisiin. Haittojen vähentäminen auttaa käyttäjää pysymään terveempänä, mikä parantaa elämänlaatua. Se myös vähentää huomattavasti yhteiskunnalle aiheutuvia taloudellisia kustannuksia. Pidemmällä aikavälillä se voi myös vähentää huumeiden käyttäjien määrää. Haittojen hallintaan tähtäävä toiminta tulisi luonnollisesti kuulua terveydenhuollolle. Suhtautuminen siihen on kuitenkin ollut hyvin tunnepitoista ja mielipiteet jakautuvat voimakkaasti kahtia. Olisi kuitenkin hyvä muistaa, että terveydenhuollon näköala huumeongelmiin on terveyspoliittinen ja eettinen, eikä kontrollipoliittinen (Launis 1997, Seppä 1997).

Taulukko 4.

Haittojen vähentämiseen tähtäviä toimenpiteitä:

Terveysneuvonta ja -ohjaus
Ruiskujen ja neulojen vaihto
Kondomien jako
B-hepatiitti rokotus
Hiv ja hepatiitti testaukset
Hoitoon ohjaaminen

Huumeiden käyttäjän hoitotilanne terveydenhuollon palveluissa luo luonnollisen ja hyvin otollisen tilanteen haittojen minimointiin tähtäävälle toiminnalle. Sen tulisi kuulua itsestäänselvyytenä jokaiselle huumeepotilasta hoitavalle työntekijälle. Haittojen vähentäminen ei saisi olla pelkkää päihdehoitoon ohjaamista. Potilaan kanssa tulisi keskustella huumeiden haittavaikutuksista, suonensisäiseen käyttöön liittyvistä erityisriskeistä, puhtaiden välineiden käytöstä, pistostekniikasta ja seksi-käyttäytymisestä.

Jotta haittojen vähentäminen tulisi luonnolliseksi osaksi terveydenhuollon työtä se edellyttää työntekijältä riittävästi tietoa huumeista ja huumeiden käytöstä sekä huumeiden käyttäjän elämäntavasta. Ratkaisu on kuitenkin työntekijän asenne. Haittojen vähentämisen näkökulma edellyttää hoitavien henkilöiden asennemuutosta. On luovuttava ”destruktiivisesta auttamispelistä”, jossa auttaja tarjoaa asiakkaalle omia arvojaan ja tavoitteitaan, eikä halua hyväksyä asiakkaan nykytilaa ja omia toiveita (Majoor 1994, Mäkelä 1999). Jos haluaa auttaa, pitää aloittaa sieltä missä asiakas on, eikä sieltä missä auttaja toivoisi asiakkaan olevan (Martin 1997).

2

Osastolla hoidettavien huumeiden käyttäjien ja henkilökunnan haastattelututkimus HYKS Sisätautien klinikan infektiosairauksien toimialalla

2.1

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Huumeiden käytön lisääntyminen viime vuosina on lisännyt merkittävästi huumeiden käyttöön liittyviä infektiokomplikaatioita. Monet näistä infektioista johtavat sairaalahoitoon. Oman erityispiirteensä potilasaineksessa muodostavat hiv-positiivisten huumeiden käyttäjien lisääntyvä joukko.

Terveydenhuollon yksiköissä perehtyminen päihdealan ongelmatiikkaan on ollut vähäistä. Huumeiden käyttöön liittyvistä terveysongelmista, vieroitusoireiden lääkähoidosta ja päihdealan palveluista ei usein ole riittävästi tietoa. Huumeiden käyttäjät ovat usein hyvin moniongelmaisia ja siksi heidät koetaan ”hankalina asiakkaina”. Työntekijöiden asenteet, uskomukset ja pelot voivat myös omalta osaltaan vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Infektioiden hoito keskeytyy usein joko päihdeongelman, riittämättömän hoidon tai henkilösuhteiden kärjistyksen vuoksi.

Huumeiden käyttäjälle akuutin infektion hoito luo kriisitilanteen, jolloin monet käyttäjistä olisivat motivoituneita vastaanottamaan terveysneuvontaa ja harkitsemaan huumeiden käytön lopettamista. Kuitenkin HYKS:n Infektiosairauksien toimialalla saatujen kokemusten mukaan huumeiden käyttäjien ohjaaminen päihdehuollon toimenpiteiden piiriin, tai huumeiden käyttöön liittyvän terveysneuvonnan toteuttaminen akuutin infektion hoitoon liittyen, ei yleensä ole onnistunut.

Tiettävästi huumeiden käyttäjien sairaalassa tapahtuvan somaattiseen terveydenhoitoon liittyviä mahdollisuuksia päihteidenkäytöstä tervehtymiseen, ja toisaalta asiaan liittyviin ongelmiin, ei ole Suomessa aiemmin selvitetty. Tämän HYKS Sisätautienklinikan Infektiosairauksien toimialalla toteutetun pienimuotoisen tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää interventiomahdollisuuksia huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana.

Tutkimuksen tarkoituksena on

1. Kerätä tietoa huumeiden käyttäjien elämäntilanteesta, huumeiden käytöstä, huumeiden käyttöönottoon liittyvistä terveysongelmista ja vieroitusoireiden lääkehoidosta
2. Kerätä tietoa henkilökunnan tietotasosta ja asenteista
3. Kehittää erillisen kirjallisen hoitosopimuksen käyttöönottoa
4. Kehittää oikeaa ICD 10 luokittelua huumeiden käyttäjien diagnoosien kirjaamisessa

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää huumeiden käyttäjien erityispiirteitä sairaalaosaston potilaina. Hankkeen avulla pyritään kartoittamaan mitä mahdollisuuksia huumeidenkäyttäjien akuutti somaattinen sairaalahoido luo päihteistä vieroittumiseen, ja selvittää voidaanko huumeidenkäyttäjien terveysneuvontaa ja hoitoonohjausta toteuttaa somaattisen sairaanhoidon yhteydessä. Tavoitteena on myös selvittää henkilökunnan tietotaitoa ja asenteellisia valmiuksia hoitaa huumeiden käyttäjiä.

Aineisto ja menetelmät

Työmenetelmänä oli haastatella tutkimusaikana 1.10.1999 - 29.2.2000 HYKS:n Infektiosairauksien toimialalla vuodeosastolla hoidettavat potilaat, joiden infektio liittyy huumeiden käyttöön, tai joiden sairaalahoidon aikana käy ilmi heidän huumeiden käyttönsä. Tutkimukseen osallistuivat potilashaastattelujen osalta HYKS Infektiosairauksien toimialan

osastot 4, 5-1 ja 5-2 Aurorasta sekä osasto 131 Meilahden sairaalasta. Tutkimussuunnitelma, haastattelu- ja kyselylomakkeet sekä hoitosopimus hyväksyttiin HYKS:n sisätautien klinikan eettisessä toimikunnassa.

Haastattelu suoritettiin siten, että osastot ilmoittivat tutkijalle osastolla olevat huumeiden käyttäjät heidän suostumuksellaan. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksen tarkoituksesta ja toimituksesta. Jokainen haastateltava sai myös kirjallisen informaation haastattelusta sekä tutkijoiden yhteystiedot. Kaikki antoivat kirjallisen suostumuksensa haastatteluun sekä luvan tarkistaa heidän sairauskertomuksistaan sairaalaantulon syyn, diagnoosit, vieroitusoireiden lääkähoidon sekä hoitopäivien lukumäärän ja uloskirjoituksen syyn. Haastattelussa käytettiin strukturoitua haastattelu-kaavaketta jonka tutkija täytti haastattelutilanteessa. Osastot ilmoittivat 17 potilasta, joista yksi kieltäytyi ja toisen potilaan haastattelu jouduttiin keskeyttämään. Haastateltuja oli yhteensä 15. Lomakehaastattelun lisäksi neljälle potilaalle suoritettiin ns. motivoivan haastattelun periaatteella teemahaastattelu. Nämä haastattelut nauhoitettiin. Näiden neljän potilaan kanssa täytettiin myös kaavake, jossa arvioitiin nelikentällä huumeiden käytön jatkamisen ja lopettamisen etuja ja haittoja.

Haastattelujen kesto vaihteli vajaasta puolesta tunnista kahteen tuntiin. Yleinen suhtautuminen haastatteluun oli hyvin myönteistä ja tunnelma haastatteluissa oli vapautunut. Monet halusivat kertoa asioista laajemmaltikin kuin mitä kysyttiin. Tähän annettiin mahdollisuus ja rajauksia puheenaiheisiin tehtiin vain, mikäli ne oleellisesti poikkesivat käsiteltävistä aiheista. Haastattelutilanteet oli alunperinkin suunniteltu siten, että ne olisivat enemmänkin keskustelutilanteita, joissa myös haastateltavalla on mahdollisuus esittää huumeiden käyttöön ja terveyteen liittyviä kysymyksiä. Haastateltavat olivat hyvin yhteistyöhalukkaita ja kokivat haastattelun tärkeänä osana huumeiden käyttäjien hoidon kehittämässä. Monet ilmaisivat myös halukkuutensa jatkohaastatteluihin, mikäli sellainen tehtäisiin.

Jokainen haastateltu potilas sai myös hoidonarviointilomakkeen, jonka hän voi täyttää hoidon loputtua ja palauttaa nimettömänä suljetussa kirjekuoressa. Näitä arviointilomakkeita palautettiin 8.

Tutkimusaikana oli tarkoitus tehdä kirjallinen hoitosopimus jokaisen huumeita käyttävän potilaan kanssa. Hoitosopimuksen avulla pyrittiin asettamaan selkeät rajat potilaalle, jotta hänen hoitonsa onnistuisi ja osastojen yleinen turvallisuus taattaisiin.

Tutkimusaikana oli tavoitteena kirjata potilasasiakirjoihin potilaiden päihdediagnoosi ICD 10 luokittelun mukaisesti.

Henkilökunnan tietotaidosta ja asenteista kerättiin tietoa erillisellä kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin maaliskesäkuun 2000 välisenä aikana. Kyselyyn osallistuivat osastojen 4 ja 5-2 sekä infektiosairauksien poliklinikan henkilökunta Auroran sairaalasta sekä Meilahden sairaalasta osasto 131 ja päivystyspoliklinikan henkilökunta. Kyselylomakkeita annettiin henkilökunnan täytettäväksi osastonhoitajien tai osaston vastavien lääkärien välityksellä. Lomakkeita palautettiin yhteensä 61 .

2.2

Potilaiden lomakehaastattelut

2.2.1

Haastateltujen taustatiedot

Haastateltavia oli yhteensä 15, joista 4 naista ja 11 miestä. Haastateltavien keski-ikä oli 33 vuotta ja vaihteluväli oli 21-43 vuotta.

Sosiaalis-taloudelliset ongelmat olivat yleisiä kaikilla haastateltavilla. Kukaan heistä ei ollut työssä tai opiskellut (Taulukko 5.). Muutamat kertoivat saavansa lisäksi taloudellista tukea vanhemmiltaan tai sukulaisilta. Rikokset olivat myös yleinen sivutulon lähde joilla rahoitettiin lähinnä huumeidenkäyttöä.

Taulukko 5.

Toimeentulo

Toimeentulo:

		Miehet	Naiset
Eläkkeellä	4	4	
Työtön	5	4	1
Toimeentulotuki	6	3	3

Asumisolosuhteet olivat huonot puolella vastaajista (Taulukko 6.). Yllättäen vanhempiensa luona asuvat eivät olleet kaikista nuorempia vastaajia, vaan mukana oli vanhimpia haastateltavia. Syynä vanhempien luona asumiseen oli useimmiten asunnon menetys tai yleinen pärjäämättömyys. Kukaan haastateltavista ei asunut asuntolassa. Asunnotto-

mat kertoivat viettävänsä kiertelevää elämää, yöpyen kavereiden luona, rappukäytävissä tai missä milloinkin. Asuntoloiden tai yömajojen palveluja he käyttivät hyvin satunnaisesti. Monella oli myös porttikielto useisiin asuntoloihin. Asunnottomuus ei kuitenkaan noussut haastateluissa keskeiseksi elämänongelmaksi. Se oli ikäänkuin elämäntapa mihin on totuttu.

Taulukko 6.

Asuminen

Asumisolosuhteet:

		Miehet	Naiset
Vuokra-asunto	7	5	2
Vanhempien luona	3	2	1
Ei asuntoa	5	4	1

Aineistossa korostuu huumeiden käyttäjien sosiaalinen huono-osaisuus ja syrjäytyminen. Kuva on ehkä hiukan yksipuolinen. Huumausaineiden käytön vaikutukset ihmisen elämään voivat vaihdella suuresti, samoin kun yksilön voimavarat ja elämäntilanteensa vaihtelevat. Vaarana on, että stereotyyppiset käsitykset ohjaavat työntekijän suhtautumista. Ei nähdä huumeiden käyttäjää yksilönä, jolla on oma elämäntarinansa ja oma elämäntilanteensa. Vaikka päihdeongelmaisen elämään kuuluukin paljon kärsimystä, ei elämä ole pelkkää ongelmaa. Jokainen kantaa sisällään omia selviytymiskeinojaan ja voimavarojaan joita työntekijän tulisi auttamissuhteessa osoittaa ja vahvistaa.

2.2.2

Päihteiden käyttö

Huumeiden käyttöaika vaihteli 5 - 30 vuoden välillä. Vaikka tarkempaa käyttöhistoriaa ei erikseen kysytty, niin suurin osa haastatelluista kertoi aloittaneensa noin 10-15 vuoden iässä säännöllisen alkoholinkäytön. Sen jälkeen mukaan olivat tulleet lääkkeet, kannabis ja lopulta amfetamiini tai heroini. Vain kaksi haastateltavista kertoi aloittaneensa runsaamman alkoholikäytön yli 15 vuotiaana ja siirtyneensä sen lisäksi tai sen jälkeen suoraan suonensisäiseen huumeiden käyttöön.

Taulukko 7.**Käyttöaika**

Vuosisia	Käyttäjät
0-5	3
6-10	1
11-15	1
16-20	5
21-25	1
26-30	4
yht.	15

Haastattelussa kysyttiin, mitä päihteitä haastateltavat ovat käyttäneet viimeisen vuoden aikana. Käytettyjen päihteiden kirjo oli varsin laaja. Kaikki haastatellut olivat päihteiden sekakäyttäjiä. Yleisemmin käytettyjä huumeita olivat heroini ja amfetamiini. Amfetamiinia oli käyttänyt 14 ja heroiinia 12 haastateltavista. Katukaupasta ostettu buprenorfiini (Subutex) oli myös yleistä. Subutexiä ilmoitti käyttävänsä 11 ja heistä vain yksi oli vieroitushoito-ohjelmassa mukana. Kannabiksen käyttöä monet eivät edes pitäneet huumeena, sitä käytti 14 haastateltavaa. Vaikka haastatelluilla olikin hyvin huono taloudellinen tilanne, oli ns. muotihuumeiden ajoittainen käyttö yllättävän yleistä. Viimeisen vuoden aikana 7 henkilöä ilmoitti käyttäneensä kokaiinia ja ekstaasia. Muutama oli myös kokeillut crackiä tai LSD:tä. Erilaisten rauhoittavien-, uni- ja särkylääkkeiden käyttö oli erittäin yleistä. Alkoholin käyttö oli vuosien mittaan monella jäänyt hyvin vähäiseksi. Monet kuvasivat että ”alkoholi ei sovi heille”. Koska kysyttiin käytettyjä päihteitä vain viimeisen vuoden aikana, jäivät listalta pois monet aineet joita oli käytetty aiemmin nuoruudessa. Tällaisia olivat mm. liimat ja liuottimet sekä erilaiset sienet.

Haastateltavien huumeiden käytössä kukaan ei ollut enää kokeiluasteella tai satunnaiskäyttäjiä. Huumeiden käyttötiheys oli varsin tiheää. Suonensisäisiä huumeita käytti päivittäin 12 ja viikottain 3 haastateltavaa. Suonensisäinen käyttö oli kaikilla ensisijainen käyttötapa. Monet olivat addiktoituneita pistämiseen. He kuvailivat pistämisen aiheuttamaa mielihyvää ja kertoivat pistävänsä lähes kaikkia aineita vaikka tietävätkin ettei kyseisiä aineita ole tarkoitettu pistettäväksi. Erikseen kysyttäessä monet kertoivat heillä olleen nuorempana itsensä viiltelyä.

Taulukko 8.**Viimeisen vuoden aikana käytetyt päihteet, käyttötiheys ja käyttötapa**

Käyttökerrat: 4. päivittäin Käyttötapa: 1=iv
 (1. sarake) 3. viikottain (2. sarake) 2=suun kautta
 2. 1-2 kertaa 3=polttaen
 kuukaudessa 4=nuuskaten
 1. harvemmin kuin
 1-2 krt kuukaudessa
 0.ei käytä

pot.	alk.	kan.	amf.	her.	eks.	kok.	cra.	lsd	sub.	tem.	ind.	aba.	dia.
1	1 2	3 3	3 1	4 1	1 2	1 4	1 3	1 1	4 1	2 1	1 2	0 0	3 2
2	2 2	2 3	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	4 1	0 0	0 0	0 0	4 2
3	2 2	1 3	1 1	1 1	0 0	0 0	1 3	0 0	4 1	0 0	0 0	0 0	4 2
4	0 0	3 3	3 1	4 1	1 2	1 4	0 0	0 0	0 0	0 0	1 2	0 0	0 0
5	0 0	4 3	2 1	4 1	0 0	1 4	0 0	0 0	3 1	1 1	0 0	0 0	3 2
6	0 0	3 3	4 1	2 1	0 0	0 0	0 0	0 0	3 1	1 1	1 2	0 0	3 2
7	2 2	2 3	4 1	2 1	0 0	1 4	0 0	0 0	2 1	2 1	0 0	0 0	4 2
8	3 2	3 3	3 1	1 1	2 2	1 4	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	1 2
9	2 2	1 3	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	4 1	0 0	0 0	0 0	4 2
10	4 2	4 3	3 1	0 0	1 2	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
11	0 0	0 0	4 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 2	1 2	0 0	4 2
12	0 0	4 3	4 1	1 1	1 2	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	3 2
13	2 2	4 3	2 1	4 1	1 2	1 4	0 0	0 0	4 2	0 0	1 2	1 2	3 2
14	2 2	3 3	2 1	4 1	1 2	1 4	0 0	0 0	3 1	0 0	0 0	0 0	3 2
15	1 2	3 3	3 1	3 1	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	0 0	4 2

Muita käytettyjä aineita: särkylääkkeet, unilääkkeet, morfiini, dolkontin ja poppers

Haastatteluvastaukset kuvaavat hyvin suomalaisen huumeiden käytön leimaa antavaa piirrettä, sekakäyttöä. Holopaisen (1992) mukaan valtaosa huumeriippuvaisista käyttää useampaa kuin yhtä huumetta, joko samanaikaisesti vahvistamaan toistensa vaikutusta tai vuorotellen tasaamaan vieroitusoireita. Esimerkiksi opiaattiriippuvaisilla potilailla esiintyy välillä amfetamiinin käyttöjaksoja, usein säännöllistä kannabiksen käyttöä, bentsodiatsepiinien jaksottaista tai säännöllistä yliannostelua jne. Ainekierteiden pi-tuudet saattavat vaihdella satunnais- ja viikonloppukäytöstä viikkojen, kuu-

kausien, jopa vuosien yhtäjaksoisiin kierteisiin. Erilaiset tilannetekijät, kuten aineen saatavuus, vaikuttavat sekä käyttömääriin että ainevalikoimaan. Tyypillistä tuntuu myös olevan ainevalikoiman laajeneminen pikkuhiljaa. Käyttö on ehkä aloitettu haistelemalla liimoja ja liuottimia tai polttamalla kannabista tai käyttämällä alkoholia ja lääkkeitä. Näistä on siirrytty vähitellen suonensisäisten aineiden käyttöön.

Huolellinen päihdehistorian kartoitus on tärkeä osa somaattisen hoidon suunnittelua. Potilaalta tulisi selvittää kuinka pitkään hän on käyttänyt huumeita, mitä päihteitä hän käyttää sekä käyttötiheys ja käyttötapa. Päihdehistorian kartoitus antaa viitteitä mahdollisista vieroitusoireista sekä auttaa kohdentamaan terveysneuvontaa ja -ohjausta. Päihdehistorian avulla selviää onko käyttö kokeiluasteella, satunnaiskäyttöä vai ongelmakäyttöä. Silloin voidaan paremmin hahmottaa minkä tyyppinen hoitoon motiivointi on potilaalle asianmukaista. Huumeiden käyttö on laitonta toimintaa ja se tekee siitä puhumisen vaikeaksi. Avoimuus ja myönteinen ilmapiiri sekä salassapidon mainitseminen edistävät luottamusta.

2.2.3

Riskikäyttäytyminen

Veriteitse leviäviin infektioihin liittyvä riskikäyttäytyminen oli hyvin yleistä. Yhteisiä pistosvälineitä muiden kanssa ilmoitti käyttäneensä 14. Monilla käyttäytyminen oli kuitenkin muuttunut viimeisen vuoden aikana.

Pelko hiv-tartunnan mahdollisuudesta tai tieto omasta hiv-tartunnasta oli lisännyt pyrkimyksiä käyttää vain omia välineitä. Monet kertoivat, että vaikka tietääkin riskit ja yrittää käyttää vain omia välineitä, niin niissä tilanteissa kun aineen tarve on suurimmillaan ”ei silloin ajattele millä värkeillä pistää”.

Eräs hiv-positiivinen haastateltava kertoi myös, että vaikka hän on kertonut kavereilleen omasta tartunnastaan ei se ole vähentänyt yhteiskäyttöä: ”ei ne välitä kuoleeks ne tänään vai huomenna”. Joku kertoi myös, että ”kaverit ostaa käytettyjä värkkejä kun ei ne viitti hakee niitä Vinkistä”.

Kuitenkin huoli muiden tartuttamisesta oli keskeinen lähes kaikilla hiv-positiivisilla haastateltavilla. Yleensä kaikki ne jotka olivat saaneet tietää omasta hiv-positiivisuudesta olivat kertoneet sen tilanteissa, joissa pistettiin yhdessä. Eräs haastateltava ehdotti, että ”vois vaikka lait-

taa telkkariin kuvan ja nimen niin jengi vois mennä testeihin jos ne tajuis että on tullu vedetty yhdessä”. Hämäävää oli että monet kertoivat käyttävänsä vain omia välineitä, mutta käytännössä tämä merkitsi sitä että usein välineet olivat yhteiset senhetkisen seksipartnerin kanssa. Yhteisten välineiden käyttäminen tuntui olevan jonkinlainen rituaali, jolla vahvistetaan yhteenkuuluvuutta.

Tyypillistä on, että kun suonensisäisten huumeiden käyttö aloitetaan, niin silloin kokeneempi käyttäjä valmistaa annoksen ja pistää sen omilla välineillään aloittelijan suoneen. Monilla saattaa kestää useita kuukausia ennenkuin he alkavat pistää itse.

Monet pistivät useita kertoja päivässä, vain kolme haastateltavista kertoi käyttävänsä joka kerran uusia välineitä. Samoja välineitä käytettiin yleensä 2-4 kertaa. Yleisin välineiden puhdistustapa oli vedellä huuhtominen. Kukaan vastaajista ei keittänyt välineitä. Kloriittia ei ollut käytäntynä kukaan. Yksi vastaaja kertoi käyttävänsä silloin tällöin ”jotakin desinfioivaa ainetta”.

Taulukko 9.

Välineiden puhdistus

potilas	aina uudet	useimmiten uudet	vedellä	muutoin
1	0	0	1	0
2	1	0	0	0
3	0	0	1	0
4	0	1	1	0
5	1	0	0	0
6	0	1	0	0
7	0	0	1	0
8	0	0	1	0
9	1	0	1	0
10	0	0	1	0
11	0	0	1	0
12	0	0	1	0
13	0	1	0	0
14	0	1	1	0
15	0	1	0	1
yhteensä	3	5	10	1

Keskusteltaessa pistämisestä ja välineiden puhdistuksesta, monella haastateltavalla ilmeni monenlaisia vääriä uskomuksia tai tiedon puu-

tetta. Välineitä huuhdeltiin yleisesti hyvin kuumalla vedellä. Joku kertoi sen jälkeen kuivaavansa ruiskun sisältäpäin sormellaan. Monen oli vaikea uskoa sitä, että yhteisen klikkikupin (= huumeannoksen valmistukseen käytetty pieni astia) välityksellä voisi saada tartuntoja. Huumeaineen suodattimena käytettäviä filttareita jotkut käyttivät useampia kertoja. Huumeen liotukseen käytettiin yleisesti vesijohtovettä, tai jos pistettiin esim. rappukäytävässä, voitiin käyttää vaikkapa lunta. Heroiiniannosta valmistettaessa käytettiin joko sitruunatiivistettä tai sitruunaa. Monilla verisuonet olivat erittäin huonokuntoiset, ja he kuvailivat annoksen injisoimisen saattavan kestää pari tuntiakin, kun he eivät löydä verisuonta. Näin pistokertoja saattoi kertyä kymmeniä. Muutamalla verisuonet olivat niin huonokuntoiset ettei laskimoon pistäminen enää onnistunut, joten he pistivät aineen lihakseen.

Kondomin käyttö oli hyvin satunnaista (Taulukko 10.). Syitä miksi kondomia ei käytetty olivat esimerkiksi ”ei vaan tuu hankittua ja silloin kun tarvis niin niitä ei ole”. Kondomin käyttö koettiin myös epämiellyttävänä ja seksuaalista nautintoa vähentävänä. Monet uskoivat pystyvänsä pääättelemään esimerkiksi ulkonäön perusteella tarvitseeko kondomia käyttää vai ei. Joidenkin hiv-positiivisten haastateltavien mielestä kondomin käyttö on turhaa jos kummallakin on hiv. Kondomeja pidettiin liian kalliina, aina ei ole varaa hankkia niitä. Naisilla ehkäisy oli hoidettu vain yhdellä haastateltavasta. Huomioitavaa oli, että naisistakin vain yksi kertoi käyttävänsä kondomia seksisuhteissa. Vaikka seurustelu- tai parisuhteet olivat usein lyhytaikaisia, kondomin käyttöä ei nähty tarpeellisena. Ilmeisesti suojaamattomalla seksillä pyritään vahvistamaan suhteen tunnemerkitystä. Varsin usein ajatellaan, että kroonistuneilla huumeidenkäyttäjillä on hyvin vähän jos ei lainkaan seksiä. Ajatellaan että huumeiden kemiallinen vaikutus aiheuttaa impotenssia tai ettei kovin syrjäytyneillä henkilöillä ole seksikumppaneita. Keskusteluissa haastateltavien kanssa ilmeni että suurimmalla osalla oli ollut seksikontakteja viimeisen parin kuukauden aikana.

Taulukko 10.

Kondominkäyttö

		Miehet	Naiset
Käytän aina	5	4	1
Joskus	4	4	
En koskaan	6	3	3

Seksuaalisuudesta puhuminen tuntui monesta aluksi vaikealta aiheelta ja vastaukset olivat lyhyitä. Monet kuitenkin vapautuivat keskustelemaan asiasta, kun haastattelija esitti lisäkysymyksiä tai kertasi turvaseksiin liittyviä asioita. Naisilla oli jonkin verran seksuaalisen hyväksikäytön kokemuksia. Yksi haastateltava kertoi myös huumeiden rahoitukseen liittyvästä prostituutiosta. Seksisuhteet olivat monilla hyvin satunnaisia. Jotkut kertoivat että huumeet ovat korvanneet seurustelun ja seksin. Moni esitti kaipuun todelliseen seurustelusuhteeseen, mutta ei pitänyt sitä mahdollisena ennen kuin on päässyt eroon huumeista.

Riskikäyttäytymiseen vaikuttaminen vähentää uusiutuvia sairaalahoitajaksoja ja ehkäisee tarttuvien tautien leviämistä. Riskikäyttäytymiseen vaikuttaminen ja haittojen minimointiin tähtäävä toiminta tulisi sisältyä jokaiseen huumeiden käyttäjän hoitokontaktiin. Monelle käyttäjälle huumeista irrottautuminen tuntuu ylivoimaiselta vaatimukselta. Silloin riskikäyttäytymiseen vaikuttaminen saattaa kuitenkin pidemmällä tähtäimellä toimia motivaation käynnistäjänä. Työntekijän tulisi tuntee huumeiden käytön tekniikkaa; annoksen valmistaminen, pistämisprosessi ja käyttöön liittyviä rituaaleja. Oikean pistämistekniikan ja välineiden puhdistamisen opettaminen voisivat olla hoitosuunnitelman mukaisesti toteutettavia asioita. Suomessa kaivattaisiin näihin asioihin liittyvää kirjallista materiaalia, jota voisi jakaa potilaille.

Turvaseksiohjauksen sisältöön ja työntekijöiden valmiuksiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota; ei riitä, että sanotaan ”käytä hän sitten kondomia”. Huumeiden käyttäjien seksikäyttäytymiseen liittyy monia tekijöitä, mitkä tulisi huomioida turvaseksiohjauksessa. Huumeiden käyttäjien ihmissuhteet ovat yleensä välineellisiä ja lyhytaikaisia. Koska elämä on mielihyvähakuista, voi seksistä tulla eräs addiktio muoto ja seksipartnerien määrä voi olla suuri. Joitakin huumeita käytetään nimenomaan vahvistamaan seksuaalisen mielihyvän kokemusta. Huumemaailmassa alistaminen ja seksuaalinen hyväksikäyttö ovat yleisiä. Väkivalta ja raiskaukset jäävät usein uhrin omaksi taakaksi. Prostituutio on yleinen tapa rahoittaa huumeiden käyttöä sekä miehillä että naisilla. Raskaudenehkäisy on usein hoitamatta, koska opiaatteja käytettäessä kuukautiset usein jäävät pois. Raskautta saatetaan toivoa, jotta oma lapsi toisi elämään sisältöä ja lohtua tai se on epätoi-

voinen yritys päästä eroon huumeista. Kaikki edellä luetellut asiat olisi huomioitava potilaan ohjauksessa. Keskustelussa tulisi pyrkiä dialogiin jossa voitaisiin huomioida kukin potilas yksilöllisesti. Seksuaalisuus tulisi nähdä osana ihmisen kokonaisuutta ja olemassaoloa. Neuvonnassa tulisi myös muistaa seksuaalisuuden antama ilo ja energia. Jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus kokea seksuaalista mielihyvää turvallisesti, itseään ja toista vahingoittamatta.

2.2.4

Huumeiden käytöstä aiheutuvat ongelmat

Vain yksi haastateltavista koki, ettei huumeiden käyttö aiheuta hänelle mitään ongelmia. Tosin sama henkilö luetteli toisaalla haastattelussa yli kymmenen huumeiden käytöstä johtuvaa terveysongelmaa. Monet kuvailivat, että huumeiden käyttö on ”pilannut” heidän elämänsä. Huumeiden käytöstä ei enää saatu positiivisia mielihyvän kokemuksia; enemmänkin se auttoi ”pitämään kasassa” tai piti vieroitusoireet ja kivut pois. Yleisimpiä huumeiden käytöstä aiheutuvia ongelmia olivat terveysongelmat sekä rikokset. Taloudelliset ongelmat olivat myös yleisiä, koska kaikki rahat menivät huumeisiin.

Erilaiset rikokset olivat varsin yleisiä. Vain kaksi haastateltavaa kertoi etteivät he ole tehneet rikoksia. Eräällä haastateltavalla tuomioita oli kertynyt yli 40 ja vankilatuomioita oli 20. Monella oli tälläkin hetkellä tuomioita odottamassa. Monet kokivat tulossa olevien vankilatuomioiden olevan yhtenä esteenä pidempiaikaiseen päihdehoitoon hakeutumisessa

Ihmishuuhdeongelmat olivat hyvin laaja-alaisia. Monilla yhteydet omaisiin ja läheisiin olivat katkenneet kokonaan huumeiden käytön vuoksi. Moni koki häpeää ja syyllisyyttä, eikä edes halunnut olla yhteydessä sukulaisiin. Ihmissuhteet olivatkin rajoittuneet lähinnä huumemaailman sisälle ja viranomaisiin. Huumemaailman sisäiset suhteet olivat monen kertoman mukaan kuitenkin varsin hataria, keneenkään ei voi luottaa, kukaan ei ole todellinen ystävä. Aineiden käyttö oli monelle ainoa yhdistävä tekijä. Monet kertoivat sen olevan myös yhdistävänä tekijänä ns. seurustelusuhteissa. Yksinäisyys ja vaikeus luottaa ihmishuuhdeissa korostui kaikilla haastateltavilla. Yksinäisyys ja irrallisuus oli monella lähtöisin jo lapsuuden huostaanottokokemuksista lähtien.

Puolet haastateltavista koki huumeiden käytön aiheuttavan ongelmia suhteessa työhön. Ammattikoulutus oli vain muutamalla haastateltavista. Töissäolosta oli useamman kohdalla kulunut jo useita vuosia. Monella työsuhteet olivat katkenneet lyhyeen juuri huumeiden käytön vuoksi. Eräs haastateltava kuvaili varsin värikkäästi minkälaista työnte-ko oli ollut huumeiden vaikutuksen alaisena. Yksi haastateltavista toivoi pääsevänsä takaisin työelämään mahdollisimman pian; tämän hän koki myös auttavan ratkaisevasti huumeista vieroittumiseen. Haastateltavien sen hetkinen työkykyisyys tuntui kovin kyseenalaiselta, huomioonot-taen heidän sen hetkisen päihdeongelmansa ja elämäntilanteensa. Kuit-tenkin viisi haastateltavaa oli työttömänä työnhakijana ja hankki toi-meentulonsa työttömyyskorvauksilla.

Vaikka haastateltavista vain puolella oli asumisasiat kunnossa, niin ainoastaan neljä haastateltavaa koki huumeiden käytön aiheuttavan asu-misen ongelmia. Monen haastateltavan elämänongelmat olivat niin kroo-nistuneita, että asuminen esimerkiksi asuntoloissa ei ole onnistunut. Mielenterveysongelmat, päihdeongelma ja hiv yhdessä muodostavat lä-hes ratkaisemattoman yhtälön miten heidän asumisensa tulisi järjestää.

Taulukko 11.

Päihteiden käytöstä aiheutuvat ongelmat

<i>potilas</i>	talous	työ	asumis	terveys	ihmis- suhteet	rikkokset	prosti- tuutio
1	1	1	1	1	1	1	0
2	1	0	0	1	1	1	1
3	1	1	0	1	1	1	0
4	1	1	0	1	1	1	0
5	0	1	1	1	1	1	0
6	1	1	1	1	1	1	0
7	1	0	1	1	0	1	0
8	0	0	0	1	1	1	0
9	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	1	0	1	0
11	1	0	0	1	1	1	0
12	1	0	0	1	1	0	0
13	1	0	0	0	1	1	0
14	1	1	0	1	0	1	0
15	1	1	0	1	1	1	0
<i>yhteensä</i>	12	7	4	13	11	13	1

Muita mainittuja huumeiden käytöstä johtuvia ongelmia: vaikeus hoi-
taa asioita, lapsen huostaanotto, epäluuloisuus ja mielenterveysongel-
mat.

Alajan (1998) mukaan huumeiden käyttäjät havaitsevat hyvin
suonensisäisen käytön aiheuttamat fyysiset haitat, mutta he saat-
tavat kuitenkin tarvita ulkopuolista apua tajutakseen psyykkisten
ja ihmissuhteisiin liittyvien ongelmien yhteyden huumeiden käyt-
töön. Syysuhteiden selvittäminen on yksi keino motivoida potilas-
ta hoitoon. Asioiden tarkastelun tulisi olla neutraalia, potilasta
ymmärtävää, ilman moralisointia ja syyllistämistä. Tärkeää on kiin-
nittää huomiota myös niihin positiivisiin merkityksiin, mitä huu-
meiden käyttö tarjoaa ja mitkä pitävät kiinni käytössä. Jotta työn-
tekijä ei kuormittuisi liikaa potilaan elämän ongelmista ja jotta
potilas saisi asianmukaista apua, on paikallaan ohjata potilas tar-
vittaessa erityispalveluiden piiriin.

2.2.5

Terveys

Kysyttäessä mitä terveysongelmia haastateltavilla on ollut tai on huu-
meiden käytöstä johtuen, jokainen haastateltava tunnisti yli kymmenen
erilaista terveysongelmaa. Terveyshaittojen määrä nousi yli kahdenkym-
menen mikäli päihteiden käyttö oli jatkunut yli kymmenen vuotta. Käy-
tetyillä aineilla ei ollut merkitystä terveysongelmien määrään.

Yleisempiä olivat mielenterveyteen liittyvät ongelmat. Haastatelta-
vista 13 oli kokenut itsensä masentuneeksi ja 13 oli ollut psykoosissa.
Unettomuutta oli kokenut 13. Keskittymiskyvyttömyyttä oli 13 ja muisti-
häiriöitä oli 12 haastateltavalla. Itsemurhayrityksiä oli ollut viidellä. It-
semurha-ajatukset olivat huomattavan yleisiä. Paniikkioireet mainitsi yksi
haastateltavista.

Yliannostuksia oli ollut 11 henkilöllä. Heistä suurin osa oli joutunut
ainakin kerran elämässään ensiapuun yliannostuksen vuoksi. Eräs haas-
tateltavista kertoi olleensa hoidettavana ainakin 10 kertaa yliannostuk-
sesta johtuen. Hengityspysähdys oli ollut kolmella. Kouristuksia oli ko-
kenut 11. Ennen kuin paikalle kutsuttiin sairaankuljetus, kokeiltiin yleensä
monenlaisia itsehoitokonsteja.

Erilaisiin tapaturmiin ilmoitti joutuneensa 10 haastateltavaa. Pahoin-
pidellyksi oli joutunut myös 10 henkilöä. Huumeiden käytöstä aiheutu-

vaa väkivaltaista käyttäytymistä itsessään tunnisti 8 haastateltavaa. Monilla tapaturmien tai pahoinpitelyjen seuraamuksena syntyneiden vammojen ja luunmurtumien hoidot olivat jääneet kesken. Kipsit oli usein poistettu itse; myös haavojen ompeleiden poistossa oltiin omatoimisia.

Huumeiden käytöstä johtuvia somaattisia oireita oli koettu yleisesti. Erilaiset kivut ja säryt olivat tyypillisiä oireita. Puutumisen ja tuntopuutokset raajoissa vaivasivat monia. Laihtuminen ja erilaiset ravitsemusongelmat olivat yleisiä. Haastateltavilla oli kausia, jolloin ruoka ei maisnutunut, tai ruokaan ei ollut yksinkertaisesti varaa. Pahoinvointi saattoi rajoittaa riittävän ravinnon saantia. Anemiaa kertoi sairastaneensa puolet haastatelluista. Ajoittain saattoi olla ahmimista. Makeannälkä oli myös tyypillistä. Ripuli- ja ummetuskierteet olivat varsinkin opiaattien käyttäjien ongelmana. Hampaat olivat huonossa kunnossa yli puolella vastaajista. Iho-ongelmia oli 10:llä haastateltavalla.

Suonitulehduksia oli ollut yli puolella. Monilla verisuonet olivat niin huonokuntoiset, etteivät he enää löytäneet suonia vaan pistivät lihakseen. Pistoskohdat eivät rajoittuneet ainoastaan raajoihin, vaan suonia oli etsitty eri puolilta kehoa. Verenmyrkytys oli ollut puolella vastaajista. Keuhkokuumeen oli sairastanut viisi henkilöä. Sydäntulehdus oli ollut kahdella vastaajista.

C- ja B-hepatiitit olivat yleisiä. C-hepatiitti oli 13 haastateltavista ja B-hepatiitti 7:llä. Yhdellä oli ollut myös A-hepatiitti. Hepatiittien tartumisesta muutoin kuin ruiskuhuumeiden kautta oltiin kiinnostuneita. Muutoin ne koettiin ikään kuin kuuluvan asiaan.

Hiv-positiivisia haastateltavista oli 7 henkilöä. Kaikilla haastateltavilla tieto omasta hiv-positiivisuudesta oli todettu viimeisen vuoden sisällä. Osalla hiv oli todettu vasta kyseisen hoitajakson aikana. Vaikka riskikäyttäytyminen olikin yleistä ja siten mahdollisuus saada hiv oli suuri, oli tieto omasta tartunnasta ollut jonkinlainen kriisi. Osalla tartunnan saaneista huumeiden käyttö oli lisääntynyt heidän saatuaan tietää tartunnasta. Vastikään tiedon saaneet potilaat olivat vielä sokkivaiheessa. Heidän oli vielä vaikea hahmottaa, mitä hiv-positiivisuus heille merkitsee. Eräs potilas kuvasi oloaan ”ihan kun päässä ois ilmapallo josta ilmat valuu pikkuhiljaa ulos”. Hiv-positiivisuus oli saanut monen miettimään huumeista vierottumista. Monen ajatukset olivat hyvin ristiriitaiset; yrittääkö eroon aineista vai eläkö loppuelämä periaatteella ”ei ole mitään väliä”.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että huumeiden käyttäjillä on paljon terveydellisiä ongelmia ja että he olivat kiinnostuneita omasta terveydestään. Somaattinen sairaanhoito tarjoaakin ainutlaatuisen mahdollisuuden tarjota yksilöllistä terveysneuvontaa ja ohjausta huumeiden käyttäjille. Huumeiden käyttäjille tulisi tarjota realistista tietoa kaikista huumeiden käytön aiheuttamista terveyshaitoista, ei ainoastaan hepatiiteista ja hiv-tartunnoista. Syy-seuraussuhteiden osoittamisella voidaan vaikuttaa tehokkaammin riskikäyttäytymiseen kuin epämääräisellä pelottelulla terveyden menettämisestä ja ennenaikaisella kuolemalla.

Aineistossa korostuu mielenterveysongelmien suuri osuus. Mielenterveysongelmilla on myös vaikutusta somaattisen hoidon onnistumiseen. Päihdepsykiatrisen konsultaation ja yhteistyön tulisi olla osa hoitokokonaisuutta koko sairaalahoidon ajan.

Pistospaikkainfektiot ja niiden komplikaatiot ovat erittäin yleisiä suonensisäisiä huumeita käyttävillä. Ei-tuomitseva asenne yhdistettynä asialliseen informointiin ja itsehoidon ohjaukseen voi ennalta ehkäistä uusien infektioiden syntymistä. Potilaalta on hyvä kysyä miten hän itse näkee mahdolliseksi välttää infektioiden kehittymistä. Infektioiden hoidon tulisi sisältää yksilöllistä ohjausta pistostekniikassa, välineiden puhdistamisesta ja aseptiikasta.

Heroinin yliannostuksiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet viime vuosina huomattavasti. Olisi hyvä puhua potilaan kanssa miten toimia tilanteessa, kun ystävä on ottanut yliannoksen. Kaikkia huumeiden käyttäjiä tulisi rohkaista hälyttämään apua näissä tilanteissa. Ensiaputaitoja voitaisiin harjoitella vaikkapa terveysneuvontapisteissä.

Hiv-testauksia tehdään osastoilla melko paljon diagnoosin selvittämiseksi. Myös vuodeosastoilla tulisi kiinnittää huomiota ennen testausta tapahtuvaan kaunselointiin; potilaalta tulee aina pyytää lupa testin ottamiseen, hänelle tulee selvittää miksi testi otetaan ja kertoa mitä positiivinen tai negatiivinen tulos tarkoittaa. Positiivisen testituloksen ilmoittamiseen tulee varata riittävästi aikaa. Potilaalle tulee selvittää mitä testitulos tarkoittaa, hänen tunteitaan ja ajatuksiaan tulisi kuunnella ja kysymyksiin antaa vastauksia. Suojautumisen periaatteet tulisi kertoa jo tässä vaiheessa. Infektiosairauksien poliklinikalle varataan aika ja potilasta rohkaistaan sinne menemiseen. Tarjolla olevista tukipalve-

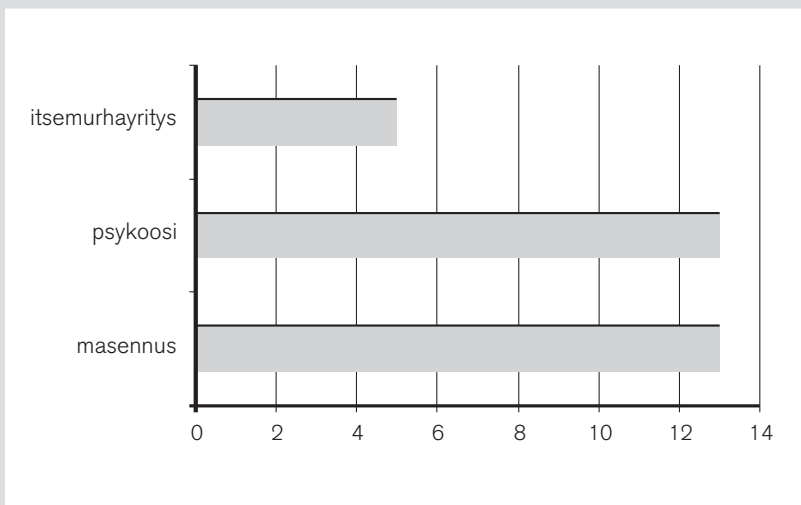
luista annetaan tietoa. Hiv-tartunnan toteaminen aikaansaa aina kriisin potilaassa ja hänen läheisissään, ja se tulee huomioida osastohoidossa.

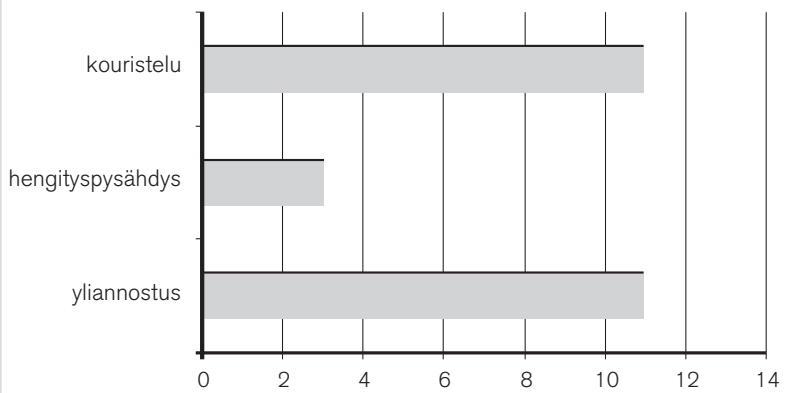
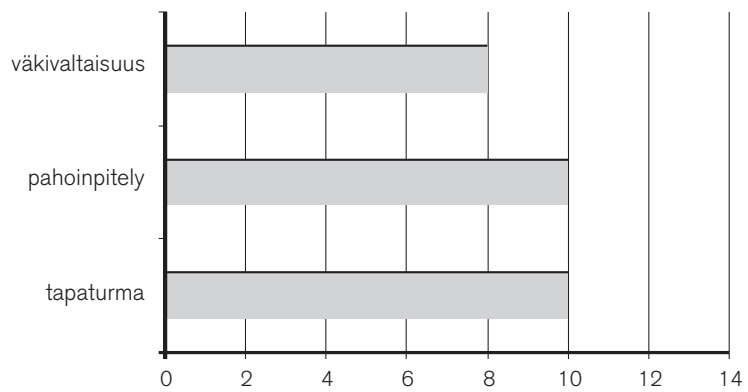
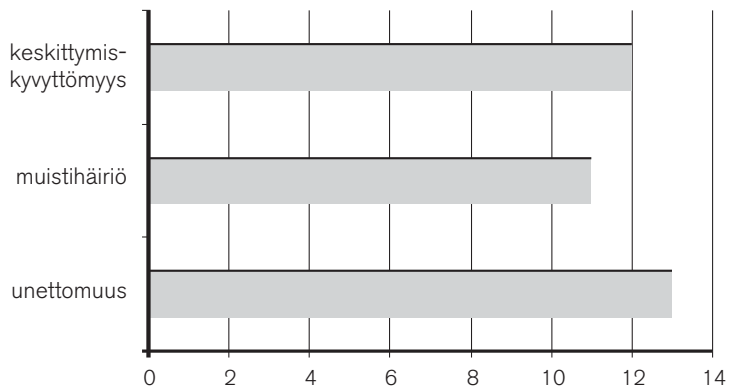
Hiv-tartunnan saaneiden huumeiden käyttäjien kohdalla törmää usein erilaisiin myyttisiin uskomuksiin, esimerkiksi miten hiv koteloituu tai miten taudista paranee, kun on hyvällä tuulella. Edellä mainitut uskomukset toimivat minän puolustusmekanismeina psyykkisesti ahdistavassa tilanteessa. Mielenterveyspotilailla hiv-tartunta voi saada psykoottisia sisältöjä. Torjuminen ja kieltäminen voivat ilmetä myös kiirehtimisenä tai poisjääntinä vastaanotolta. Huumeiden käyttäjien hiv-ohjaus ja neuvonta vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä. Asioita on hyvä läpikäydä yhä uudelleen ja vähän kerrallaan.

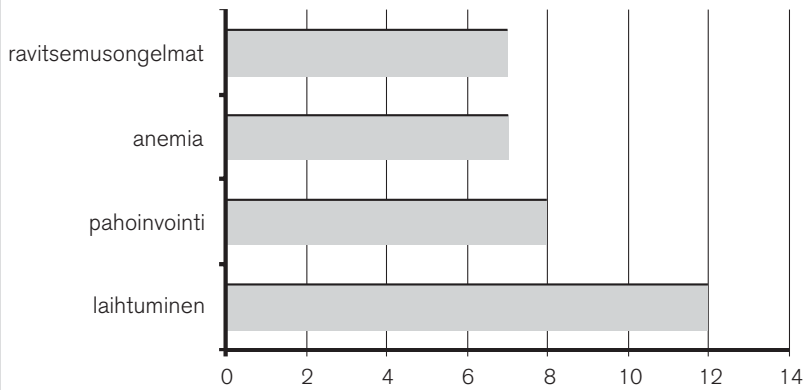
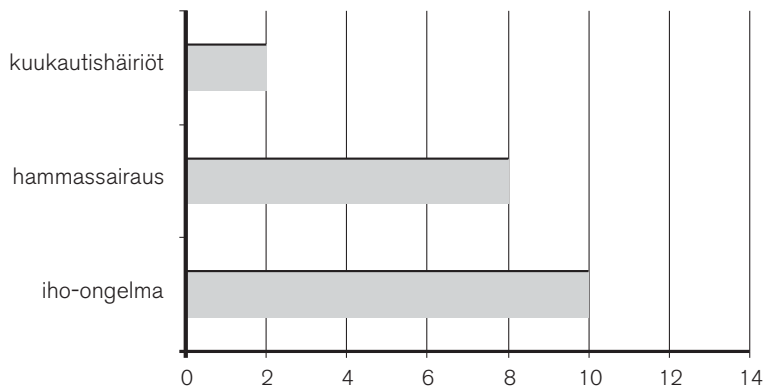
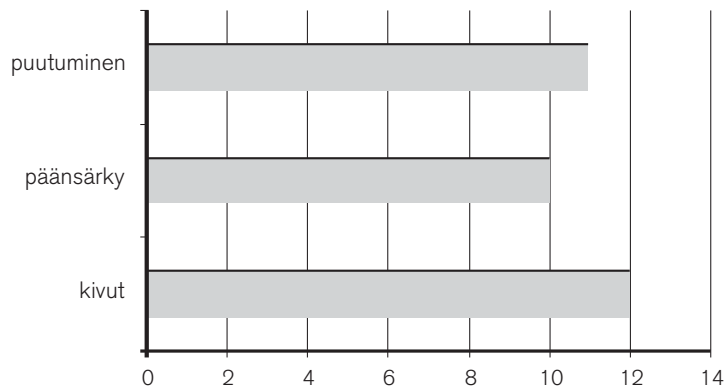
Terveysneuvonnan tehostamisen vaikeutena on asianmukaisen tiedon puute. Huumeiden käytön aiheuttamista terveysongelmista on saatavilla hyvin vähän tietoa ja se on hyvin hajanaista. Päähuomio on kiinnitetty tarttuviin sairauksiin lähinnä hiv- ja hepatiittitartuntoihin. Muut terveysongelmat ovat jääneet hyvin vähälle huomiolle. Jotta terveysneuvontaa voitaisiin tehostaa tulisi aiheesta saada koulutusta ja oppimateriaalia.

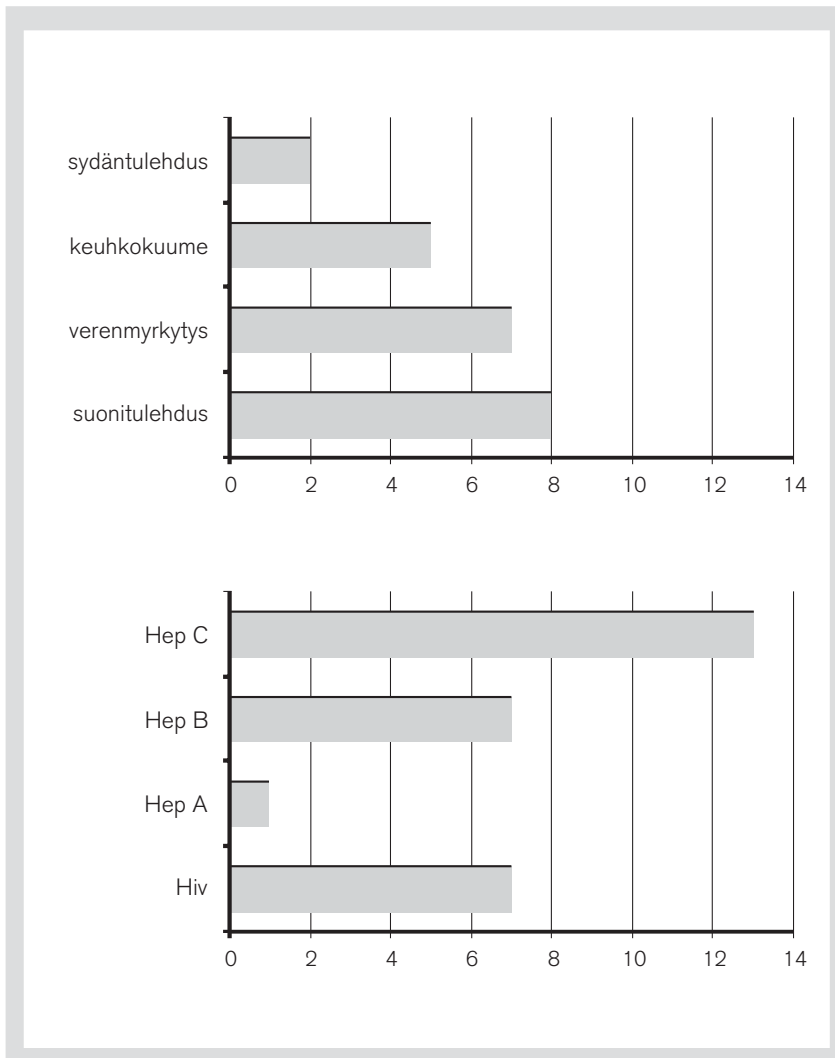
Taulukko 12.

Pylvästaulukot terveysongelmien yhteismäärästä









2.2.6

Kontaktit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin

Kaikilla haastateltavilla oli ollut ainakin yksi päihdehoitokontakti. Suurimmalla osalla oli ollut useita hoitajaksoja eri paikoissa. Tyypillisimmillään hoidot olivat lyhytaikaisia vieroitushoitoja tai A-klinikalla käyntejä. Lähes kaikki pääkaupunkiseudun hoitopaikat olivat tasaisesti edustettuina haastateltavien nimeämässä hoitopaikkojen luettelossa. Meta-donihoito oli keskeytynyt yhdeltä, Subutex-hoidon piirissä oli parhailleen yksi henkilö ja yhdeltä se oli keskeytynyt. Huomioitavaa oli, että haastateltavien joukossa oli kuusi henkilöä, joiden viimeisimmästä päih-

dehoidosta oli kulunut yli viisi vuotta. Heistä neljällä oli asunnottomia ja kolmella oli hiv.

Psykiatrisia hoitoja oli ollut 10:llä haastateltavalla. Heistä suurimmalla osalla hoitojaksoja oli ollut useita. Hoidot olivat pääasiassa sairaalahoidoja. Monella hoidot olivat alkaneet jo varhaisessa nuoruusiässä. Haastateltavat saivat itse kertoa syyn miksi he olivat olleet hoidossa. Monelle se oli jäänyt hiukan epäselväksi, ”kai se oli joku psykoosi”. Vain yksi haastateltava kertoi selvästi sairastavansa paranoidista skitsofreniaa. Tunnelmaksi jäi, että monen haastateltavan kohdalla primäärihäiriö on jäänyt selvittämättä, mikä taas on ollut vaikuttamassa sekä päihdeongelman että sosiaalisen syrjäytymisen kehityksessä. Kenelläkään haastateltavista ei ollut tällä hetkellä kontaktia mielenterveystoimistoon. Jos kontakti oli ollut, se oli siirretty joko terveyskeskukseen tai A-klinikalle

Haastattelussa kartoitettiin myös mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja haastateltavat ovat käyttäneet viimeisen vuoden aikana. Merkittävää on, että haastateltavilla oli runsaasti erilaisia terveysongelmia, mutta heillä ei ollut säännöllisiä kontakteja terveydenhuollon palveluihin. Eniten kontakteja oli joko oman alueen sosiaalitoimistoon tai erityissosiaalitoimistoon. Näissäkin asiointi liittyi etupäässä toimeentuloon liittyviin kysymyksiin. Puolet vastaajista käytti terveysneuvontapiste Vinkin palveluja. Hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille tarkoitettun Linkin palveluja ei ollut käyttänyt kukaan vastaajista. A-klinikkaan oli ollut kontakti neljällä haastateltavalla. Kurvin huumeepoliklinikalla oli asioinut kolme henkilöä. HYKS Huumevieroitusyksikköön oli ollut kontakti yhdellä vastaajalla. Terveyskeskuksessa säännöllisempi kontakti lähinnä reseptin uusimisten vuoksi oli kolmella haastateltavalla. Mielenterveystoimiston palveluja ei käyttänyt kukaan. Muita kontakteja olivat kontaktit yksityislääkäreihin, korvaushoitopoliklinikka, päivätoimintakeskus, lastensuojelu ja Hietalinnan nuorisoasema.

Taulukko 13.

Viimeisen vuoden aikana käytetyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

potilas	soststo	esto	A-kli- nikka	Vinkki	Kurvi	HVY pkl	terv. kesk.
1	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	1	0	0	1
3	1	0	0	0	0	0	0
4	0	1	0	1	0	0	0
5	0	1	1	0	1	0	0
6	0	1	0	1	0	0	0
7	0	1	0	1	1	0	1
8	1	0	0	0	0	0	0
9	1	0	1	1	1	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0
11	0	1	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	1	1	0	0	0
14	1	0	0	1	0	1	0
15	1	0	0	0	0	0	1
yhteensä	7	5	4	7	3	1	3

Terveysongelmien suuri määrä ja kontaktien vähäisyys terveydenhuollon palveluihin ovat melkoisessa ristiriidassa keskenään. Päihdeongelmainen potilas näyttää edelleenkin kuuluvan vain ja ainoastaan päihdehoidon piiriin.

Vastauksissa näkyy miten helposti huumeiden käyttäjä ennen pitkää tippuu hoitojärjestelmien ulkopuolelle. Moniongelmaista asiakasta pallorellaan eri hoitotahojen välillä ilman, että kenelläkään on hoitovastuuta. Tarvittaisiin enemmän matalan kynnyksen hoitopaikkoja, missä huomioitaisiin asiakkaan kokonaistilanne ja minne hakeutuminen olisi mahdollisimman helppoa.

Somaattisen sairaalaosaston näkökulmasta katsottuna potilaiden ohjaaminen päihdepuolelle jatkohoitoon on monesti kovin vaikeaa. Lähet- ja maksusitoumuskäytännöt ovat varsin kirjavat. Potilaita juoksetetaan usein paikasta toiseen. Yhteistyö eri hoitoyksikköjen välillä tuntuu olevan lähes olematonta. Turhauttavalle tuntuu, kun potilasta on hoidettu useita kuukausia somaattisella osastolla ja kotiutusvaiheessa ei löydy mitään paikkaa missä poti-

las voisi odotella päihdehuollon laitoshoitopaikkaa. Uudenlaisia toimivia hoitopolkuja tulisi kehittää yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välistä sekä terveydenhuollon sisällä tapahtuvaa yhteistyötä tulee kehittää joustavammaksi ja paremmin asiakkaan tarpeisiin vastaavaksi. Työntekijöiden erilaiset viitekehykset, hoitokäytännöt ja ammattiterminologia tulisi nähdä mahdollisuuksina hahmottaa ongelmia ja ratkaisuja laaja-alaisesti. Turha hierarkisuus ja kilpailu estävät toimivaa yhteistyötä. Tasa-arvoinen ja avoin vuorovaikutus sen sijaan mahdollistaa yhteisten ratkaisujen löytämistä.

2.2.7

Haastateltavien arviot päihteiden käytöstään tulevaisuudessa

Haastateltavia pyydettiin kertomaan oma käsityksensä siitä, mitä he ajattelevat omasta päihteiden käytöstään tulevaisuudessa. Haastateltavista kuusi ilmoitti haluavansa lopettaa päihteiden käytön kokonaan. Haastateltavista kolme halusi vähentää ja kolme halusi siirtyä miedompiin aineisiin. Kysyttäessä tarkennuksia edellisiin vastauksiin, vastaukset vaihtelivat jonkin verran. Joku tarkoitti sillä korvaushoitoon pääsyä, joku koki ettei pysty heti lopettamaan kokonaan, vaan yrittää pikkuhiljaa aine kerrallaan vähentää. Joku halusi jättää kaikki muut aineet pois paitsi kannabiksen. Vastaajista kaksi ei osannut sanoa ja yksi halusi säilyttää tilanteen ennallaan.

Taulukko 14.

Käsitykset päihteiden käytöstä tulevaisuudessa.

		Miehet	Naiset
Lopettaminen	6	4	2
Vähentäminen	3	2	1
Miedompiin	3	3	
Ennallaan	1		1
EOS	2	2	

Potilaan omat käsitykset päihteiden käytöstä tulevaisuudessa antavat viitteitä siitä, minkälainen tuki ja motivointi on sillä hetkellä asianmukaisinta. Sairaalaosastohoito voi toimia päihteettömyyteen motivoivana tekijänä. Somaattinen sairaus pysähdyttää miettimään oman elämän kulkua. Työntekijä voi hyödyntää tätä tilannetta vahvistamalla potilaan pyrkimyksiä päihteistä vieroittamiseen. Motivoivan haastattelun avulla voidaan vahvistaa potilaan päätöstä lähteä hoitamaan omaa päihdeongelmaa. Usein puhutaan vain potilaan hoitomotivaatiosta, yhtä tärkeää on työntekijän oma motivaatio. Työntekijän antama tuki ja ohjaus kannustaa parhaimmillaan realistisiin tavoitteisiin. Liian idealistiset tavoitteet tai pessimistinen asenne voivat tukahduttaa motivaation.

2.3

Osastohoitojakso

Hoitopäivien lukumäärä osastolla vaihteli 4-71 vuorokauteen. Alle viikon mittaisia hoitoja oli kuudella vastaajalla, ja yli kuukauden pituisia hoitoja oli viidellä. Hoidon loppumisen syy sairauskertomusten merkintöjen mukaan oli yleensä hoidon tarpeen päättyminen. Kaksi potilasta siirtyi muualle jatkohoitoon, yksi potilas jäi palaamatta asioinneiltaan ja yksi potilas uloskirjoitettiin väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi. Sairauskertomusmerkinnöistä ei tullut ilmi, oliko potilaan hoidon päättymiseen ollut vaikuttamassa omien huumausaineiden käyttö tai muu hoitosopimuksen rikkominen.

Sairaalahoidon syyt

Haastateltavilta kysyttiin heidän omaa käsitystään siitä miksi he ovat tulleet sairaalaan ja haastattelija kirjasi tulossynyn sairauskertomuksista. Potilaiden käsitykset sairaalaan tulon syistä ja sairauskertomusmerkinnät olivat yhteneviä. Sairaalaan tulon syyt vaihtelivat paikallisista infektioista hiv-lääkityksen aloittamiseen.

Lähes kaikkien potilaiden sairaalahoidon syyksi johtui huumeiden käytön aiheuttamista infektioista. Kuudella potilaalla oli sairaalaan tulon synnä ihon tai ihonalaisen kudoksen bakteeri-infektio. Sepsis tai sepsiksen jälkitila oli sairaalahoidon synnä kolmella potilaalla. Kaksi potilasta oli sairaalahoidossa alempien hengitysteiden infektion takia. Maksatulehdusta

sairastavia potilaita oli kaksi, toisella heistä oli kyseessä B-hepatiittiviiruksen aiheuttama akuutti infektio ja toisella maksatulehduksen syy jäi epäselväksi. Kahden potilaan sairaalaantumisen syy liittyi suoraan hiv-infektioon, toisella heistä oli alkuvaiheen tautiin liittyvä aivokuume ja toisen potilaan kohdalla arvioitiin mahdollisuuksia hiv-lääkityksen aloittamiseen.

Päihdediagnoosit

Tutkimusajankohtana tavoitteena oli kiinnittää huomiota myös päihdediagnoseihin. Jostain syystä tämä tavoite ei toteutunut toivotulla tavalla. Yhdellekään tutkimuspotilaalle ei asetettu päihdediagnoosia. Myös muut sairauskertomusten merkinnät esim. potilaan huumeiden käytöstä ja hoitoon ohjauksesta olivat sattumanvaraisia.

Päihdediagnoosien kirjaamattomuus saattoi johtua siitä, että tarvittava asiantuntemus päihdediagnoosin tekemiseen oli puutteellinen. Tätä seikkaa voitaisiin korjata lisäämällä vuodeosastoilla toimivien lääkärin koulutusta päihdelääketieteestä. Toinen vaihtoehto on päihdelääkärin osallistuminen nykyistä tiiviimmin hoitotiimiin, kun huumeidenkäyttäjiä hoidetaan somaattisella vuodeosastolla. Esimerkiksi Tukholmassa Huddingen sairaalassa päihdelääketieteellinen tiimi osallistuu päivittäin tällaisten potilaiden hoitoon infektio-osastolla. Näin pienen otoksen perusteella on vaarallista tehdä yleistyksiä päihdediagnoosien kirjaamiskäytännöistä. On kuitenkin mahdollista, että Suomessa sairaaloiden pois-toilmoitusten perusteella tehdyt johtopäätökset aliarvioivat huomattavasti huumeidenkäytön aiheuttamaa kuormitusta terveydenhuollolle.

Asianmukaisilla sairauskertomusmerkinnöillä ja päihdediagnoseilla on tärkeä merkitys, kun potilas seuraavan kerran tulee hoitokontaktiin. Päihdediagnoosi antaa nopeasti pääpiirteittäisen kuvan potilaan ongelmista. Sen ja muiden sairauskertomusmerkintöjen pohjalta voidaan helposti tarkistaa mikä on huumeiden käyttötilanne ja sen hetkinen avun tarve. Sairauskertomusten merkinnät potilaan päihteiden käytöstä, järjestyshäiriöistä tai motivaatiosta päihteistä vierottautumiseen auttaisivat uudessa hoitopaikassa hoidon suunnittelua. Selkeät merkinnät siitä mihin potilas on ohjattu jatkohoitoon, onko varattu aika vai onko kehoitettu hakeutumaan omatoimisesti johonkin päihdehoitoon, auttaa myös jatkossa potilaan hoitopolun suunnittelua.

Vieroitusoireet

Osastolla olevien huumeiden käyttäjien vieroitusoireiden lääkehoito on ongelmallinen asia. Kokemukset vieroituslääkehoidosta pohjautuvat yleensä päihdelaitosten käytäntöihin. Tilanne somaattisella osastolla on hyvin erilainen. Potilaat tulevat osastolle yleensä akuuttien somaattisten oireiden vuoksi, eikä heillä itsellä välttämättä ole mitään motivaatiota vieroittautua huumeista. Tämän vuoksi näiden potilaiden toleranssi kestää vieroitusoireita on hyvin alhainen. Monella potilaalla somaattinen sairaus aiheuttaa kipuja, joita huumeiden käyttäjien on vaikea sietää, koska he ovat tottuneet lääkitsemään välittömästi pahaa oloa tai kipua huumeilla. Vuodepotilaana olo lisää turvattomuutta ja aikaansaa regressiota, joka omalta osaltaan lisää vieroitusoireena ilmenevää ahdistusta. Somaattisella osastolla vieroitusoireita poistavalla lääkityksellä pyritään ensisijaisesti turvaamaan somaattisen hoidon onnistuminen.

Tutkimusaikana potilaiden vieroitusoireiden lääkehoitona osastolla käytettiin yleisemmin buprenorfiinia. Potilaiden buprenorfin lääkehoidon aloituksessa konsultoitii HYKS:n Huumevieroitusyksikköä. Osastoilla käytettiin Temgesic-valmistetta mieluummin kuin vieroitushoidossa käytettyä Subutexia, jotta asiat eivät sekoittuisi potilaiden tai henkilökunnan mielessä. Potilaista kolme sai vieroitusoireisiin ainoastaan buprenorfiinia ja kuusi potilasta sai buprenorfinin lisäksi diatsepaamia ja neljä potilasta sai pelkästään diatsepaamia. Yhdellä potilaalla vieroitusoireet hoidettiin Esucos-lääkityksellä. Joillekin potilaille oli määrätty haloperiolia tarvittaessa, mutta sitä ei käytetty. Yksi potilas ei saanut lainkaan vieroitusoirelääkitystä. Lääkehoidon suurin ongelma oli, ettei lääkeannostusta pystytty aina asteittain lopettamaan ennen potilaan sairaalasta kotiutusta. Periaatteena oli, ettei vieroitusoireisiin käytetyistä lääkkeistä kirjoitettu reseptejä mukaan. Lääkkeiden ottoon täytyi kiinnittää erityistä huomiota, jotta potilaat eivät varastoisi saamiinsa lääkkeitä ja myisi niitä edelleen tai etteivät he käytä niitä suonensisäisesti.

Taulukko 15.

Vieroitusoireiden lääkehoito

Lääke	Potilaiden lukumäärä
Temgesic	3
Temgesic + Diapam	5
Temgesic + Diapam +Serenase	1
Diapam	4
Esucos	1
Ei lääkehoitoa	1
Yhteensä	15

Vieroitusoireiden hoito vuodeosastoilla on kovin kirjavaa. Vieroitusoireiden lääkekäytäntöjä tulisi yhtenäistää ja selkiyttää. Metadonin käyttömahdollisuuksia vieroitusoireiden hoidossa tulisi miettiä, samoin amfetamiinin käyttäjien ja sekakäyttäjien vieroitusoireiden hoitoa tulisi kehittää. Myös muiden kuin lääkkeellisten hoitomahdollisuuksien, esim. akupunktion käyttöä vieroitusoireiden hoidossa tulisi kokeilla.

Toiveet osastohoidosta

Haastattelun lopussa haastateltavilta kysyttiin mitä he toivovat osastohoidolta.

Karkeasti ryhmitellen toiveet voidaan jakaa seuraavasti:

- Paraneminen
- Jatkohoidon järjestyminen
- Tietoa terveydentilasta ja itsensä hoitamisesta
- Tukea huumeista vieroittumiseen
- Ymmärtämystä, hyväksyntää ja tukea

Yleisin toive oli paraneminen tai tervehtyminen. Toiveet paranemisesta olivat hyvin kokonaisvaltaisia esim. ”sielullista ja fyysistä kuntoutumista” tai ”terveydentila kontrolliin”.

Monet esittivät myös toiveen päästä päihdehoitoon. Haastateltavien kohdalla oli suuria yksilöllisiä eroja mitä he toivoivat jatkohoidolta. Joillakin oli hyvin selvää minkälaiseen päihdehoitoon he haluaisivat. Lääk-

keellinen vieroitushoito; joko Subutex- tai metadonihoitoon pääsy oli useamman toiveena. Monilla toive oli yksinkertaisesti vain jatkohoidon järjestyminen. Joillakin taas prosessi oli niin alkuvaiheessa, että heidän toiveensa oli ainoastaan saada tietoa päihdehuollon laitoksista ja mahdollisuuksista päästä niihin. Vaikka haastateltavat toivat hyvin selvästi esille halukkuutensa jatkaa osastohoidon jälkeen päihdehoitoa, tietävästi vain muutama siirtyi suoraan päihdehuollon laitokseen. Myöskään sairauskertomusten loppulausunnoissa oli vain harvoin merkintä siitä mihin potilas oli ohjattu päihdeongelman vuoksi.

Oma terveydentila ja itsensä hoitaminen kiinnosti suurinta osaa haastateltavista. Haluttiin kokonaisvaltaista terveydentilan kartoitusta, ”tutkimuksia päästä varpaisiin”. Moni halusi tietää onko heillä hiv. Ne, joilla hiv-tartunta oli todettu, toivoivat yleisesti tietoa hiv:stä tai tietoa omasta ennusteesta.

Henkilökunnalta toivottiin apua kestää vieroitusoireita sekä apua ylipäätään huumeista eroon pääsyssä. Toiveet eivät olleet kovinkaan konkreettisia mitä kyseinen apu voisi olla. Toiveena oli mm. ”uusia ajatuksia vuodelle 2000” ja ”uskoa elämään”. Yleisin toive oli saada tukea huumeista irti pääsemiseen.

Ymmärryksen ja hyväksynnän tarve ilmaistiin usein. Taustalla saattoi olla myös pelokkuus ettei jätettäisi yksin. Eräs haastateltava ilmaisi asian seuraavalla tavalla: ”että pysyisin rauhallisena, etten olisi pelokas, että minua kunnioitettaisiin sellaisena kuin olen, että henkilökunnan pinna ei palaisi, että he ymmärtäisivät minua ja tilannettani”. Monien kohdalla tuli yleinen toive siitä, että heidät hyväksyttäisiin ”vaikka olenkin narkkari”. Moni esitti toiveita myös omaa käyttäytymistään kohtaan, ”ettei oma pinna katkeis”, ”että osaisin olla”.

Hyvin helposti huumeiden käyttäjä hahmotetaan ainoastaan hänen päihdeongelmansa kautta. Huumeita käyttävien potilaiden toiveet oman hoitonsa suhteen eivät kuitenkaan eroa siitä mitä potilaat yleensä toivovat omalta hoidoltaan: paranemista, informointia, ohjausta ja ymmärrystä. Huumeiden käyttäjien hoidon lähtökohdat sopivat hoitamisen yleisiin periaatteisiin. Hoitamisen lähtökohdat ovat: ihmisarvo ja kunnioitus, hoidon tavoitteellisuus, luottamuksellisuus ja ammatillisuus.

Hoitohenkilökunta tuntee usein avuttomuutta huumeiden käyttäjän hoidossa. Vaatimukset oman päihdetietämyksen suhteen voivat olla kohtuuttomia. Kukaan ei voi olla asiantuntija kovin

monella eri alueella. Hoitajilla on kuitenkin monia perusvalmiuksia, joita he voivat hyödyntää huumeiden käyttäjän hoidossa ja joilla voi olla ratkaiseva merkitys potilaan hoidon kannalta. Huumeiden käyttäjien perustarpeiden tyydyttämisessä ja arjesta selviytymisessä saattaa olla monenlaisia puutteellisuuksia, joihin he tarvitsevat tukea ja ohjausta. Hoitaja voi antaa ohjausta ja tukea mm seuraavissa asioissa:

- a) ravitsemukseen ja nestetasapainoon liittyvät ongelmat
- b) henkilökohtainen hygienia ja puhtaus
- c) lepo ja liikunta
- d) läheiset ihmissuhteet ja muut sosiaaliset suhteet

2.4

Potilaiden esittämät arviot osastohoitojaksosta

Jokainen tutkimukseen haastateltu potilas sai hoidon arviointilomakkeen, jonka he saivat palauttaa nimettömänä suljetussa kirjekuoressa. Näitä arviointilomakkeita palautettiin 8 kappaletta.

Potilailta pyydettiin mainitsemaan kolme tekijää, jotka ovat edistäneet hyvää oloa ja paranemista tällä hoitojaksolla sairaalassa. Tällaisia tekijöitä olivat:

- Henkilökunnan ystävällinen ja asiallinen suhtautuminen
- Sai kertoa asioistaan, tuli kuulluksi
- Rauhallisuus
- Hyvä hoito, hyvät lääkkeet
- Perheen huomiointi
- Hyvä ruoka

Henkilökunnan ystävällinen ja asiallinen suhtautuminen nousi selvästi tärkeimmäksi hoitotyytyväisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi. Henkilökunnan suhtautumista kuvailtiin ystävälliseksi, kannustavaksi ja asialliseksi. Asiallinen kohtelu siitä huolimatta että on huumeiden käyttäjä, tuntui olevan erittäin merkittävää monelle. Toinen tärkeäksi koettu tekijä oli, että oli saanut puhua asioistaan ja että oli tullut kuulluksi. Rehellisyys ja luottamuksellisuus keskusteluissa oli ollut merkittävä tekijä.

Monet mainitsivat keskustelut erityistyöntekijöiden kanssa erittäin tärkeiksi. Kolmas tekijä joka mainittiin usein oli rauhallisuus. Asiaa ei sen tarkemmin selitelty mitä sillä tarkoitettiin. Voi ehkä olettaa, että hoitajako sairaalan osastolla voi tuntua huumeiden käyttäjän kaotoiseen arkielämään verrattuna rauhalliselta ja rauhoittavalta. On mahdollisuus levätä ja kasata voimia. Ei tarvitse koko ajan miettiä mistä saa rahaa tai mistä saa seuraavan yösijan. Perussairausten hoitoon oltiin tyytyväisiä. Henkilökunnan asiantuntemusta omalla alallaan arvostettiin. Hyvillä lääkkeillä tarkoitettiin sekä tehokkaita antibiootteja, särkylääkkeitä että vieroitusoireiden hoitoon käytettyjä lääkkeitä. Yksittäisenä mainintana oli, että hoidon aikana oli huomioitu läheisiä ja järjestetty perhetapaaminen. Yksi maininta oli, että hyvä ruoka oli ollut tärkeä tekijä paranemisessa.

Potilaita pyydettiin myös mainitsemaan ne hoitoon liittyvät asiat, mihin he eivät olleet tyytyväisiä. Tätä palautetta oli yllättävän vähän. Monet ilmoittivat, että he olivat tyytyväisiä hoitoonsa, eivätkä esittäneet mitään asiaa mihin he eivät olisi tyytyväisiä. Yleisin tyytymättömyyden syy oli että potilas ei omasta mielestään saanut riittävästi vieroitusoireisiinsa lääkitystä tai ei saanut haluamiaan lääkkeitä. Toinen esille nouseva asia oli, että potilas oli kokenut, ettei hän ollut saanut riittävästi tietoa omasta sairaudestaan. Muita tyytymättömyyden aiheita olivat esim. ”olen ollut 16-vuotta heroinisti ja tähän perussairauteen en ole saanut asianmukaista hoitoa” ja siirtäminen toiseen sairaalaan.

Potilaita pyydettiin kuvaamaan miten he olivat kokeneet vieroitusoireet hoidon aikana. Kolmella potilaalla ei ollut lainkaan vieroitusoireita, kahdella ne olivat olleet lieviä ja lopuilla melko voimakkaita tai erittäin voimakkaita. Potilaiden kokemat vieroitusoireet eivät aina olleet suhteessa heidän antamaansa palautteeseen lääkehoidon riittämättömyydestä. Potilas saattoi kuvata, ettei hänellä ollut vieroitusoireita mutta edellisessä kysymyksessä hän oli esittänyt tyytymättömyytensä rauhoittavien lääkkeiden vähäisyyteen.

Taulukko 16.

Vieroitusoireet osastohoidon aikana

Ei vieroitusoireita	3
Lieviä vieroitusoireita	2
Melko voimakkaita vieroitusoireita	2
Erittäin voimakkaita vieroitusoireita	1

Seuraavaksi kysyttiin, mitä hyötyä tai haittaa heille oli ollut kirjallisesta hoitosopimuksesta. Kuten aiemmin todettiin, kirjallisen osastohoitosisopimuksen systemaattinen käyttö ei onnistunut kaikilla osastoilla. Neljässä lomakkeessa ko. kysymys oli jätetty tyhjäksi tai siihen oli kirjoitettu, ettei potilas ollut saanut kyseistä hoitosopimusta. Potilaista kaksi koki, että hoitosopimuksen haittana oli ollut kavereiden vierailujen rajoittaminen. Yksi potilas ilmoitti, ettei hoitosopimuksesta ollut mitään haittaa hoidon toteutumisen kannalta. Myönteisenä oli koettu, että heti sairaalaan tullessa oli kerrottu säännöt. Yksi potilas oli kokenut myönteisenä keskustelutilanteen missä hänelle oli esitelty hoitosopimus.

Potilailta kysyttiin heidän omia arvioitaan hoidon päättymisen syistä. Yleisin syy oli hoidon tarpeen päättyminen osastolla. Potilaista kaksi koki, että lääkärin päätös on keskeisin syy hoidon loppumiseen. Yksi potilas ilmoitti, ettei hän tiedä miksi hoito osastolla päättyi. Yksi potilas ilmoitti syyksi vieroitusoireet.

Taulukko 17.

Hoidon päättymisen syy

Hoidon tarve osastolla päättyy	4
Voimakkaat vieroitusoireet	1
Hoitosopimuksen rikkominen	0
Joku muu syy	3

Jatkohoitopaikaksi viisi potilasta ilmoitti kodin ja kaksi heistä kodin lisäksi HYKS Huumevieroitusyksikön poliklinikan. Yksi potilas meni päihdehuollon laitoshoidon ja kaksi potilasta ilmoitti jatkohoitopaikaksi kadun tai ei tietoa.

Taulukko 18.

Jatkohoitopaikka

Koti	3
Koti ja HYKS HVY	2
Asuntola	0
Päihdehuollon laitos	1
Joku muu	2

2.5

Potilaiden teemahaastattelut

Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa tavoitteena oli tehdä kymmenen teemahaastattelua, mutta koska haastateltavien kokonaismäärä jäi huomattavasti pienemmäksi, teemahaastattelu toteutui neljän haastateltavan kanssa. Näin ollen tulokset eivät ole missään määrin yleistettäviä, vaan kertovat enemmänkin neljän eri henkilön kokemuksista ja ajatuksista. Haastateltavien päihteiden käyttöaika oli kahdella noin viisi vuotta ja kahdella yli kymmenen vuotta. Yksi haastateltava oli nainen. Haastattelu toteutettiin motivoivan haastattelun sovellutuksena. Haastattelussa oli kolme teema-aluetta. Ne olivat: suhtautuminen omaan huumeiden käyttöön, motivaatio irrottautua päihteistä ja voimavarat irrottautua päihteistä. Kukin teema-alue sisälsi 3-5 kysymystä. Haastateltavia kysymyksiä ei aina käyty systemaattisesti numerojärjestyksessä, vaan haastattelutilanteesta pyrittiin luomaan vuorovaikutussuhde. Usein haastateltavat halusivat kertoa vielä lisää varsinaisen nauhoitetun haastatteluosuuden päätyttyä.

2.5.1

Suhtautuminen omaan huumeiden käyttöön

Haastateltavilta kysyttiin mitä huumeiden käyttö heille merkitsee. Kysymys oli jälkikäteen ajatellen ehkä liian epämääräinen tai liian laaja. Jokatapauksessa kaikki haastateltavat kuvasivat sen negatiivisia merkityksiä nykyisyydessä. Mielihyvä ja nautinto olivat jo kauan sitten kadonneet

” Se on ollut hidasta itsemurhaa, hidasta mutta varmaa ”

” No huumeiden käyttö merkitsi alussa hyvin pitkälle illuusiota, nautintoa ja sitä kautta hyviä hetkiä, mutta sitten myöhemmässä vaiheessa se kävi enemmän niinkuin jokapäiväiseksi rasitteeksi...”

Arviot siitä, miksi käyttää huumeita vaihtelivat sen mukaan arvioiko haastateltava käytön aloittamista, vai nykyistä elämäntilannettaan, vai katsoiko hän ylipäättään omaan persoonaan liittyviä tekijöitä. Käytön alussa syyksi katsottiin halu hakea jännitystä elämään, kaveripiiri tai jokin elämän kriisitilanne. Nykyisessä moniongelmaisessa elämäntilan-

teessa huumeiden käyttö toi hetkellistä helpotusta. Omaan persoonaan liittyvänä tekijänä nähtiin vaikeus sietää ahdistavia tunteita ja huumeiden avulla pyrittiinkin helpottamaan omaa sisäistä tunnetilaa.

” Ehkä seura, mä oon nyt, ei nyt voi sanoa mutta väärään aikaan väärässä paikassa väärässä seurassa niinku, se vaan alkoi sillä tavalla ja mä helposti jään kaikkeen niinku koukkuun”

” Mun pitkäaikainen parisuhde meni poikki ja se alkoi siitä sitten.....tunteet tukahduttaa pois...”

” Tällä hetkellä näen sen sen takia, että mulla ei ollut oikein muuta vaihtoehtoa, että mä en ole jaksanu tuolla kadulla muuten liikkuu kun mulla ei ole asuntoa...niin ainoa mistä mä olen ammentanut niinkuin semmosta vähän kevyempää mieltä tai tekomieltä on ollu just amfetamiini....”

” Jos on jotain sisimmäistä kipua ollut tai vastaavaa ettei ole pystynyt oikein puhumaan... sitä on sitte vähä niinkun unohtanu tolla käytöllä, sitä paaduttaa..

Huumeiden käyttäjien elämään liitetään paljon perusoletuksia ja yleistyksiä. Yksi tällainen yleistys on, että jokaisella on ollut hyvin vaikea ja hankala elämä lapsesta lähtien. Näiden neljän haastateltavan kohdalla se ei kuitenkaan ollut mikään yhteinen nimittäjä, kun he kuvailivat minikälaista elämää he olivat eläneet ennen kuin alkoivat käyttää päihteitä.

” Mä olin töissä, mulla oli tyttöystävä, oma asunto, kaikki oli ihan hyvin niinkun ihan normaalia”

” Mä kävin töissä ja siivosin kotia, hoidin perhettä...

” Mä olen aina ollut aika vilkas poika, pelasin futista nuorena ja tulin toimeen hyvin kavereiden kanssa...”

”Lapsena suht koht hyvä, kävin koulua, oli koulussa vähä ongelmia, jouduin koulukiusauksen kohteeks ja ite tulin kiusanneeksi, tai niinkun se ero, mikä tapahtui vanhempien kesken, niin se tais vaikuttaa, isä hahmo jäi...”

Huumeiden käytön kehittyminen oli ollut yleensä vähittäistä siirtymistä alkoholista lääkkeisiin ja hasiksen kautta suonensisäiseen käyttöön. Kaikkien tutkimuspotilaiden joukossa oli muutama, jotka kertoivat siirtyneensä melko suoraan alkoholista suonensisäiseen käyttöön. Näiden potilaiden kohdalla ilmeisesti elämän sen hetkiselällä kriisitilanteella ja kaveripiirillä oli ollut ratkaiseva merkitys huumeiden käytön aloittamiseen.

”No se alkoi ihan 10-vuotiaasta; alkoholinkäyttö, sen jälkeen tuli nää imppaukset kuvioon, liima ja liuottimet ja kaverit....itteenkin halus sitten kokeilla, sit tuli hasis siihen kuvaan, sit sitä oltiin kovia jätkiä sen jälkeen olevinaan. Siitä se lähti sit kehittymään, sit siirryttiin kovempiin aineisiin...”

”Sitä joi ekaks viinaa mut sitte se ei auttanut kyllä se melkein suoraan meni siihen heroiniin ja sit oli semmosta sekakäyttöä kun alko tutustua enemmän ihmisiin ja käymään kaikissa bileissä... sit tuli aina siellä käytettyä...”

Nykyinen huumeiden käyttö oli pitkään käyttäneille hyvin raskasta ja ilotonta puuhaa.

”...Helvettiä. Kyllä se on ollut koko ajan sitä seuraavan annoksen hakemista ja siihen rahan tekemistä...”

”Kyllä se oli jo aika vaivalloista se että alkaa olla ton verran ikää mittarissa.....ei saa enää irti semmosta euforista tai minkäänlaisista yleensä niinku juttua.....se on niinkun väkisin vetämistä....mitä mä en niinku haluais, mikä on niinku äärimmäinen pakko....on kuitenkin pakko kävellä yöt pysyäkseen lämpimänä”

Yksi käyttäjistä koki hallitsevansa käytön ja olevansa irti aineista, vaikka käyttikin päivittäin katukaupasta hankkimaansa Subutexiä suonensisäisesti.

”No viimeeseen vuoteen mä en itseasiassa huumeita periaatteessa oo käyttänyt, et se on ollut toi Subutexja sitten silloin tällöin amfetamiini sit haluu muistaa minkälaisia ne nousut oli, et ei mitään kausia ja se on ollu ihan vaan päivä ja sillei”

2.5.2

Motivaatio irrottautua päihteistä

Pidempään huumeita käyttäneet olivat enemmän huolissaan huumeiden käytöstään kuin lyhyempään käyttäneet haastateltavat. Lyhyempään käyttäneet näkivät, että sairaalajakso tai muu tekijä on vaikuttanut siten, että he ovat jo lopettaneet tai että he hallitsevat huumeiden käytön. He puhuivatkin huumeiden käytöstä ikään kuin se olisi taakse jäänyttä elämää. Kaikki kokivat, että heillä on riittävästi tietoa huumeiden käytöstä. Sen aiheuttamat terveysongelmat olivat vieraampia.

”Huolestuttaa erittäin paljo. Jos mä en pysty poikkasee niin sit tota tuskin on kovin montaa elinvuotta jäljellä”

”Tää sairaalassaoloaika pysäytti ja herätti. Jos ei vielä olekkaan mun aika vielä sitte lähteä, joku tarkoitus tällä on...”

”No just nää tartuntariskit, ne huolestuttaa. Ihan oma elämäkin, sehän on tärkein juttu, tulevaisuus. Moni on päätenyt haudata.....pitää ajatella lasta ja vaimoa ja perhettä, vanhempia ja omaa itseä”

”Ei ei mua enää huolestuta, ei, ei.....Jos oisin jatkanu samaa mallii en mä välttämättä ois nähny tätä milleniumia”

”No ehkä tää sairauspuoli on ollu niinku et sitä mä en ole niinku tienny tollel noi mut kyl mä olen nähny ympärillä narkkareita sillei että...”

”...mut tää oli järkytys tää sairaalaa joutuminen”

Kaikki haastateltavat kokivat, että huumeiden käytön jatkamisen seurauksena heitä odottaa ennenaikainen kuolema. Sairaudet ja ihmissuhteiden kariutuminen olivat myös seuraamuksia mikäli huumeiden käyttö jatkuu.

Se minkälaisia muutoksia haastateltavat halusivat omaan huumeidenkäyttöön vaihteli. Lyhyempään käyttäneet kokivat, että kaikki on jo muuttunut. He ovat päässeet irti ja vaikka käyttö jatkuisikin, he kokivat hallitsevansa tilanteen. Pidempään käyttäneet kokivat tarvit-

sevansa pitkäaikaista kuntoutusta sekä pidempiaikaista lääkkeellistä vieroitushoitoa.

”Se on tällä hetkellä jo muuttunut mä oon parannuksen tehnyt”

”Kaikki asiat on niinkun hyvin hoidossa”

”...jos mä pääsisin täältä Aurorasta jonnekin puolihyvään sairaalaan, missä tutkittais mun historia - huumeiden käytön historia eikä niinkun täällä suljeta tupakinpolttoakin pois samoin tein, vaan siis otetaan huomioon ja pyritään hoitamaan lääkkeitse aluksi ja sitte loppujen lopuksi niinkun tulee se stoppi mut niinku että tarvitsee siihen kuitenkin apua, että helppoa se ei ole”

”Toivoisin että pääsisin tähä Subutex avohoitoon tai että päästäis kumpikin miehen kanssa siihen ja pystyttäis elää alkaa elämään sillee normaalia elämää ja asiat saataisiin kuntoon...”

2.5.3

Voimavarat irrottautua päihteistä

Tulevaisuudelta kaikki toivoivat päihteetöntä elämää. Nuorimmilla paluu työelämään oli keskeinen tulevaisuuden toive. Terveiden merkitys oli myös korostunut sairaalassa oloaikana.

”Tulevaisuudessa työelämää ja muodostamaan perhettä. Noi on ne tärkeimmät, ei ainakaan huumeiden käyttöä”

”...että pystyis elää normaalissa päivärytmissä, siis ihan normaalia elämää, töissä harrastuksia oma koti, rauha, siis päästä eroon kaikista noista vanhoista piireistä...”

..”että tulisin terveeks ja pystyisin vielä nauttimaan vielä muutama vuoden elämästä. Sen ei tarvi olla kovin hääviä kunhan se on tervettä ja päihteetöntä”

”Haluun olla joskus mummi”

Läheisten antama tuki nähtiin ehkä kaikkein tärkeimpänä tekijänä, joka voisi edesauttaa huumeiden käytöstä irrottautumisessa. Myös viralliset tukijärjestelmät koettiin tärkeiksi. Vaikka haastateltavilla olikin voimakas usko lääkkeiden tärkeyteen vieroituksessa, tässä yhteydessä kukaan ei maininnut lääkkeitä. Keskustelujen tärkeys sen sijaan painotui kaikissa vastauksissa.

”Mun äiti on sanonut, että mä voin aina soittaa sinne ja siskolle, että jos tulee semmonen tilanne, että alkaa tekeen mieliniin he vaikka sit viemään mua johonkin, missä pystytään sitten auttamaan konkreettisemmin, että he ei pysty kun puhumaan, mutta sieltä kautta se apu tulee sieltä läheisiltä”

”Se että sais keskustella jonkun kanssa, mä keskustelen Jumalan kanssa, vaimoni kanssa ja vanhemmatkin on tärkeitä, niitten kanssa pitää olla rehellinen eikä just sitä virhettä niinkun monet vanhemmat tekee, että ne hylkää lapsensa kun lapsi käyttäytyy jotenkin...Se on väärin, silloin pitää huolehtia enemmän ja auttaa..”

”Tää mun erikoissosiaaliryöntekijä on tehny erittäin ison työn, jakamalla olla mukana”

”No ainoat on melkein nää paikat niinkun nää sairaalat ja nää mitkä pystyy auttamaan: niin kauan kun tarjotaan pelkkää street’iä niin niin se on ihan sama kuin hyvä yö ja hyvää päivää, et se on ihan sama, että tässä voi heittää hanskat naulaan saman tien.”

Usko omiin voimavaroihin ja omiin vahvuuksiin suhteessa päihteistä irrottautumiseen oli monella kovin heikko. Haastattelutilanteessa kukaan ei itse osannut suoralta kädeltä nimetä yhtään omaa voimavara-aluetta tai vahvuutta. Yhdessä etsimällä niitä kuitenkin löytyi jokaiselta. Niiden löytäminen toi haastateltaville ilmeistä mielihyvää ja toivottavasti myös uskoa itseensä. Monen huumeiden käyttäjän minäkuva on kovin heikko ja heidän saamansa palaute on pääsääntöisesti heitä mitättöivää tai negatiivisesti sävyttynyttä. Hoitosuhteessa olisi tärkeää etsiä myös potilaiden voimavaroja ja vahvuuksia.

”Eilen illalla itkin jonkun puolitoista tuntia, et kyl täs niinku menee ihan ääri rajoille niinku heikkouden ja kaiken kanssa, mutta parhaani yritän”

2.5.4

Nelikenttä käytön jatkamisen ja lopettamisen eduista ja haitoista

Haastattelun yhteenvedona täytettiin yhdessä nelikenttä, jossa pohditaan käytön jatkamisen ja lopettamisen etuja ja haittoja. Aluksi haastateltavat olivat hyvin ehdottomia siinä, että käytön jatkamisessa ei ole mitään positiivista. Vähitellen keskustelun myötä näitäkin asioita löytyi.

Kognitiivisessa päihdetyössä usein käytetty menetelmä on kyseinen hyöty- ja haittaerittely. Se on hyödyllinen varsinkin hoidon alkuvaiheessa, kun potilas miettii päihteiden käytön tavoitteita. Menetelmän avulla mahdollistetaan avointa keskustelua ja kuuntelemista. Se auttaa potilasta luomaan realistista kuvaa omasta tilanteestaan. Sen avulla voi tunnistaa omaa käyttäytymistä ja sen seurauksia. Se voi tukea potilaan omaa vastuuta omasta käyttäytymisestä, itseä ei nähdä uhrina eikä muita tekijöitä syntipukkina. Etukäteen voi miettiä vieroituksen vaikeuksia, mahdollisia repsahtamisen syitä, keinoja repsahtamisen ehkäisyyn, vaihtoehtoisia käyttäytymistapoja jne. Keskustelun myötä potilaalle tulisi välittyä viesti, että itse voi tehdä valintoja ja omaa käyttäytymistä voi muuttaa. Jos potilas on motivoitunut muutokseen hänen on ehkä vaikea sillä hetkellä nimetä käytön hyötyjä. Holmberg (2000) toteaa: ”On kuitenkin tärkeää, että terapeutti jatkaa kyselyä käytön hyödyistä, koska niitä koskevat ajatukset ja uskomukset nousevat pintaan hetkinä, jolloin potilas on vähemmän motivoitunut”. Niin kauan kun päihdeongelmainen käyttää aineita, hän on keskittynyt enemmän käytön etuihin kuin kuivilla olon haittoihin. Etujen ja haittojen kartoituksella suunnataan potilaan huomio käytön haittoihin ja kuivillaolon etuihin

Kyseisessä menetelmässä työntekijän ote tulisi olla aktiivinen ja empaattinen. Asioita tarkastellaan hyvin yksityiskohtaisesti. Työntekijän on hyvä esittää tarkentavia kysymyksiä. Asioiden kirjaaminen paperille, niiden visualisointi, on tehokkaampi ja mieleenpainuvampi kuin pelkkä ääneen luetteleminen. Lopuksi tarkastellaan yhdessä miltä lopputulos näyttää ja mitä potilas nyt ajattelee asioista, ja mitä mieltä työntekijä on. Menetelmän avulla voidaan edesauttaa potilasta siirtymään harkintavaiheesta päätösvaiheeseen ja hakeutumaan päihdehoidon piiriin.

Alkoholinkäyttöön liittyvällä terveydenhuollon mini-interventiolla on saavutettu hyviä tuloksia. Samanlaisia lyhyitä strukturoituja interventiota voitaisiin käyttää myös huumeiden käyttäjille. Mini-interventio on kuitenkin edelleenkin monille työntekijöille vieras. Mini-interventiotoi-

mikunnan selvityksessä 1998-1999 (Seppä 1999) hoitajista 11 % ja lääkäreistä 33 % tunsivat mini-intervention sisällön. Lisäkoulutusta ilmoitti tarvitsevänsä 69 % hoitajista ja 39 % lääkäreistä. Potilaskyselyssä vain 2 % piti pahana sitä, jos alkoholisioista kysyttäisiin. Työntekijät arastelevat päihdeasioista kysymistä. Monet kaipaavat seikkaperäisiä ohjeita miten asioita tulisi kysyä. Yleisin syy jättää asia huomioimatta on kiireeseen vetoaminen. Sepän (1999) mukaan mini-interventiomalli on yksinkertainen toimintamalli, joka on helppo ottaa käyttöön. Se ei vaadi välttämättä enempää aikaa, vaan erilaista asennetta ja uudenlaista työkentelytapaa.

**Esimerkkejä potilaiden antamista vastauksista
hyöty-haitta -nelikentässä**

KÄYTÖN JATKAMINEN _____

+ EDUT

Auttaa ahdistukseen ja vitutukseen, kun tulee sellainen olo että haluaa pään sekasin
 Ei ois niitä masennuksia ja synkkiä oloja
 Ei jännitä, on helpompi asioida
 On ainakin tekemistä
 Elämä on tuttua mut ei ehkä aina niin turvallista
 Kun vetää on sentään kavereita ympärillä
 Elämä jämähtäisi paikoilleen

- HAITAT

Terveys menee
 Sairaudet
 Kivut
 Kuolema korjaa
 Kontaktit läheisiin
 ihmisiin katkeaisi
 Perhe ei kestäisi
 Tyhmiä tekoja
 Rikoksia
 Vankila

KÄYTÖN LOPETTAMINEN _____

+ EDUT

Terveystila paranee
 Mahdollisuuksia elämässä
 Koulutuspaikka tai työmahdollisuuksia
 Elämälle pohjaa
 Voisi saada eläkkeen ja asunnon
 Normaali elämä
 Voisi neuvoo käyttäjiä ja antaa apua muille

- HAITAT

Pari ihmissuhdetta katoaa
 Vaikea luottaa itseensä, tunne ettei voimavarat riitä
 Miten pärjätä muiden käyttäjien kanssa
 Jännittäminen ja pelko
 Yksinäisyys
 Aluksi varmaan tyhjä kun ei ole mitään elämässä

2.6

Osastohoitosopimus

Tutkimusaikana testattiin kirjallisen hoitosopimuksen käyttöönottoa. Osastohoitosopimuksen avulla pyrittiin luomaan sääntöjä ja rajoja potilaan käyttäytymiselle, jotta somaattinen sairauden hoito voitaisiin osastolla toteuttaa. Malli osastohoitosopimukselle saatiin Kööpenhaminalaisen Hvidovren sairaalan infektio-osastolta, missä hoidetaan paljon huumeiden käyttäjiä. Osastohoitosopimus laadittiin yhdessä osastonhoitajien kanssa.

Tutkimuksessa käytetty osastohoitosopimus:

HYKS

Sisätautien klinikka

Infektiosairauksien toimiala

OSASTOHOITOSOPIMUS

Toivomme voivamme antaa kaikille potilaillemme hyvää ja heitä ihmisenä kunnioittavaa hoitoa.

Koska haluamme hoitaa kaikkia potilaitamme hyvin, on parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi ja yleisen turvallisuuden säilyttämiseksi seuraavat sopimukset HYKS:n infektioyksikön osastoilla (4, 5-1, 5-2, 131) välttämättömiä. Nämä säännöt rajoittavat valitettavasti toiminnanvapauttasi osastohoidon ajaksi, mutta niiden avulla pyrimme takaamaan sinun ja muiden potilaidemme hoidon onnistumisen.

- Hoidon aikana et saa käyttää huumeita, alkoholia tai omia lääkkeitä. Tarvittaessa voimme ottaa sinulta huumeiden käyttöä seuraavan ns. huumesuorituslupakirjeen.
- Osastohoidon aikana et saa poistua osastolta (lomia ei myönnetä, mutta apua järjestetään mahdollisuuksien mukaan kiireellisten ja välttämättömien asioiden hoidossa)
- Henkilökuntaa, muita potilaita tai heidän omaisiaan ei saa vahingoittaa, uhkailla tai haukkua.
- Osaston tavaroita ei saa vahingoittaa eikä varastaa.
- Osastolle tullessa sinun on luovutettava säilytettäväksi: huumeiden käyttöön tarvittavat välineet, omat lääkkeet, alkoholi- ja ampumaseokset ja käsipuhelimet. Tarvittaessa suoritamme huoneessa turvatarkastuksen turvallisuusmiesten toimesta.
- Osastohoidon aikana et saa vastaanottaa vieraita.
- Säännöllisestä ja tarvittavasta lääkehoidosta sovitaan osaston oman lääkärin kanssa arkipäivisin kerran päivässä tapahtuvalla kierrolla. Muuna aikana vieroitussuositusten lääkkitykseen ei tehdä muutoksia.
- Infektiosairauksien tartuntavaaran vuoksi joudumme rajoittamaan liikkumistasi osastolla:

Muiden potilaiden huoneisiin ei saa mennä

Liikkuminen on sallittua:

- a) vain omassa huoneessa _____
- b) omassa huoneessa ja osaston yleisissä tiloissa _____

Tupakointi on sallittua vain:

- a) tupakkahuoneessa _____
- b) parvekkeella _____
- c) potilashuoneen ulko-oven välittömässä läheisyydessä _____

Näiden sääntöjen rikkominen tekee hoitosi tällä osastolla mahdottomaksi toteuttaa ja aiheuttaa tällä kertaa hoidon päättymisen

Tulemme hoitamaan sinua parhaan tietämyksemme mukaan ja pyrimme mahdollisimman lyhyeen hoitoaikaan. Vieroitusoireiden hoidossa otamme tarvittaessa yhteyttä HYKS:n Huumevieroitusyksikköön. Osastohoidon loppuessa kotiin ei anneta eikä reseptillä kirjoiteta huumaavia aineita (esim. Dolcontin, Temgesic, Subutex, Indalgin) eikä bentsodiatsepiinejä (esim. Diapam). Hoidon päättyessä sovimme jatkohoitopaikasta, missä huolehditaan tarvittavasta psyyke- ja päihdealan lääkityksen järjestämisestä.

Toivomme että tämän sopimuksen myötä yhteistyömme on sujuvaa ja saat parhaan mahdollisen avun sairauteesi. Kaikkiin hoitoosi liittyvissä kysymyksissä toivomme sinun kääntyvän henkilökuntamme puoleen.

Olen lukenut yllä olevan sopimuksen ja sitoudun noudattamaan sitä osastohoitoni ajan.

Helsingissä . . 1999 _____

Osastohoitosopimuksen käyttöönotto on ollut kangertelevaa. Sen käyttöönotto tapahtui liian nopeasti ja henkilökunnan perehdyttäminen jäi puutteelliseksi. Monien tahojen voimakkaatkin tunnereaktiot hoitosopimusta vastaan tulivat yllätyksenä, olihan tarkoituksena kehittää työväline, jonka avulla mahdollisesti helpotettaisiin yhteisten hoitokäytäntöjen luomista. Osastohoitosopimuksen käyttö edellyttää aina koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin sopimuksiin. Usein hoitosopimuksen esittely potilaalle jäi yksinomaan hoitajan vastuulle. Päivystävät tai muuten vaihtuvat lääkärit eivät aina saaneet informaatiota hoitosopimuksen käytöstä ja silloin syntyi tilanteita, joissa sopimuksen käyttö raukesi.

Käytössä ollut hoitosopimusmalli on ehkä liian pitkä ja yksityiskohdainen. Potilaat eivät aina jaksaneet keskittyä pitkän tekstin lukemiseen. Joillakin voi myös olla lukihäiriöitä ja siten vaikeuksia ymmärtää tekstiä kokonaisuutena. Hoitosopimusmallissa korostuvat kiellot ja rajoitukset, kaikkea ei ehkä tarvitsisi olla kirjallisessa muodossa, mutta olisi kuitenkin tärkeää, että ne kerrotaan potilaalle. Hoitosopimukseen tulisi kirjata sairaalahoidon syy sen selvittämiseksi, miksi potilas on sairaalahoidossa. Arvio hoitoajan pituudesta olisi myös tarpeen. Kokemuksemme perusteella hoitosopimus vaatii edelleen kirjallista kehittelyä sekä käytännön toimenpiteiden kehittämistä.

Potilaiden antamassa palautteessa hoitosopimus oli kuitenkin koettu pääasiassa myönteisesti. Potilaiden antamissa palautteissa tuli esille, että oli hyvä kun sai heti sairaalaan tullessa tietää säännöt. Myös keskustelutilanne, missä hoitosopimusmalli oli esitelty, oli koettu myönteisenä. Ainoa asia mikä oli koettu haittana oli vierailujen rajoittaminen.

Osastohoitosopimus esitellään ja perustellaan potilaalle, minkä jälkeen hän saa sen allekirjoitettavakseen. Hoitosopimus tulisi esitellä yhdessä lääkärin ja hoitajan kanssa esim. lääkärinkierron yhteydessä. Potilaan tulee saada riittävät perustelut miksi hoitosopimusta käytetään ja mitä seuraamuksia sopimuksen rikkomisesta seuraa. Sopimuksen avulla potilaalle luodaan rajoja ja ilmaistaan, minkälaista käyttäytymistä pidetään suotavana ja minkälaista ei toivottavana. Mikäli potilas rikkoo hoitosopimusta, tulisi tilanteeseen aina reagoida. Potilaan pitäisi kokea, että häneen reagoidaan hänen käyttäytymisensä pohjalta. Huomio kiinnitetään käyttäytymiseen eikä selityksiin. Potilas ei saisi kokea seuraamuksia rangaistuksena. Potilaan tilan mukaan arvioidaan miten potilaan hoito jatkuu vai pystytäänkö potilasta ylipäätään osastolla hoitamaan.

Sopimuksen avulla pyritään turvaamaan somaattisen hoidon onnistuminen sekä vaikuttamaan osaston yleiseen turvallisuuteen ja yhteistyön sujumuuteen.

Jotta hoitosopimus toimisi hoitoa tukevana työvälineenä, se tulisi laatia yhdessä koko työryhmän kanssa siten, että siinä huomioitaisiin kunkin työyksikön erityispiirteet. Käytössä ollut sopimusmalli on muoltaan hyvin ehdoton. Sääntöjen ja sopimusten tulisi kuitenkin olla tarvittaessa riittävän joustavia. Johdonmukaisten sääntöjen avulla luodaan turvallisuutta sekä potilaalle itselleen että hoitoyhteisölle. Flinckin (1999) mukaan on kuitenkin tärkeätä huomata, että täydellinen johdonmukaisuus johtaa fanatismiin ja liiallinen joustavuus kaaokseen. Yhteisesti sovitut toimintamallit, yhteiset säännöt ja sopimukset tuovat työntekijälle varmuutta ja potilaalle turvallisuutta. Erityisen tärkeää on, että kaikki ammattiryhmät sitoutuvat noudattamaan yhteisiä pelisääntöjä. Mikäli osastohoitosopimusta käytetään, olisi hyvä luoda yhteisiä toimintalinjoja koko organisaation sisällä, vaikka jokainen osasto kehittäisikin omanlaisensa mallin omiin hoitokäytäntöihin soveltaen

Yhteisistä hoitolinjoista tulisi sopia mielellään jo etukäteen, ennen kuin työntekijä on tilanteessa missä hän joutuu yksin päättämään miten toimia. Vaikeisiin tilanteisiin puuttuminen on silloin helpompaa kun tietää että myös muu henkilökunta on päätösten takana ja tukena. Etukäteen tulisi keskustella mm seuraavista asioista:

- kuka tai ketkä esittelee hoitosopimuksen ja missä tilanteessa
- miten toimitaan jos potilas ei suostu allekirjoittamaan sopimusta
- miten potilaan tavarat tarkistetaan, mitä tehdään esim. ampumaja teräaseille
- miten toimitaan jos potilas ei anna huumeselaan tarvittavaa virtsanäytettä
- minkälainen käytäntö sovitaan potilaiden vierailijoiden suhteen
- miten toimitaan uhkatilanteissa, ennakointi
- miten hoitosopimuksen rikkomiseen reagoidaan

Hoitosopimuksen esittelemisen potilaalle tulisi nähdä ennen kaikkea tärkeänä hoidollisena vuorovaikutustilanteena. Määräyksiä ei tulisi antaa ylhäältä alaspäin vaan avoimesti keskustellen ilman asenteita. Potilaalle voidaan tarjota samastumismalli vuorovaikutuksesta joka on avoin, kuunteleva ja toista kunnioittava. Työntekijän ei tarvitse tietää kaikkea mutta ei myöskään suostua

mitätöidyksi. Aivan samalla tavalla kuin pieni lapsi tarvitsee kasvunsa tukemiseksi turvallisia rajoja, huumeiden käyttäjä tarvitsee rajoja oman käyttäytymisensä selkiyttämiseen. Jos ihminen joutuu etsimään selvyyttä ja lainalaisuuksia ainoastaan yrityksen ja erehdyksen kautta, on odotettavissa jatkuvia yhteentörmäyksiä, epäonnistumisia ja pahaa mieltä. Samalla tavalla kun monet vanhemmat pelkäävät rajojen asettamista, moni työntekijä kokee sen epämiellyttävänä, peläten pettymyksen ja kiukun osoituksia potilaalta. Pettymyksen purkauksia ei tule kuitenkaan pelätä ja sen takia viedä potilaalta pois tämän kaipaamaa turvaa. Turvallisessa ilmapiirissä pettymysten ilmaiseminen auttaa huomaamaan, että niistä pääsee yli. Samalla hänen hallinnan tunteensa ja itseluottamuksensa kasvaa.

2.7

Hoitajien ja lääkäreiden tietotasoa ja asennoitumista kuvaava mittaus

Henkilökunnan tiedoista ja asenteista kerättiin tietoa erillisellä kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin maaliskesäkuun 2000 välisenä aikana. Kyselyyn osallistui HYKS: HUS:n osastojen 4 ja 5-2 henkilökunta sekä Infektiosairauksien poliklinikan henkilökunta Auroran sairaalasta sekä Meilahden sairaalasta osasto 131 ja päivystyspoliklinikan henkilökunta. Kyselylomakkeita annettiin henkilökunnan täytettäväksi osastonhoitajien tai osaston vastaavien lääkäreiden välityksellä. Lomakkeita palautettiin yhteensä 61. Vastaajista 48 oli hoitajia ja 13 lääkäriä. Päivittäin huumeiden käyttäjien kanssa työskenteli 20, viikottain 17, kuukausittain 12, muutaman kerran vuodessa 11 ja yksi vastaaja ilmoitti, ettei työskentele koskaan huumeita käyttävien potilaiden kanssa.

2.7.1

Tietotaso

Tietoa kuvaavat kysymykset liittyivät yleistietoon huumeista, perustietoon huumeista, vieroitusoireisiin ja terveysongelmiin, hoitoonohjaamiseen sekä huumeiden käyttäjien maailmaan. Kysymyksiä oli yhteensä 56

erillistä kysymystä, joissa osassa oli useampi osa. Osa kysymyksistä oli väittämien muodossa, missä vastaajaa pyydettiin rengastamaan omaa tietämystä kuvaava vaihtoehto. Valittavana oli vaihtoehdot: oikein, väärin, en tiedä. Osassa kysymyksiä vastaajaa pyydettiin rengastamaan oikea vaihtoehto kolmesta vastauksesta. Mukana oli myös muutama suora kysymys, johon vastaaja sai itse kirjoittaa vastauksensa.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että työntekijöiden tietotaso huumeista on hyvin alhainen. Kuva huumeiden käytöstä oli hyvin pessimistinen ja toivoton. Tiedot näyttäisivät perustuvan enemmänkin median luomaan kuvaan, kuin koulutuksen kautta saatuun tietoon. Huomioitavaa on, että vastauksista peräti 34 % oli väriä vastauksia, en tiedä vastauksia oli 29 % ja oikeita vastauksia oli 37 %. Tyhjät vastaukset tulkittiin en tiedä vastauksiksi.

Työyksiköiden sisällä oli suuria vaihteluja eri työntekijöiden välillä. Lähes jokaisessa työyksikössä oli yksi työntekijä, jonka tietotaso oli parempi kuin muiden samassa työyksikössä työskentelevien. Jostain syystä tieto ei näytä leviävän koko työyksikön yhteiseen käyttöön. Mielenkiintoista oli myös havaita, että tietotaso ei kovin helposti kartu työn myötä. Usein huumeiden käyttäjiä hoitavien ja harvoin heitä hoitavien työntekijöiden tietotasossa ei ollut eroavuuksia. Eri ammattiryhmien välillä ei myöskään ollut eroavuuksia.

Vastaajat olivat kirjoittaneet kommenttejaan kysymyspapereihin tai he antoivat suusanallista palautetta, missä todettiin kysymysten olevan vaikeita. Samoissa palautteissa oli toive saada lisää koulutusta alalta.

2.7.1.1

Yleistiedot huumeista

Yleistietoja leimasi voimakas pessimismi. Hoidon tuloksellisuuteen ei juurikaan uskottu. Hyvin yleisiä olivat käsitykset, että kokeilija jää heti riippuvaiseksi huumeista. Yleinen oli myös käsitys, että kannabiksen käyttäjä siirtyy lähes aina suonensisäiseen käyttöön. Huumeiden käyttäjien määrän arvioitiin huomattavasti suuremmaksi kuin mitä Stakesin esittämät arviot ovat olleet. Vaikka käsitykset olivat hyvin pessimistisiä, vastaajilla oli hyvin voimakas usko, että nuorille suunnatulla valistuksella voitaisiin merkittävästi vaikuttaa nuorten huumausainekokeiluihin.

Huumausainelaki ja päihdehuoltolain sisällöt olivat työntekijöille vieraita alueita. Toleranssikäsite oli kaikille tuttu. Eri yksiköiden välillä ei juurikaan ollut eroavuuksia vastausten välillä

2.7.1.2

Perustiedot huumeista

Eri huumausaineiden välittömät vaikutukset olivat vastaajille tuttuja. Esimerkiksi amfetamiinin tiedettiin poistavan nälän tunnetta, gamman väsyttävän ja ekstaasin heikentävän omien elintoimintojen tuntemuksia. Sen sijaan huumeiden käyttötavat olivat vieraita. Esimerkiksi vain kuusi vastaajaa tiesi mihin tarkoitukseen heroiniin käyttäjä tarvitsee sitruunaa tai askorbiinihappoa. 10 vastaajaa tiesi miten poltettavaa heroiniä käytetään. Aineiden vaikutusajat olivat melko vieraita kaikille vastaajille.

Yksiköiden sisällä eri työntekijöiden tietotasossa oli tällä alueella suuria eroja.

2.7.1.3

Vieroitusoireet ja terveysongelmat

Tämä aihealue oli laajin. Parhaimmillaankin kysymyksistä tiedettiin vain puolet oikein. Vastaajien mielessä korostui huumausaineiden aiheuttama voimakas fyysinen riippuvuus. Vieroitusoireet tunnettiin paremmin kuin huumeiden terveysvaikutukset. Esimerkiksi amfetamiinipsykoosi oli tuttu enemmistölle vastaajista. Bentsodiatsepiinien vieroitusoireet olivat myös tuttuja. Sen sijaan huumeiden muut terveysvaikutukset olivat vieraampia. Esimerkiksi yli puolet vastaajista ei tiennyt, että opiaatteja käytävillä naisilla kuukautisten poisjääminen on yleistä. Ei myöskään tiedetty ekstaasin aiheuttavan verenpaineen laskua. Vaikka edellisen alueen kysymyksissä tiedettiin hyvin huumeiden välittömät vaikutukset, niin tällä kysymysalueella ei tunnistettu eri huumeiden aiheuttamia pitkäaikaisvaikutuksia.

Vastaajia pyydettiin luettelemaan mistä eri tekijöistä johtuvat huumeiden käyttäjien pistosinfektiot. Vain puolet vastaajista antoi riittävän kattavan vastauksen. Moni vastaaja totesi ainoastaan likaiset pistosvälineet infektioiden syyksi.

Tällä alueella tasaisin yleistietämys löytyi päivystyspoliklinikalta sekä lääkäreiden vastauksista.

2.7.1.4

Hoitoon ohjaaminen

Hoitoonohjaukseen liittyvät kysymykset oli laadittu koskemaan pääkaupunkialueen päihdehoitopaikkoja. Tutuin oli A-klinikka. Eri hoitopaikkojen hoito-ohjelmat ja ideologiat olivat täysin vieraita suuremmalle osalle vastaajia. Lääkkeelliset vieroitusohjelmat ja niihin pääsy olivat monelle vieraita.

Koko hoitoonohjausalueelta löytyi eniten en tiedä vastauksia. Ehkä vastaukset kuvastavat nykyistä hoitoonohjaus- ja maksusitoumuskäytäntöjen kirjavuutta.

2.7.1.5

Huumeiden käyttäjän maailma

Tällä alueella oli ainoastaan kaksi kysymystä. Toisessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin luettelemaan mitä aineita käytetään huumeiden lisäaineena. Yli puolet vastaajista ei osannut luetella mitään huumeisiin lisättävää ainetta.

Toisessa kysymyksessä pyydettiin selvittämään mitä tarkoittavat huumeiden käyttäjien käyttämät slangisanat. Esimerkiksi puolet vastaajista ei tiennyt klikkikupin tarkoittavan huumeidenkäyttöön tarkoitettua annoksen valmistusastiaa. Puolet vastaajista tiesi värkkien tarkoittavan injektiovälineitä.

Parhaiten tämän alueen tunsivat ne työntekijät, jotka ovat usein huumeiden käyttäjien kanssa tekemisissä. Lääkäreille tämä alue oli vierain.

Taulukko 18.**Henkilökunnan tietotaso, poimintoja kyselystä:**

Oikea vastaus lihavoitu			
Väittäjä	Oikein	Väärin	En tiedä
2. Suurimmalle osalle huumeiden käyttö jää lyhyeksi ohimeneväksi elämänvaiheeksi	27 %	63 %	10 %
3. Päihdehuoltolain mukaisesti henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuden vuoksi	39 %	39 %	22 %
4. Huumausaineiden käyttö ei ole rikollista toimintaa mutta hallussapito ja myynti ovat	20 %	77 %	3 %
5. Huumausaineiden vastaisella valistuksella voidaan merkittävästi vaikuttaa nuorten huumausaine kokeiluihin	82 %	8 %	10 %

10. Tutkimusten mukaan kannabiksen kokeilija siirtyy lähes aina vahvempiin aineisiin	65 %	27 %	8 %
11. Gammalla on väsyttävä vaikutus	32 %	24 %	44 %
13. Heroiini keitetään jotta aine puhdistuisi	31 %	31 %	38 %
14. Heroiini riippuvaiset kestävät satakertaisesti ja suurempiakin määriä heroiniä ensi annokseen verrattuna	63 %	13 %	24 %
16. Amfetamiini lisää nälän tunnetta	18 %	73 %	9 %
21. Poltettavaa heroiniä sekoitetaan usein tupakan sekaan sätkäksi 45%	16 %	39 %	

Väittämä	Oikein	Väärin	En tiedä
27. Kokaiinin ja amfetamiinin fyysinen riippuvuus on voimakas	71 %	18 %	11 %
28. Amfetamiini voi aiheuttaa skitsofrenian kaltaisen psykoottisen tilan	76 %	8 %	16 %
30. Ekstaasi nostaa ruumiinlämpöä	53 %	10 %	37 %
36. Heroiinia käyttävillä naisilla 2:lla 3:sta kuukautiset jäävät pois	40 %	5 %	55 %
45. Huumeidenkäyttäjä tarvitsee aina oman alueensa sosiaalitoimiston maksusitoumuksen ennen katkaisuhoidon hakeutumista	44 %	50 %	22 %
48. Töölön A-klinikan katkaisuhoidon asemalle voi hakeutua kuka tahansa helsinkiläinen asuinalueesta riippumatta	65 %	6 %	29 %
50. Hyvinkään huoltola noudattaa ns. Myllyhoito-ohjelmaa	27 %	3 %	70 %

Päihdepotilaan hoitaminen vaatii riittävästi tietoja ja taitoja, perehtyneisyyttä päihdeongelmiin ja uskoa potilaan mahdollisuuksiin. Koulutuksen avulla voidaan lisätä työntekijöiden tiedollisia ja taidollisia valmiuksia päihdeidenkäyttäjien hoitamisessa. Koulutuksen avulla voidaan myös jossain määrin vaikuttaa asenteisiin. Koulutuksen tavoitteena olisi lisätä realismia ja poistaa idealismia ja kyynisyyttä. Koulutuksen tulisi olla ajantasalla olevaa ja somaattiset hoitokäytännöt huomioivaa. Koulutus voisi tapahtua ns. crosstraining-periaatteella, missä eri ammattiryhmät sekä sosiaalialalta että terveydenhuollosta voisivat jakaa omaan alueensa asiantuntemusta. Somaattisessa sairaalahoidossa päihdepotilaan hoitoon liittyvää koulutusta tulisi toteuttaa yhteisesti, lääkäreille, hoitajille ja erityistyöntekijöille, koska siten voidaan edistää hoitotavoitteiden välittymistä yhtenäisenä näille potilaille. Koulutustarpeet kohdistuvat työntekijöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen.

2.7.2

Asenteet

Asennemittarin avulla pyrittiin saamaan kuva siitä minkälaisena potilaana huumeiden käyttäjä koetaan osastolla: sairauden, sosiaalisten tekijöiden, potilaan asenteen ja käyttäytymisen sekä hoitoyhteisön toimintalinjojen perusteella. Myös asenteita kuvaavien vastausten perusteella kuva huumeiden käyttäjästä oli melko negatiivisesti sävyttynyt ja pessimismi sävytti hoitoa.

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä että huumeidenkäyttäjät ovat väärässä hoitopaikassa somaattisella osastolla. Vastaajista 36 % katsoi, ettei huumeiden käyttäjää tulisi missään tilanteessa hoitaa infektio-osastolla, vaan heitä varten tulisi olla oma hoito-osasto. Vastaajista 42 % oli sitä mieltä, että huumeiden käyttäjä on itse syyllinen tilanteeseensa.

Lähes kaikkien vastaajien mielestä somaattisten ongelmien hoidon ohessa tulee painottaa huumeiden käyttäjien psykososiaalista hoitoa. Haittojen vähentämiseen tähtäävä toiminta oli 84 %:n mielestä tärkeää, vaikka huumeiden käyttö jatkuisikin. Terveysneuvonta nähtiin kuuluvan hoitoon siitä huolimatta, ettei potilaalla ole motivaatiota lopettaa huumeiden käyttöä. Hoitotilanteissa huumeiden käyttäjien tarttuvat sairaudet esim. HIV ja hepatiitit pelottivat 40 % vastaajista. Yli 70 % vastaajis-

ta oli kokenut huumeiden käyttäjän käyttäytyneen uhkaavasti tai hyökkäävästi itseään kohtaan.

Potilaan asunnottomuus ja rikollinen tausta vaikuttivat työntekijän omaan hoitomotivaatioon. Potilaan oma halu osallistua omaan hoitoon nähtiin tärkeäksi henkilökuntaa motivoivaksi tekijäksi. Puolet vastaajista koki että huumeiden käyttäjän elämäntarinaa ja elämäkokemuksia on mielenkiintoista ja opettavaista kuunnella.

Vain puolet vastaajista oli sitä mieltä että hoitoyksikön yhteisten ohjeiden ja toimintalinjojen avulla huumeiden käyttäjien hoito on selväpiirteistä. Yli puolet vastaajista ilmoitti ettei heidän hoitoyksikössä ole yhteisiä hoitolinjauksia huumeiden käyttäjien hoidossa.

Taulukko 19.**Henkilökunnan asennoituminen huumeita käyttävään potilaaseen, poimintoja kyselystä**

Väittämä	samaa mieltä %	eri mieltä %	en osaa sanoa %
1. Hoitaessani huumeiden käyttäjää, minusta tuntuu usein siltä, että hän on täällä väärässä hoitopaikassa	58 %	35 %	6 %
2. Myös somaattisessa hoidossa tulee painottaa (somaattisen ongelman hoidon ohessa) huumeiden käyttäjien psykososiaalista hoitoa	92 %	2 %	6 %
3. Potilaan hoitaminen on aina yhtä tärkeää vaikka hoidon pitkäaikais-tulokset olisivatkin heikot	73 %	11 %	16 %
4. Tarttuvat sairaudet (esim. Hiv ja hepatiitit) eivät pelota minua hoitaessani huumeiden käyttäjää	58 %	40 %	2 %
5. Huumeiden käyttäjä on itse syyllinen tilanteeseensa	42 %	18 %	40 %
6. Huumeiden käyttäjiä ei pitäisi missään tilanteessa hoitaa infektio-osastoilla, vaan heitä varten tulisi olla oma hoito-osasto / -osastot	36 %	48 %	16 %

9. Harm reduction l. haittojen vähentäminen huumeiden käyttäjien hoidossa on tärkeää, vaikka huumeiden käyttö jatkuisikin	84 %	2 %	14 %
10. Vieroitusoireiden hoitaminen on turhauttavaa työtä	22 %	54 %	24 %

13. Asunnottoman potilaan hoito on turhauttavaa	68 %	27 %	15 %

Väittäjä	samaa mieltä %	eri mieltä %	en osaa sanoa %
17. Minun on vaikea ymmärtää huumeiden käyttäjien elämäntapaa	56 %	13 %	31 %
18. Potilaan mahdollinen rikollinen käyttäytyminen ei vaikuta suhtautumiseeni häneen hoitoa tarvitsevana ihmisenä	40 %	39 %	21 %

20. Potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatiotani hoitaa häntä	72 %	14 %	13 %
23. Jos huumeita käyttävä potilas ei itse ole halukas lopettamaan huumeiden käyttöä, minulla ei ole velvoitteita antaa hänelle terveysneuvontaa	13 %	84 %	3 %

26. Huumeiden käyttäjän elämäntarinaa ja elämäkokemuksia on mielenkiintoista ja opettavaista kuunnella	50 %	23 %	27 %
30. Huumeita käyttävä potilas on käyttäytynyt hyökkäävästi / uhkaavasti minua kohtaan	77 %	20 %	3 %

31. Selkeiden hoitoyksikön ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla huumeiden käyttäjien hoito on selväpiirteistä	53 %	26 %	21 %
32. Huumeiden käyttäjien hoidossa on piirteitä jotka ovat vastoin minun omaa etiikkaani	32 %	42 %	26 %
33. Yksikössäni on selkeät yhteisesti sovitut hoitolinjaukset huumeiden käyttäjien hoidossa	27 %	55 %	18 %

Vaikeassa elämäntilanteessa elävien ihmisten on vaikea pitää puoliaan. Heidät on helppo vaientaa ja heidän kokemuksensa on helppo mitätöidä. Tiedotusvälineissä huumeet koetaan absoluuttisen pahan ilmentyminä; rikollisuus ja hoidon pessimismi korostuvat uutisoinnissa. Suomalaisten usko mediaan on usein kritiikintöntä. Terveystieteiden työntekijöiden koulutukseen on sisällytetty vähän tietoa huumeongelmista. Siksi median antama tieto on helppo hyväksyä sellaisenaan.

Markkinatalouden kovat arvot näyttävät siirtyvän myös terveydenhuoltoon. Päihdeongelmaa pidetään itse aiheutettuna sairautena jota on lupa paheksua. Muiden sairauksien kohdalla hyväksytään se, etteivät ne aina ole terveydenhuollon menetelmillä kokonaan parannettavissa. Päihdesairauksien kohdalla vaaditaan ehdottomia tuloksia. Päihdesairauksien hoidon tuloksia tulisi tarkastella laaja-alaisemmin ja prosessiominaisuuden näkökulmasta. Joskus pelkkä kärsimyksen lieventyminen tai elämänlaadun paraneminen on riittävä hoitotulos.

Huumeiden käyttäjien herättämiä tunteita ja henkilökunnan omaa asennoitumista olisi hyvä tarkastella työnohjauksessa. Sen avulla voi löytää omia ”sokeita pisteitä” tai omia ”kompastuskiäviä” jotka vaikuttavat omaan tapaan kohdata päihdepotilas. Tiedostamalla nämä taustalla vaikuttavat tekijät ne saa paremmin hallintaansa, eivätkä ne silloin hankaloita hoitosuhdetta. Ryhmytyönohjauksen avulla työyhteisö voi lisäksi muovata omia yhteisiä toimintalinjauksiaan. Työryhmän antama tuki on sinällään erittäin tärkeä tekijä päihdepotilaiden hoidossa. Työnohjauksen avulla voidaan parhaimmillaan vaikuttaa sekä hoidon laatuun että työntekijöiden jaksamiseen. Työnohjaus onkin siten osa työsuojelua.

Huumeiden käyttäjien somaattisen hoidon kehittyminen ei ole mahdollista ellei kiinnitetä huomiota myös resurssien riittävyys. Esimerkiksi Tukholmassa Huddingenin sairaalan ja Kööpenhaminassa Hvidovren sairaalan infektio-osastojen henkilökuntamäärä on kaksinkertainen verrattuna vastaaviin osastoihin Suomessa. Riittävä määrä työntekijöitä vähentää kiirettä ja auttaa siten toteuttamaan potilaan yksilöllistä hoitoa. Huumeiden käyttäjien hoito somaattisella osastolla edellyttää myös moniammatillista työryhmää. Pelkät vieroitusoireiden hoitoon keskittyvät päihdepsykiatrian konsultaatiot eivät riitä. Moniammatillinen työ-

ryhmä mahdollistaa hoidon suunnitelmallisuuden ja asianmukaisen jatkohoidon järjestämisen. Yhteistyö ja verkostoituminen järjestöjen, päihdealan ja sosiaalitoimen kanssa on osa huumeiden käyttäjien hoidon kehittämistä.

Lähteet:

- Ahokas H. Hoitoon hakeutuminen - matalan kynnyksen hoitopaikat ja hoitoon kinnittyminen. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia 1-3.11.1999
- Ahtiala P. Käyttääkö potilaasi huumeita? Terveystieteiden tutkimuskeskuksen avainasemassa. *Tiimi* 1997;2
- Alaja R. Päivystävä lääkäri, huumeet ja päihteiden sekakäyttö. *Duodecim* 1998; 114: 2136-43
- Alaja R. Huumeriippuvuus ja mielenterveyshäiriöt. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia 1-3.11.1999
- Baber HT, Nelesen RA, Dimsdale JE. Amphetamine use: return of an old scourge in a consultation psychiatry setting. *Am J Psychiatry* 1996; 28: 19-27
- Brette R P. Infection and injection drug use. *J Infection* 1992; 25: 121-131
- Carey MP, Weinhardt Ls, Carey KB. Prevalence of infection with Hiv among seriously mentally ill: review of research and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995; 26: 262-268,
- Coene E.H, Sutinen J. Yleistä tietoa Hiv tartunnasta. Kirjassa Itsehoito käsikirja hiv positiivisille ja aidsia sairastaville toim. Ylätalo K, Coene E.H. Euroopan komissio. Positiiviyhdistys ry. 1997
- Coletti M. The social worker's emotional problems involved in the treatment of drug addiction. *Itaca* 1998; 3: 61-82
- Crane L R, Lewinw D P, Zervos M J, Cummings G. Bacteremia in narcotic addicts at the Detroit Medical Center. I. Microbiology, epidemiology, risk, factors, and empiric therapy. *Rev Infect Dis* 1986; 8: 364-373
- Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services*, 1996; 70: 93-106
- Fabritius C, Salaspuro M. Kannabis päihteenä. Kirjassa Päihdelääketiede toim. Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. Gummerus, Duodecim, Jyväskylä 1998
- Flinck R. Yhteisöhoito päihdepsykiatrian osastolla. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia 1-3.11.1999
- Fugelstadt A, Annell A, Rajs J, Ågren G. Mortality and causes and manner of death among drug addicts in Stockholm during period 1981-1992. *Acta Psychiatr. Scand* 1997; 96: 169-175

- Fullilove MT, Fullilove RE. Post-traumatic stress disorder in women recovering from substance abuse, in *Anxiety Disorders in African Americans*. Edited by Friedman S. New York, Springer, 1994
- Färkkilä M. Huumeetartunnoista miljoonien kulut. *Helsingin Sanomat* 14.1.2000
- Granström V, Kuoppasalmi K. Psykodynaaminen tausta. Kirjassa *Päihdelääketiede* toim. Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. Gummerus, Duodecim, Jyväskylä 1998
- Hakkarainen P. Suomalaisen huumeidenkäyttäjän muotokuva. *Duodecim* 1998; 114: 2094-5
- Halmesmäki E, Kari A Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 1998; 114: 2109-14
- Halmesmäki E. Amfetamiini, opioidit ja raskaus Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous 1-3.11.1999. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia*
- Hillbom M. Aivot, alkoholi ja huumeet. *Suomenlääkärilehti*1993; 7: 568-571
- Hillbom M. Huumeet ja aivokomplikaatiot kirjassa *Päihdelääketiede* toim. Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. Gummerus, Duodecim, Jyväskylä 1998
- Hillbom M. Fabritius C. Salaspuro M. Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinoogeenien päihdekäyttö. Kirjassa Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K, toim. *Päihdelääketiede* Gummerus , Duodecim, Jyväskylä 1998
- Holmberg N. Kognitiivinen käyttäytymisterapia Kirjassa Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K, toim. *Päihdelääketiede* Gummerus , Duodecim, Jyväskylä 1998
- Holmberg N. Päihdeongelman henkilökohtaiset merkitykset - sokraattinen dialogi tapausesimerkin valossa. *Suomen Lääkärilehti* 2000;4: 333-339
- Holopainen A. Narkomaanin ja ammattiauttajan kohtaamisesta kirjassa Kontula O toim. *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Karisto, Hämeenlinna 1992
- Holopainen A. Huumeepotilaan psykososiaalinen tuki vieroituksessa ja kuntoutumisessa. *Suomen Lääkärilehti* 1999;30:3675-3682.
- HUS Sairaalahygieniayksikkö 6.3. HBVSU00, Sairaalahygieniaohje 6.3 Potilasohje 1.12.2000
- Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 362-366
- Kajesalo K, Kiesepä T. Vaikeasti huumeongelmaisen potilaan arviointi ja hoidon suunnittelu. *Suomen Lääkärilehti* 1996;4: 320-324
- Kansanterveyslaitos Tartuntataudit Suomessa 1997. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B//1998

- Kansanterveyslaitos Tartuntataudit Suomessa 1998. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B7/1999
- Karvonen A-L, Mattila J. Virushepatiitit. Kirjassa Gastroenterologia toim. Höckerstedt K, Färkkilä M, Kivilaakso E, Pikkarainen P, Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä 2000
- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19
- Kolho E. Suonensisäisten huumeiden käyttöön liittyvät infektiot kirjassa Infektiosairaudet Eskola J, Huovinen P, Valtonen V. toim. Duodecim, Gummerus, Jyväskylä 1998
- Kontula O. Huumeet Suomessa 1990-luvulla. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:27
- Kuussaari K. Tietotaito huumausaineiden käyttäjien hoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisematon tutkimusraportti. 1998
- Lappalainen M, Meurman O, Färkkilä M. Virushepatiitin ehkäisy, diagnostiikka ja hoito. Duodecim 2000; 116: 61-69
- Lappalainen M. Hiv ja hepatiittivirusten päällekkäisinfektiot, Hiv-neuvojien koulutus 23-24.11.1999
- Lauhin V. Huumeiden käyttö eettisenä ongelmana. Sosiaalilääket. Aikak. 1997;34: 4-13
- Leinikki P. Tehoa huumeiden käytön välityksellä leviävien infektioiden torjuntaan. Suomen Lääkärilehti 1999; 30: 3646-3647
- Leinikki P. Hiv-epidemia ruiskuhuumeiden käyttäjillä - onko Suomi muita länsimaita jäljessä vai edellä? Duodecim 2000; 116: 55-60
- Leino T, Leinikki P, Hyypiä T, Ristola M, Suni J, Sutinen J, Holopainen A, Haikala O, Valle M & Rostila T. Hepatitis A outbreak amongst intravenous amphetamine abusers in Finland. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 29: 213-219, 1997
- Lewis CE, Bucholz KK, Spinagel E, Shayka JJ. Effects of gender and comorbidity on problems drinking in a community sample. Alcohol Clin Exp Res 1996;20: 466-476
- Liitsola K, Ristola M, Holmström P, Salminen M, Brummer Korvenkontio H, Simola S, Suni J, Leinikki P. An outbreak of the circulating recombinant form AECM240HIV-1 in the Finnish injection drug users population. AIDS 14:2613-2615, 2000

- Majoor LBJ. Helping the helpers a plea for structural support of "heart" workers. Papers presented at the 5th International Conference on the Reduction of Drugrelated Harm March 6-10, 1994 Toronto, Canada
- Markkanen K ja Pokki H. Kaivopuistosta Kaamaseen. Selvitys terveyskeskuksista. *Tehy* 4:1999
- Martin E. Opiate misuse. Kirjassa Care of drug users in general practise, a harm minimization approach. Toim Beumont B. Abindgon: Radcliffe Medical Press, 1997
- Mäkeä R. Huumehoidot terveydenhuollon yleisillä ehdoilla. *Suomen Lääkärilehti* 1999:54:3645-3646
- Mäkelä R Haittojen vähentäminen (harm reduction). Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 1-3.11.1999
- Novick D M, Haverkos H W, Teller D W. The medically ill substance abuser. Kirjassa Lowinson J H, Ruiz P, Millman R B, Langrod J G, toim. Substance abuse. A comprehensive textbook. Williams & Wilkins, Baltimore, 1997
- Nuorvala Y. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumausaineiden käyttäjän silmin. *Stakes. Aiheita* 26/1999
- Nuorvala Y. Stakesin päihdetapauslaskenta: päihdeasioinnit lisääntyneet. *Tiimi* 2000: 3-4
- Nuutinen I, Kauppinen K, Kandolin I. Tasa-arvo poliisitoimessa - työyhteisöjen ja henkilöstön hyvinvointi. Työterveyslaitos. Sisäasianministeriö. Helsinki 1999
- Ovaska A, Holopainen A, Annala T. Terveysneuvontapiste Vinkki. A-klinikkasäätiön moniste 7/1998
- Pajupuro K. Hietalinnayhteisö huumeista riippuvaisten hoitopaikka. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous 1-3.11.1999. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia
- Partanen A. Selvitys päihdehuollon huumeasiakkaista 1998 Pompidou-huumehoitotiedonkeruu. *Stakes, tilastoraportti* 29/1999, Helsinki 1999
- Partanen J. Huumeongelman esiintyvyys Suomessa. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous 1-3.11.1999. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia
- Partanen P, Kinnunen A, Leinikki P, Nylander O, Seppälä T, Simpura J, Virtanen A, Välkki J. Selvitys amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997, Helsinki: STAKES, Aiheita 19/1999

- Pascual Leone A, Dhuna A, Anderson DC. Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers. *Neurology* 1991; 41:34-38.
- Procjaska JO, DiClemente CC, Nordcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am. Psychol* 1992; 47: 1102-14
- Päihdetilastollinen vuosikirja 1999 Stakes. Alkoholi ja huumeet. STV Sosiaaliturva 1999:2
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-1518
- Ristola M. Huumeet ja infektiokomplikaatiot kirjassa Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. toim. Päihdelääketiede. Gummerus, Duodecim, Jyväskylä 1998
- Ristola M Huumeet ja infektiot. Huumeriippuvuuden hoito Suomessa Konsensuskokous. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia1-3.11.1999
- Rokottajan käsikirja. [http://www.ktl.fi/Rokottajan käsikirja](http://www.ktl.fi/Rokottajan_käsikirja)
- Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992;1: 25-37
- Rosenberg S, Drake RE, Mueser KT: New directions for treatment research on sequelae of sexual abuse in persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 1996; 32: 387-400
- RosenthalT, Edwards N, Rosenthal R, Ackerman B. Hospital Violence: Site, Severity, and Nurses Preventive Training Issues in Mental Health Nursing 1992; 44:352-356
- Schaffer HJ. Psychology of state change. Kirjassa Substance abuse. A comprehensive textbook. Lowinson JH, Ruiz p, Millman RB, Langrod JG toim. Wilkins. Baltimore 1997
- Schwartz. Heavy marihuana use and recent memory impairment. *Advances in the Biosciences*, Pergamon Press. 1991; 80: 13-21.
- Seikkula J, Keränen J. Potilaiden väkivallan kohtaaminen. - Katsaus uusimpiin tutkimuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 1994: 11; 1159-1165
- Seppä K. Asenteet. Kirjassa Päihdelääketiede. Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. toim. Gummerus, Duodecim, Jyväskylä 1998
- Seppä K. Huumeiden käyttö ja väärinkäyttö eettisenä ongelmana. *Sosiaalilääket Aikak.* 1997;34: 18-19

- Seppä K. Perusterveydenhuollon näköalat huumeongelmiin. *Duodecim* 1998; 114: 2096-8
- Seppä K. Päihdehuollon priorisointia. *Promo* 11. 1999: 4-5; 13-15
- Sloan MA Kittner SJ, Rigamonti D, Price TR. Occurrence of stroke associated with use / abuse of drugs. *Neurology* 1991; 41: 1358-1364
- Stark K, Schreier E, Muller R, Wirth D, Driesel G, Bienzle U. Prevalence and determinants of antiHCV seropositivity and HCV genotype among intravenous drug users in Berlin. *Scand J Infect Dis* 1995; 27: 331-337
- Suhonen H. Väki­valta- ja muiden ahdistavien tilanteiden jälkipuinti työyhteisössä. *Työterveyslääkäri* 1999;3:312-313
- Sulkunen P, Holmwood J, Radner H, Schulze G toim. *Constructing the new consumer society*. Houndmills; Mac Millan Press, 1997
- Söderholm A, Piispa M, Heiskanen M. Sairaanhoidajien työssään kokema väkivalta ja häirintä. *Suomen Lääkärilehti* 1999;34:4257-4261
- Sanomalehti Ilkka 12.9.1999
- Wahren CA, Allebeck P, Rajs J. Unnatural causes of death among drug addicts in Stockholm: an analysis of health care and autopsy records. *Subst Use Misuse* 1997: 32: 2163-2183
- Virtanen A, Huuma­usainetilanne Suomessa 1998. Helsinki: STAKES, Tilasto­raportti 7/1999

HYKS
Sisätautien klinikka,
Infektiosairauksien toimiala

HUUMEIDEN KÄYTTÄJÄ OSASTOLLA -PROJEKTI

Haastattelu 1.

Havaintotunnus _____

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Toimeentulo

1. Työssä
2. Opiskelija
3. Eläkeläinen
4. Työtön
5. Toimeentulotuki
6. Muu, mikä _____

4. Asumisolosuhteet

1. Oma asunto
2. Vuokra asunto
3. Asuu vanhempien luona
4. Alivuokralainen
5. Asuntola
6. Ei asuntoa
7. Muu, mikä _____

5. Nykyisen sairaalahoidon syy

1. Potilaan kertomana _____

2. Syy sairauk kertomuksessa _____

6. Diagnoosit

1. _____

2. _____

3. _____

7. Vieroitusoireisiin käytetty lääkehoito

8. Hoitopäivien lukumäärä _____

9. Uloskirjoituksen syy

1. hoidon tarve päättyy
2. hoitosopimuksen rikkominen
3. jää palaamatta lomalta tai asioinnilta
4. vieroitusoireet
5. joku muu syy, mikä _____

10. Kuinka kauan olet käyttänyt päihteitä _____ v _____ kk

11. Mitä päihteitä olet käyttänyt viimeisen vuoden aikana?

Käyttökerrat:

1. päivittäin

2. viikottain

3. 1-2 x kk

4. harvemmin kuin 1-2 x kk

Käyttötapa:

1. iv

2. suun kautta

3. polttaen

4. nuuskaten, impaten

1 Alkoholi ().....()

2 Kannabis ().....()

3 Amfetamiini ().....()

- 4 Heroiini ().....()
- 5 Ekstaasi ().....()
- 6 Kokaiini ().....()
- 7 Crack ().....()
- 8 LSD ().....()
- 9 Gamma ().....()
- 10 PCP ().....()
- 11 DMT ().....()
- 12 Liuottimet ().....()
- 13 Sienet ().....()
- 14 Muu aine,
mikä _____ () ()
- 15 Subutex ().....()
- 16 Temgesic ().....()
- 17 Indalgin ().....()
- 18 Abalgin ().....()
- 19 Diapam ().....()
- 20 Muu lääke,
mikä _____ () ()
_____ () ()

12. Mitä päihdehoitoja sinulla on ollut?

1. Ei päihdehoitoja
2. Avo- ja laitoshoidot _____

13. Mitä psykiatrisia hoitoja sinulla on ollut?

1. Ei psykiatrisia hoitoja
2. Avo- ja sairaalahoidot _____

14. Käytätkö jotain sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua säännöllisesti?

1. Ei
2. Kyllä

15. Mitä sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja olet käyttänyt viimeisen vuoden aikana?

1. Oman alueen sosiaalitoimisto
2. Erityissosiaalitoimisto
3. A-klinikka
4. Vinkki
5. Linkki
6. Kurvin huumeplk
7. HVY pkl
8. Terveyskeskus
9. Mielenterveystoimisto
10. Ei kontakteja
11. Joku muu,
mikä _____

16. Mikä on käsityksesi päihteiden käytölle tulevaisuudessa?

1. Päihteiden käytön lopettaminen kokonaan
2. Päihteiden käytön vähentäminen
3. Tilanteen säilyttäminen ennallaan
4. Päihteiden käytön lisääminen
5. Siirryn miedompiin aineisiin
6. Siirryn kovempiin aineisiin
7. Ei osaa sanoa

17. Aiheuttaako päihteiden käyttö sinulle ongelmia?

1. Ei
2. Kyllä

18. Jos vastasit edelliseen kysymykseen myönteisesti mitä ongelmia päihteiden käyttö sinulle aiheuttaa?

1. Taloudellisia ongelmia
2. Työelämän ongelmia
3. Asumisongelmia
4. Terveydellisiä ongelmia
5. Ihmissuhdeongelmia
6. Rikoksia
7. Prostituutiota
8. Ei aiheuta ongelmia
9. Muita,
mitä _____

19. Mitä terveysongelmia sinulla on ollut/ on huumeidenkäytöstä johtuen

1. HIV
2. hepatiitti A
3. hepatiitti B
4. hepatiitti C
5. verenmyrkytys
6. sydäntulehdus
7. keuhkokuume
8. anemia
9. paiseita, iho ongelmia
10. suonitulehduksia
11. hammassairauksia
12. hengityspysähdys
13. kouristuksia
14. päänsärkyä
15. lihassärkyä, kipuja
16. laihtumista
17. pahoinvointia
18. ravitsemusongelmia_____
19. tuntopuutoksia, puutumisia,
20. epäsäännölliset kuukautiset
21. unettomuutta
22. muisti häiriöitä
23. keskittymiskyvyn häiriöitä
24. tapaturmia
25. pahoinpitelyjä
26. väkivaltaista käyttäytymistä
27. masentuneisuutta
28. psykoosi, harhaluuloja, epäluuloisuutta
29. itsemurhayritys
30. yliannostus
31. muuta, mitä_____

20. Oletko käyttänyt yhteisesti jonkun toisen henkilön kanssa, huumeiden käyttöön tarvittavia välineitä (ruiskut, neulat, klikkikupit, filterit) ?

1. Ei
2. Kyllä

21. Käytätkö pistäessäsi puhtaita välineitä?

1. Ei
2. Kyllä

22. Miten puhdistat välineet?

1. Käytän joka kerran uusia
2. Käytän useimmiten uusia
3. Keittämällä
4. Kloriitilla
5. Vedellä
6. Jollain muulla aineella,
millä _____
7. En välitä välineiden puhdistamisesta

23. Mitä ehkäisyä käytät?

1. E-pillerit
2. Kierukka
3. Kondomi
4. Ei ehkäisyä

24. Käytätkö kondomia seksisuhteissa?

1. Käytän aina
2. Joskus
3. En koskaan

25. Mitä odotat osastohoidolta

1. _____

2. _____

3. _____

Motivoiva haastattelu 1.9.1999/TK

Haastattelu 2.

1. Käytön jatkamisen ja lopettamisen edut ja haitat. Erillinen nelikenttälomake mihin kirjoitetaan ko. asiat yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteena on herätellä potilasta tarkastelemaan omaa huumeiden käyttöään.

2. Teemahaastattelu. Osa vastauksista nauhoitetaan tutkimusta varten. Tarkoituksena on kartoittaa potilaan
 - a) suhtautumista omaan huumeidenkäyttöön
 - b) motivaatiota irrottautua päihteistä
 - c) voimavaroja

Teemat ja niiden tukena olevat tarkentavat kysymykset

Mitä huumeiden käyttö sinulle merkitsee?

Mikä käsitys sinulla on miksi käytät huumeita?

Minkälaista elämäsi oli ennen kuin aloit käyttää huumeita?

Miten huumeiden käyttösi on kehittynyt?

Millaista on nykyinen huumeiden käyttösi?

Mikä sinua huolestuttaa huumeiden käytössä?

Mikä olisi pahinta mitä voi tapahtua, jos et muuta käyttäytymistäsi?

Miten haluaisit tilanteesi muuttuvan?

Jos päätät muuttua, minkälaisia toiveita sinulla on tulevaisuuden suhteen?

Mistä olisi apua jotta voisit irrottautua huumeista?

Mitkä asiat ovat sinulle tärkeitä asioita elämässäsi?

Mitä muuta haluaisit vielä sanoa?

HYKS

Sisätautien klinikka

Infektiosairauksien toimiala

POTILAAN ANTAMA ARVIOINTI OSASTOHOIDON PÄÄTTYTTYÄ

1. Mainitse kolme tekijää jotka ovat edistäneet hyvää oloasi ja paranemistasi tällä sairaalahoitokerralla

1. _____
2. _____
3. _____

2. Mihin hoitoosi liittyviin asioihin olet tyytymätön?

3. Valitse vaihtoehto joka kuvaa vieroitusoireitasi osastohoidon aikana

- a) minulla ei ollut vieroitusoireita
- b) minulla oli lieviä vieroitusoireita
- c) minulla oli melko voimakkaita vieroitusoireita
- d) minulla oli erittäin voimakkaita vieroitusoireita

4. Kirjallisesta hoitosopimuksesta oli hoitoni toteutumisen kannalta

- a) hyötyä (mitä) _____
- b) haittaa (mitä) _____
- c) ei merkitystä

5. Hoidon päättymisen syy

- a) hoidon tarve osastolla päättyy
- b) voimakkaat vieroitusoireet
- c) hoitosopimuksen rikkominen
- d) joku muu syy, mikä _____

6. Jatkohoitopaikka

- a) koti
- b) asuntola
- c) päihdehuollonlaitos
- d) joku muu mikä _____

HYKS

Sisätautien klinikka

**”Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin
somaattisen sairaalahoidon aikana” -tutkimus**

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kyselylomakkeet I, II

Taustatietokysymykset

PALAUTUS: Taru Kaivola
Auroran sairaala
Inf. Pkl
Rak. 1 C
000290 HUS

Kumpaan ammattiryhmään kuulut?

- 1) lääkäri
 - a) sairaalalääkäri
 - b) erikoislääkäri
- 2) hoitaja

Missä työskentelet tällä hetkellä?

- 1) infektiosairauksien toimialalla
- 2) muulla toimialalla sisätautien klinikassa

Kuinka usein työskentelet huumeita käyttävän potilaan kanssa?

- 1) päivittäin
- 2) muutaman kerran viikossa
- 3) muutaman kerran kuukaudessa
- 4) muutaman kerran vuodessa
- 5) en koskaan

Hyks
Sisätautienklinikka

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kyselylomake I
Huumeiden käyttäjien hoitoon liittyvä tietomittari

Yleistiedot

Rengasta tietämystäsi kuvaava vaihtoehto 1 = oikein, 2 = väärin, 3 = en tiedä

1. Huumeopotilaiden hoidon on osoitettu tuottavan yhtä hyviä tuloksia kuin aikuisiän diabeteksen, verenpainetaudin ja astman hoidon mikäli tulosmittarina käytetään parantunutta työkykyä ja oireiden psykososiaalisten ongelmien tai yhteiskunnalle aiheutuneiden kustannusten vähentymistä. **1** 2 3
2. Suurimmalle osalle huumeiden käyttö jää lyhyeksi ohimeneväksi elämänvaiheeksi **1** 2 3
3. Päihdehuoltolain mukaisesti henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuksien vuoksi **1** 2 3
4. Huumausaineen käyttö ei ole rikollista toimintaa mutta hallussapito ja myynti ovat 1 **2** 3
5. Huumeiden vastaisella valistuksella voidaan merkittävästi vaikuttaa nuorten huumausaine kokeiluihin 1 **2** 3
6. Toleranssilla tarkoitetaan yksilön päihteen kesto kyvyn kasvamista ja päihteen vaikutusten vähentymistä toistuvilla nauttimiskerroilla **1** 2 3

Valitse oikea vaihtoehto:

7. Vuonna 1997 huumeiden käyttäjien määräksi Suomessa arvioitiin
 1. 10 000 - 15 000
 2. 15 000 - 20 000
 3. 20 000 - 25 000

8. Amfetamiinin ja opiaattien käyttö Suomessa on kasvanut vuosien 1995 - 1997 välisenä aikana
1. 20 %
 2. 30 %
 - 3.** 40 %
9. Huumeisiin kuolee Suomessa vuosittain noin
1. 20
 2. 50
 - 3.** 100 henkeä

Perustiedot huumeista

Rengasta tietämystäsi kuvaava vaihtoehto 1 = oikein, 2 = väärin, 3 = en tiedä

- | | | | |
|---|----------|----------|---|
| 10. Tutkimusten mukaan kannabiksen kokeilija siirtyy lähes aina vahvempiin aineisiin | 1 | 2 | 3 |
| 11. Gammalla on väsyttävä vaikutus | 1 | 2 | 3 |
| 12. Impattavaa butaania on esim. tupakansyöttimissä | 1 | 2 | 3 |
| 13. Heroiini keitetään jotta aine puhdistuisi | 1 | 2 | 3 |
| 14. Heroiini riippuvaiset kestävät satakertaisesti ja suurempiakin määriä heroinia ensiannokseen verrattuna | 1 | 2 | 3 |
| 15. Amfetamiinilla on rentouttava vaikutus | 1 | 2 | 3 |
| 16. Amfetamiini lisää nälän tunnetta | 1 | 2 | 3 |
| 17. Kannabiksen pitkäaikainen käyttö aiheuttaa ahdistusta ja passivoi | 1 | 2 | 3 |
| 18. Kannabiksen pitkäaikainen käyttö huonontaa sperman laatua | 1 | 2 | 3 |
| 19. Ekstaasi lisää nälän ja janon tunnetta | 1 | 2 | 3 |

20. Ekstaasi heikentää omien elintoimintojen tuntemuksia **1** 2 3
21. Poltettavaa heroiniä sekoitetaan usein tupakan sekaan sätkäksi 1 **2** 3

Valitse oikea vaihtoehto

22. Kannabiksen poistuminen elimistöstä kestää
1. 3-6 vuorokautta
 2. 2 viikkoa
 - 3.** vähintään 6 viikkoa
23. LSD:n vaikutus kestää
1. 0,5-1,5 tuntia
 2. 1,5 - 3 tuntia
 - 3.** 8-12 tuntia
24. Mitä seuraavista voidaan käyttää huumausaine tarkoituksessa
1. kaneli
 2. kumina
 - 3.** muskotti
25. Mihin huumeidenkäyttäjät tarvitsee sitruunaa tai askorbiinihappoa

Vieroitusoireet ja terveysongelmat

Rengasta tietämystäsi kuvaava vaihtoehto 1 = oikein, 2 = väärin, 3 = en tiedä

26. Crack ja ekstaasi ovat hyvin addiktoivia mutta niiden käytön lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet ovat vähäiset **1** 2 3
27. Kokaiinin ja amfetamiinin fyysinen riippuvuus on voimakas 1 **2** 3

28. Amfetamiini voi aiheuttaa skitsofrenian kaltaisen psykoottisen tilan	1	2	3
29. Kannabis aiheuttaa verensokerin laskua	1	2	3
30. Ekstaasi nostaa ruumiin lämpötilaa	1	2	3
31. Heroiinin vieroitusoireita ovat mm. haukottelu ja punoittavat silmät	1	2	3
32. Pitkävaikutteisten opiaattien vieroitusoireet kestävät 3-4 viikkoa	1	2	3
34. Ekstaasi laskee verenpainetta	1	2	3
35. LSD potilaan olotilaa helpottaa vuodelepo	1	2	3
36. Heroiinin käyttäjä naisilla 2:lla 3:sta kuukautiset jäävät pois	1	2	3

Rengasta mielestäsi oikea vaihtoehto

37. Nykyisten suositusten mukaan bentsodiatsepiinejä tulisi käyttää yhtäjaksoisesti korkeintaan
1. 2-4 viikon ajan
 2. 4-6 viikon ajan
 3. 6-8 viikon ajan
38. Alaleuan spastisen tilan ja ns. leukalukon voi aiheuttaa
1. gamma
 2. ekstaasi
 3. kokaiini
39. Serotoniinin takaisinotonestäjät (esim. Cipramil, Seronil, Zoloft) eivät sovi yhteen
1. amfetamiinin
 2. heroinin
 3. ekstaasin kanssa

40. Opiattien vieroitusoireet ovat voimakkaammillaan viimeisestä annoksesta
1. 4-8 tuntia
 2. 8-24 tuntia
 - 3.** 30-72 tuntia
41. Kokaiinia käyttäneelle potilaalle vieroitusvaiheen lääkehoitona tehokkain on
1. bentosdiatsepiinit
 2. pieniannos neuroleptit
 - 3.** antidepressiivat
42. Nimeä mitkä seuraavista huumeista: kannabis, amfetamiini, heroini, LSD, aiheuttavat pitkään käytettynä alla kuvattuja oireita:
1. itsekeskeisyyden lisääntyminen, tunne omasta paremmuudesta, keskittymiskyvyn heikkeneminen, levottomuus, ruokahaluttomuus, pahoinvointi, ihon kutina, apatia
-
2. masennus, muistihäiriöitä, epätoivoa, jännitys- ja pelkotiloja, epäluuloisuutta, tunne elämän kuoleentumista, koordinaatio- ja tasapainohäiriöitä, rytmihäiriöitä, verenkierron heikkenemistä
-
3. impulsiivinen hallitsematon käytös, persoonallisuuden muuttuminen, epätodellinen olo, ajatus- ja keskittymiskyvynhäiriöitä, ahdistuneisuus, levottomuus, masennus
-
4. välinpitämättömyyttä, vaikeus seurata keskustelua, lyhytmuistin heikkeneminen, vaikeus erottaa olennainen epäolennaisesta, yksinäisyyden ja tyhjyyden tunne, vaikeus hahmottaa aikaa, etäisyyttä ja nopeutta
-

43. Luettele vähintään viisi bentsodiatsepiinien vieroitusoiretta

44. Mistä eri tekijöistä johtuvat huumeiden käyttäjien pistosinfektiot

Hoitoon ohjaaminen

Rengasta mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto

1 = oikein, 2 = väärin, 3 = en tiedä

- | | | | |
|--|----------|----------|---|
| 45. Huumeidenkäyttäjä tarvitsee aina oman alueensa sosiaalitoimiston maksusitoumuksen ennen katkaisuhuitoon hakeutumistaan | 1 | 2 | 3 |
| 46. Pellaksen huumehoitoyksikköön hakeudutaan Kurvin huumeepoliklinikan kautta | 1 | 2 | 3 |
| 47. Hangonkadun kuntoutuskeskukseen ei tarvitse lähetettä | 1 | 2 | 3 |
| 48. Töölön A-klinikan katkaisuhuitoon voi hakeutua kuka tahansa helsinkiläinen asuinalueesta riippumatta | 1 | 2 | 3 |
| 49. Hietalinnan yhteisö on tarkoitettu alle 25 vuotiaalle nuorille | 1 | 2 | 3 |
| 50. Hyvinkään huoltola noudattaa ns. myllyhoito ohjelmaa | 1 | 2 | 3 |
| 51. Järvenpään sosiaalisairaalan opiaattivieroitukseen hakeutuva tarvitsee terveysviraston lähetteen | 1 | 2 | 3 |

52. Hoitajakso Kiskon klinikalla kestää 6- 8 kuukautta	1	2	3
53. Subutex korvaushoitoon pääsy edellyttää osastohoito- jaksoa HVY:ssä tai Järvenpään sosiaalisairaalassa	1	2	3
54. Metadoni korvaushoidon tarpeen arvioinnin tekee HYKS huumevieroitusyksikkö, mutta hoidon voi antaa kunnan terveydenhuolto tai päihdehuollon erityispalvelut	1	2	3

Huumeiden käyttäjän maailma

55. Mitä aineita tiedät käytettävän huumeiden lisäaineina

56. Määrittele lyhyesti mitä tarkoittaa

1. polle _____
2. narkkausluukku _____
3. klikkikuppi _____
4. värkit _____
5. jointti _____

HYKS

Sisätautien klinikka

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kyselylomake II

Mittari:

Millaisena potilaana huumeiden käyttäjä koetaan osastolla?

Vastausvaihtoehdot:

- 1) täysin samaa mieltä
- 2) samaa mieltä
- 3) en osaa sanoa
- 4) eri mieltä
- 5) täysin eri mieltä

1) Sairauden perusteella	1	2	3	4	5
Hoitaessani huumeiden käyttäjää, minusta tuntuu usein siltä, että hän on täällä väärässä hoitopaikassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myös somaattisessa hoidossa tulee painottaa (somaattisen ongelman hoidon ohessa) huumeiden käyttäjien psykososiaalista hoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan hoitaminen on aina yhtä tärkeää, vaikka hoidon pitkäaikais-tulokset olisivatkin heikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarttuvat sairaudet (esim. HIV ja hepatiitit) eivät pelota minua hoitaessani huumeiden käyttäjää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjä on itse syyllinen tilanteeseensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjä ei pitäisi missään tilanteessa hoitaa infektio-osastoilla, vaan heitä varten tulisi olla oma hoito-osasto / -osastot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Huumeiden käyttäjien kanssa tulee helpommin kaikenlaisia vaikeuksia kuin muiden potilaiden kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjä vaatii enemmän kärsivällisyyttä hoitavalta henkilökunnalta kuin potilaat keskimäärin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harm reduction I. haittojen vähentäminen huumeiden käyttäjien hoidossa on tärkeää, vaikka huumeiden käyttö jatkuisikin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vieroitusoireiden hoitaminen on turhauttavaa työtä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Sosiaalisten tekijöiden perusteella

Huumeiden käyttäjän ystävät ja omaiset ovat häiriöksi hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuorten huumeiden käyttäjien hoito on mielekkäämpää kuin iäkkäämpien käyttäjien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnottoman potilaan hoito on turhauttavaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjien hoito on arvostettua yhteiskunnassamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjien kielenkäyttö aiheuttaa hämmennystä minussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan mahdollinen homosuhde vaikeuttaa suhtautumistani häneen / hänen kumppaniinsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Minun on vaikea ymmärtää huumeiden käyttäjien elämäntapaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan mahdollinen rikollinen käyttäytyminen ei vaikuta suhtautumiseeni häneen hoitoa tarvitsevana ihmisenä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Potilaan asenteen ja käyttäytymisen perusteella

Potilaan itsetuhoinen käyttäytyminen ahdistaa minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatioitani hoitaa häntä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskittymiskyvyn puute potilaalla saa minut ärsyyntyneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osastolla / pkl:lla olevat muut potilaat häiriintyvät siitä, että osastolla / pkl:lla hoidetaan myös huumeita käyttäviä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos huumeita käyttävä potilas ei itse ole halukas lopettamaan huumeiden käyttöä, minulla ei ole veloitteita antaa hänelle terveystalosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjän puheeseen on vaikea luottaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan uhkaava käyttäytyminen henkilökuntaa tai muita potilaita kohtaan vähentää motivaatioitani hoitaa häntä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Huumeiden käyttäjän elämäntarinaa ja elämäkokemuksia on mielenkiintoista ja opettavaista kuunnella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjät omaksuvat helposti hoitoonsa liittyvät asiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeita käyttävä potilas vie toisten potilaiden kustannuksella henkilökunnan aikaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjä arvostaa omaa hoitoaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeita käyttävä potilas on käyttäytynyt hyökkäävästi / uhkaavasti minua kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Hoitoyhteisön toimintalinjojen / etiikan perusteella

Selkeiden hoitoyksikön ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla huumeiden käyttäjien hoito on selväpiirteistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeiden käyttäjien hoidossa on piirteitä, jotka ovat vastaan minun omaa etiikkaani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksikössäni on selkeät yhteisesti sovitut hoitolinjaukset huumeiden käyttäjien hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huumeita käyttävän potilaan hoidossa kokemani tuntemukset ovat lähempänä...

(valitse janalta sinusta parhaiten tuntuva kohta)

ilo	_____	suru
läheisyys	_____	etäisyys
rohkeus	_____	pelko
onnistuminen	_____	epäonnistuminen
myötämielisyys	_____	vastenmielisyys
kykenevyys	_____	avuttomuus
rakkaus	_____	viha
kärsivällisyys	_____	kärsimättömyys
innostuneisuus	_____	innottomuus
ymmärtäminen	_____	ymmärryksen puute
auttamishalu	_____	auttamishaluttomuus
helpous	_____	vaikeus
mielenkiintoinen	_____	mielenkiinnoton
tärkeä	_____	turha

Kiitos vastauksestasi!

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter
Reports of the Ministry of Social Arrairs and Health
ISSN 1236-2115

- 2001: 1 Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa.
ISBN 952-00-0913-2
- 2 Ulla Reina-Knuutila. Ikä, työkyky ja tuottavuus.
ISBN 952-00-0923-X
- 3 Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental
Health and Social Inclusion. Toim. Juha Lavikainen, Eero Lahtinen,
Ville Lehtinen
ISBN 952-00-0926-4
- 4 Matti Heikkilä, Tuukka Lahti. Työttömyysturvan karenssi. Subjektii-
vinen tulkinta ja siirtyminen toimeentulotuelle.
ISBN 952-00-0944-2
- 5 Werner Burkart, Henri Métivier, John Stather, Terttu Vartiainen.
International Evaluation of the Research Activities of Radiation and
Nuclear Safety Authority (STUK).
ISBN 952-00-0976-0
- 6 Pasi Ylipaavalniemi. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämisen
kokonaiskartoitus.
ISBN 952-00-1009-2
- 7 Eila Korpivuoma, Ilkka Pirttilä. Terveyskeskukset ja ikääntyvä työ-
voima.
ISBN 952-00-1011-4
- 8 Päivi Rantanen, Mirja Mäkelä, Riitta Alaja, Kari Luotonen, Kaija
Seppä. Päihteet ja ajokortti. Rattijuoppojen hoitoonohjausprojek-
tin loppuraportti.
ISBN 952-00-1016-5

- 9 Yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten sairaanhoitopiirien psykiatrian valvontakäynneistä.
ISBN 952-00-1021-1
- 10 Ympäristöterveydenhuollon toimintaedellytykset. Loppuraportti.
ISBN 952-00-1024-6
- 11 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000.
ISBN 952-00-1038-6
- 12 Kaija Hasunen. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000.
ISBN 952-00-1067-X
- 13 Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana.
ISBN 952-00-1075-0