

## POHDINTOJA HUUMERIIPPUVAISTEN HOIDOSTA JA ASEMASTA PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ. 8.7.2005

Pohdin seuraavassa joitakin STM Päihdepalvelujen kehittämishankkeesta saatuja selvitystietoja ja peilaan niitä ajankohtaisiin nettiartikkelien huume keskusteluihin ja –kannanottoihin.

Pohjois-Karjalan suurimman päivälehdessä Karjalaisen sivuilla on otettu vilkkaasti kantaa päihdeasioihin kevään ja kesän mittaan. Tässä muutamia huumeasioihin liittyviä havaintoja, jotka ovat vahvistuneet myös selvitysten avainhenkilöhaastattelussa:

- Poliisin mukaan huume kuskien määrä on lisääntynyt jopa kaksinkertaiseksi viimeisen vuoden aikana
- Katukaupassa on eniten kannabispohjaisia huumeita ja amfetamiinia, heroiini on harvinaista. Huumeet tulevat Etelä-Suomen kautta, sekä Venäjän kautta jonkin verran.
- Subutex-kauppaa on Joensuun kaduilla ollut kolmisen vuotta ja sen huume käyttö hyvin pohjoiskarjalainen ilmiö: ei heroinisteja kuten pääkaupunkiseudulla
- Terveyskeskusten korvaushoidoista on myönteisiä kokemuksia Pohjois-Karjalassa: lisäresursseja kuitenkin kaivataan, sillä sairaanhoitajat ja lääkärit tekevät korvaushoitoja muun työnsä ohessa. Terveyskeskuksiin siirtyvä korvaushoito on hyödyllistä ja hoitoon pääsyä tulisi helpottaa
- Huume lääkäriin saaminen maakuntaan on lähes toivottomalta tuntuva.

Jatkohoito ja psykososiaalinen kuntoutus korostuvat huumeriippuvaisten hoidossa

Haja-asutusalueiden ja pienten kuntien jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuudet huumeiden käyttäjien kotiutuessa laitoksista ovat puutteellisia ja hajanaisia. Avohuollon ja laitostuutukseen pääseminen voi onnistuakin, mutta hoidon jälkeisen elämän haltuunotto suistaa monet takaisin huumemaailmaan. Moni asiakas lähtee hoidosta omaan kuntaansa ”sielu ravittuna mutta persaukisena”, törmäämään asunnottomuuteen, taloudellisiin vaikeuksiin, yksinäisyyteen, velkakierteisiin, työttömyyteen ja muihin elämänhallinnan ongelmiinsa ilman tukea, neuvoa ja ohjausta. Usein lyhyet laitoshoidot menevät helposti muiden asioiden kuin varsinaisen päihdeongelman hoitamiseen.

Huumeiden käytön aloittaminen on saattanut katkaista ja keskeyttää tietoja ja taitoja sekä psykososiaalisia valmiuksia vuosikausiksi. Raitistumisen jälkeen on aloitettava tyhjistä, usein arjen ”käsiyötaitojen” uudelleen opettelemisesta. Päivärytmi, raha- ym. asioiden hoitaminen, hygieniasta huolehtiminen ym. normaaleilta kuulostavat asiat ovat huume vuosien jälkeen uusia ja outoja. Biologinen ja sosiaalinen ikä eivät välttämättä kohtaa: 26-vuotiaana aineista irrottautuva saattaa olla sosiaalisesti ja psyykkisesti 13-vuotiaan tasolla arjen ja elämänhallinnan asioissa. Terapiat ja annetut ajat avohoidossa eivät riitä, jos ei ole kattoa päähän päällä, työ- tai opiskelupaikkaa ja toimeentulon edellytyksiä. Matalan kynnyksen hoitopaikkoja ja arkeen jalkautuvaa, palveluohjauksellista apua tarvitaan, muutoin aineista eroon pyristellyt voi menettää luottamuksensa ja uskonsa heti alkuunsa. Huumeista ja huumejengeistä vieroittaminen on kova ponnistus, eikä niissä tilanteissa löydy useinkaan voimavaroja viikkojen tai kuukausien jonotuksiin. Avainhenkilöhaastattelussa ja myös useiden tutkijoiden kommentissa korostetaan päihdetyön sosiaalisia näkökulmia: pelkkä medikalisaatio, diagnoosit ja lääkeytykset ovat riittämättömiä. Myös tunteet tulee huomioida, ja pyrkiä myös lääkkeettömiin vaihtoehtoihin, sekä kohtaamaan päihde ongelmaa arkea yhteisöllisesti.

Terveysneuvontapisteistä

Päivi Jokinen Järvenpään sosiaalisairaala on tutkinut terveysneuvontapisteissä käytyjä työntekijöiden ja huumeriippuvaisten välisten keskustelujen aiheita. Terveysneuvontapisteet toimivat haittojen vähentämisen viitekehityksessä, jolloin itse huumeiden käyttöön ei oteta kantaa vaan huomio kiinnittyy huumeidenkäytöstä aiheutuviin haittoihin. Terveysneuvontapisteiden yleisin keskustelunaihe liittyy huumehoitoihin, kuten yhteydenottoihin katkoihin ja kriminaalihuoltoon, korvaushoidon ongelmakohtiin ja vankilan päihdeettömiin osastoihin. Vaikuttaa siltä, että terveysneuvontapisteiden huumeriippuvaiset asiakkaat ovat motivoituneita ja halukkaita saamaan tietoa hoidoista ja päihdeettömän elämän mahdollisuuksista, vaikka terveysneuvontapisteissä ei näihin tavoitteisiin pyritäkään. Kuunteluun, keskusteluun ja terveysneuvontapisteillä oleiluun näyttää olevan tarvetta. Näyttää siltä, että tieto, jota terveysneuvonta-

pisteissä jaetaan on neutraalia ja piikinkäyttäjän arkea ja reaalityodellisuutta koskettavaa, moralisoimatonta ja matalan kynnyksen periaatteita noudattavaa.

Toteutuuko terveysneuvontapisteiden toimintaperiaatteissa sitten jotain olennaisesti tärkeitä, vaikuttavan päihdetyön elementtejä? Riikka Perälä a-klinikkasäätiöstä kuvaa harm reduction –ajattelutapaa, 1960-luvulta lähtien levinnyttä haittojen vähentämistä, joka korostaa huumeiden käyttäjien ympärillä olevan poikkeavuusleiman hälventämistä ja huumeiden käyttäjien integroimista, osallistamista mukaan yhteiskuntaan. Harm reduction –ajattelun lähtökohtana on se, että halu haitallisen toiminnan muuttumiseen kumpuaa yhteenkuuluvuuden ja hyväksynnän kokemuksista, ei sosiaalisesta syrjäytymisestä, eristäytyneisyydestä, rankaisemisesta ja moralisoimisesta. Haittojen vähentämiseen liittyvässä neuvonnassa tällaisen ajattelutavan mukaan korostuu huumeidenkäyttäjän autonomian kunnioittaminen, samaan tapaan kuin muidenkin sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin tulevien asiakkaiden kohdalla. Ketään ei voi pakottaa muutokseen moralisoimalla tai uhkailemalla.

Vastakohtana terveysneuvontapisteiden periaatteisiin Ulla Kosonen kertoo artikkelissaan oman poikansa kokeman korvaushoidon ”kovista kasvoista”. Asiakkaan kokemus korvaushoidosta voi olla se, että koska hoitohenkilöstö on epävarmaa, se keskittyy kontrollin ylläpitämiseen, ei niinkään asiakaslähtöiseen työhön. Hoito pyörii seulojen ympärillä, eikä hoidettavan mielipiteistä, merkityksenannoista ja kokemuksista olla kiinnostuneita. Luottamuspuola vallitsee, asiakasta pallorellaan ja käytetään yhtä sabluunaa hoitomuotona näkemättä asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja itse asettamia tavoitteita.

Huumeidenkäytön muutoksista ja pienten kuntien huumeriippuvaisten tilanteista

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa (2004) päihdehuollon asiakkaista todetaan, että he ovat yhä nuorempia ja etenkin huumeiden vuoksi hoitoon ohjautuneet ovat usein sosiaalisesti huono-osaisia. Huumeiden käyttö on vuodesta 1995 lisääntynyt tasaisesti: 1995 jotakin laitonta huumetta oli käyttänyt 11% kun vastaava luku oli 27% vuonna 2003. Alkoholi on edelleenkin ylivoimaisesti käytetyin päihde, mutta pelkästään alkoholia käyttävien osuus on pienentynyt koko ajan. Päihteen sekakäyttö on yleistä: kaksi kolmesta ilmoitti käyttävänsä vähintään kolmea eri päihdettä ja lähes 40% käyttää vähintään kahta eri päihdettä. (Nuorvala & Metso 2004, 81-88.) STM –päihdetyön kehittämishankkeessa todetaan samat suunta- viivat myös itäsuomalaisessa kontekstissa. Huumeriippuvaisten avo- ja ympärivuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon järjestäminen toteutuu alkoholikatkaisuhuotoa heikommin. Muun muassa suurin osa Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan kunnista ei kuitenkaan järjestä opioidiriippuvaisten korvaushoitoa lainkaan. Myös avokatkaisuhuoltoon ohjautuu enimmäkseen alkoholi- ja sekakäyttöasiakkaita, ei niinkään huumeriippuvaisia. Samoin kuin palvelujärjestelmän ulkopuolelle jäävien ja jättäytyvien moniongelmaisten ja vakavasti päihdeongelmaisten tilanteet, myös huumeiden käyttäjien palvelutarpeet ja asema palvelujärjestelmän ulkopuolella on ”harmaata”, vielä tutkimatonta aluetta!

Nuorten huumeemyönteisyydestä puhutaan Pohjois-Karjalassa, tiedetään että huumeidenkäyttäjiä on, mutta heitä ei näy palvelujärjestelmässä. Hoitoon hakeutuvat huumeriippuvaiset ovat usein jo monin tavoin moniongelmaisia, huono-osaisia tai marginalisoituneita. Olavi Kaukonen toteaa moniongelmaisista ja vaikeimmin päihderiippuvaisista asiakkaista, että näiden ryhmien saaminen kuntoutuksen piiriin olisi yksilöllisesti, yhteiskunnallisesti ja kokonaistaloudellisesti erityisen kannattavaa, koska vaihtoehtokustannukset hoitamatta jättämisestä muodostuvat korkeammiksi kuin pystyvimmillä tai sosiaalisemmilla päihdeongelmaisilla. Näitä seikkoja tulee pohtia erityisesti huumeriippuvaisten kohdalla, joiden marginaaliin jääminen merkitsee usein myös rikollista ja monella tavoin epäsosiaalista elämäntapaa.

Tutkijat Kati Rantala ja Mikko Salasuo kuvaavat huumeidenkäytön monia maailmoja. Todetaan että nopeiden yhteiskunnallisten muutosten yhteydessä huumeiden käytön uusia muotoja ja ilmenemistapoja on vaikeaa hahmottaa. Se on haaste kaikille huumekeskusteluun osallistuville. Mielestäni haja-asutetuilla ja maaseutumaisilla asuinalueilla ja maakunnissa ei avoin huumekeskustelu ole vielä edes lähtenyt käyntiin tai se on alkutekijöissään. Opiaattikorvaushoidoista keskustellaan, muut huumeiden käytön tavat ja ilmentyvät ovat kuitenkin asiantuntijoiden erityisosaamista. Näyttää siltä että huume- ja alkoholiriippuvaisten palvelut kulkevat

erillään ja varsinkin huumeasiakkaat halutaan eriyttää perus- ja lähipalvelujen piiristä aktiivisesti.

Rantala erittelee huumeiden käytön eri kategorioita kokeilusta viihdekäyttöön ja ongelmakäyttöön. Ongelmakäytön osalta huumeet voivat olla huono-osaisuuden kehässä yksi ongelma muiden ongelmien joukossa. Riikka Perälä siteeraa myös Rantalaa ja Salasuota ja toteaa muun muassa, että nykyinen huume keskustelu on moraalisesti latautunutta. Uudenlaiset, huumemaailmaa ymmärtävät näkemykset nähdään automaattisesti huumemyönteisiksi kannanotoiksi ja näin ollen hedelmällistä keskustelua ei huumeasioista välttämättä saada syntymään. Puhutaan huumeiden käyttäjien ”demonisaatiosta”, jonka seurauksena huumeet ja niiden käyttäjät nähdään syyllisiksi lähes kaikkiin yhteiskunnan epäkohtiin. Huumeiden käyttäjät leimataan poikkeaviksi, sairiksi, rikollisiksi, epäluotettaviksi ja moraalittomiksi erilaisiksi toimenpiteiden kohteiksi, joilla ei ole omaa itsenäistä tahtoa. Moni käyttäjä joutuu marginaaliin tahtomattaan. Yhteiskunnan ja palvelujärjestelmien rakenteelliset ongelmat palautetaan yksilöihin, sosiaalisten ongelmien korjaamisen sijaan rangaistaan yksittäisiä huumeiden käyttäjiä.

Tällaiset demonisaatio-piirteet eivät liene kaukaa haettuja kun pohditaan myös pienten kuntien huumeriippuvaisiin suhtautumista. Pienten kuntien kynnykset päihdehuollon lähipalveluihin hakeutumiseen liittyvät usein pieniin piireihin ja sosiaaliseen kontrolliin ja pelkoihin. Voi olettaa, että erityisesti huumeiden käyttöön liittyy alkoholia enemmän moralisointia, ennakkoluuloja ja leimaamista, jonka seurauksena hoitoon hakeutuminen on usein ylivoimaista. Riikka Perälä puhuu huumeriippuvaisten ihmisoikeuksista ja kysyy, milloin huumeiden käyttäjät voivat tulla ulos ”kaapeistaan” ilman pelkoa sosiaalisesta syrjinnästä? Jos ajatellaan pienten paikkakuntien päihdepalvelujärjestelmää katkaisu- ja vieroitushoidosta jatkohoitoon ja –kuntoutukseen, huumeiden käyttö sulkee ovet palveluihin heti alkuvaiheessa, kun käyttäjä sinne hakeutuu. Huumeiden käytöllä onkin yksilön asemaan monenlaisia seurauksia pienessä kunnassa. Monessa kunnassa se, että asiakkaalla on huumetaustaa, riittää sulkemaan pääsyn katkaisu- ja vieroitushoitoon välittömästi. Ennakkoluulot ja pelot, sitä mukaa torjunta- ja poistomekanismit (Olavi Kaukonen) huumeasiakkaita kohtaan lienevät alkoholiongelmaisiin verrattuna usein monikertaisia. Huumeongelmaiset ulkoistetaan palveluista, heidän hoitonsa tapahtuu erikoisyksiköissä, joka on leimaavaa ja usein asiakaslähtöisyydestä kaukana.

Terveyskeskuksiin juurtuva opiaattikorvaushoito on monessa kunnassa myötätulessa, siitä on saatu ja saadaan hyviä kokemuksia. Huonommassa asemassa palvelujen saamisen kannalta ovat ne huumeriippuvaiset, joilla on vielä kosolti matkaa korvaushoitoon. Täytyykö huumeriippuvaisen hoitoa saadakseen siirtyä raskaiden opiaattien ongelmakäyttäjänarkomaaniksi? Missä ovat ”välimallin” hoito- ja palvelumuodot ja millaisia niiden tulisi olla huumeriippuvaisten asiakkaiden kohdalla?

#### Huumehoito terveyskeskuksiin

Nurmijärvellä on toteutettu ja myös tutkittu opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Tulokset kertovat, että terveyskeskuksissa on täysin mahdollista hoitaa opioidiriippuvaisia korvaavilla lääkkeillä ja psykososiaalisen tuen avulla. Korvaushoito voi olla yksi tavanomainen ja hyväksyttävä terveyskeskuksen toimintamuoto, jolla voidaan säästää muita kustannuksia ja ehkäistä haittoja ja parantaa asiakkaiden elämän laatua. Nuorvala ja Halmeaho toteavat kuitenkin, että psykososiaalisesta tuesta voidaan puhua paljonkin sen enempää käsitettä avaamatta. Mitä se käytännössä tarkoittaa, jää usein epäselväksi. Riskinä on, että korvaushoitokin jää pelkäksi lääkkeiden mekaaniseksi jakamiseksi. Tulisikin selvittää, mitä psykososiaalisella työllä ja tuella konkreettisesti tarkoitetaan terveyskeskuksessa toteutettavien korvaushoitojen yhteydessä.

Tuulikki Forsènin lisensiaattityö (Helsingin sanomat 26.3.2005) käsittelee ylläpito- ja korvaushoitoa työntekijöiden näkökulmasta. Kantaa otetaan terveyskeskuksiin siirrettävään korvaus- ja ylläpito hoidon järjestämiseen. Peruspalveluihin siirtyvä hoito vapauttaa paikkoja erityisten huumeyskiköiden korvaushoitajajonoista mutta voi aiheuttaa myös ongelmia terveyskeskuksissa. Tutkimuksen mukaan on tärkeää, että siirtyvä potilas on riittävän hyvässä kunnossa. Hoidon alkuvaiheessa oleva potilas on usein rauhaton, huonokuntoinen, huumeongelmansa lisäksi myös mielenterveysongelmainen tai persoonallisuushäiriöinen ja päihde- tai lääkeriippuvainen. Forsènin tutkimuksessa haastatelluilla työntekijöillä on kokemuksia siitä miten vuosikymmeniä huumeita käyttäneillä omien tarpeiden välitön tyydytys on usein tärkeää. Itsehil-

linnan ja kärsivällisyyden puute, rajattomuus, väkivalta tai sillä uhkaaminen ja valehtelevä on yleistä. Myös hyvät asiakassuhteet leimaantuvat usein hankalien tapausten takia. Huume- ja alkoholiriippuvaisten välillä voi olla myös käihinää: ”koska alkoholisteille aletaan antaa viinan korvaushoitoa?”.

Forssènin havainnot asiakasryhmän haasteellisuudesta vahvistuvat STM –selvityksessä olevan KYS:n huume- ja lääkeriippuvuusosaston ylilääkärin kannanotoissa: huume- ja lääkeriippuvaisten katkaisu- ja vieroitushoito on usein hyvin ongelmallista. Lääkeriippuvuudet ovat kehittyneet monesti vuosien varrella ja niiden selvittely, hoito ja kuntoutus edellyttääkin pitkäjänteistä ja suunnitelmallista, laaja-alaista niin fyysisen, psyykkisen kuin päihderiippuvuusproblematiikan ymmärrystä. Usein lääke- ja huumeriippuvuuksiin liittyy myös muiden päihdeiden ongelmakäyttöä ja mielenterveysongelmia. Perus- ja lähipalvelujen katkaisu- ja vieroitushoidot ja osaaminen ovat usein riittämättömiä näiden asiakkaiden hoitamiseen. Monenlaisia ongelmia voi siis ilmetä.

Nurmijärven korvaushoitotutkimuksen ja Forssènin liseniaattitutkimuksen yhteenvedon todetaan mm. seuraavanlaisia ongelmakohtia terveyskeskuksessa toteutettavien korvaushoitosten suhteen:

- Uudet tehtävät tuodaan terveyskeskukseen liian lyhyellä varoitusaikalla.
- Hoitohenkilökuntaa ei ole kuultu, kun tehtävää pitäisi jo olla toteuttamassa.
- Ei ehditä kouluttaa henkilökuntaa ajoissa.
- Ei ehditä käydä arvokeskusteluja eikä muodostaa yhteistä käsitystä toiminnan merkittävistä ulottuvuuksista.
- Hoitotilat ja henkilöstöresurssit ovat rempallaan.
- Pelätään väkivaltaa ja uudenlaisia huumeasiakkaita
- Epäillään että hoitopaikkojen ns. kanta-asiakkaat suhtautuvat kriittisesti uudenlaisiin asiakkaisiin

Ajan ja prosessien merkitys nousee mielestäni esille näistä havainnoista. Kehittäminen ja uusien toimintamallien juurruttaminen tulisikin tapahtua prosessinomaisesti, aktiivisesti työstäen. Itsestään ja liian lyhyellä aikataululla, ylhäältä alaspäin annettuna herää muutosvastarinta, jonka purkamiseen tarvitaan enemmän aikaa ja vaivannäköä kuin uuden rakentamiseen. Keinotekoisesti ja hätiköiden uusien asioiden ”runttaaminen” järjestelmiin ei ole järkevää eikä perusteltua. Yhä edelleen painottaisin sosiokulttuurista ja konstruktivistista lähestymistapaa myös kehittämistyössä: kasvokkaisuus, dialogisuus ja avoin vuorovaikutteisuus, yhteisten merkitysten pohtiminen ja avaaminen ovat elementtejä, joita positiivisen muutoksen aikaansaaminen edellyttää, olipa kyse sitten asiakkaan muutoksesta, henkilöstön muutoksesta tai palvelujärjestelmän kehittämisestä.

Osallisuuden ja sosiokulttuurisen huumetyön periaatteet tulevat esille monissa tutkijoiden ja asiantuntijoiden arvioinneissa ja kannanotoissa. Palvelujärjestelmän toimintaan ja rakenteisiin liittyy paljon ongelmia ja kysymyksiä: kuka tietää totuuden siitä miten ihmisten pitäisi elää tai kuka on oikea henkilö määrittelemään vähennettävät haitat ja ns. ”hyvän elämän”? Tulisiko palvelujärjestelmän arvioinnissa keskittyä tulosten sijaan toimintalogiikkaan ja prosesseihin?

Henkilökohtaisia kokemuksia huumeriippuvaisen kanssa tehtävästä asiakastyöstä

Omat kokemukseni asiakastyöstä päihde- ja huumeriippuvaisten nuorten aikuisten kanssa (Joensuun kaupungin ja työvoimahallinnon NUOTTA –projekti 2000-2003) vahvistavat käsitystä siitä, että huumeasiakkaan arki ja julkinen palvelujärjestelmä kulkevat erillään. Järjestelmä ja päihdetyön henkilöstö edustavat usein ”porvarillista”, keskiluokkaista elämäntapaa ja arvoja, jotka jäävät huumemaailman sisällä elävän ulkopuolelle. Arvot, kieli, kohtaaminen, merkitykset ja käsitykset ns. hyvästä elämästä eivät kohtaa toisiaan. Järjestelmällä on oma kielensä, oma tapansa määritellä ja arvottaa asioita, usein ”ylhäältä alaspäin” suuntautuva katse, jossa aidot subjekti – subjekti –suhteet jäävät usein toteutumatta. Luottamuspuola, pelot ja stereotyyppiset ennakkoluulot leimaavat asiakkaiden ja henkilöstön välisiä suhteita, eikä ole uskallusta puoliin ja toisiin tutustua tai ymmärtää toisensa todellisuutta. Huume- ja päihderiippuvaisen ihmisen herkkyyttä, elämäntilanteiden ja arjen moninaisuutta ja ihmisarvoa ei huomioida useinkaan riittävästi.

Käypä hoito –suosituksissa korostetaan muun muassa että toimivan asiakassuhteen luominen, motivaation herättäminen ja ylläpitäminen, muutokselle herkistäminen ja sen aikaansaaminen yhdessä asiakkaan kanssa on päihdetyön henkilöstön ammattitaidon keskeinen haaste. Työntekijöiden on kuitenkin usein vaikeaa hyväksyä sitä tosiasiaa, etteivät kaikki asiakkaat kykene, halua tai pyri samoihin tavoitteisiin kuntoutumisessaan kuin mitä järjestelmän myötä tulisi pyrkiä. Henkilökohtaiset etenemissuunnitelmat ja omalle elämälle asetetut tavoitteet voivat olla työntekijän ja asiakkaan välillä täysin erilaiset. Työntekijän omista tarpeista ja tavoitteista nousevat suunnitelmat eivät johda yleensä mihinkään kestävään muutokseen asiakkaan elämässä. Niiden sijaan tulisi keskittyä vuorovaikutteiseen, yhteiseen tavoitteenasetteluun, lyhyen ja pitkän aikavälin suunnitelmiin ja pienimpään riittävään muutokseen asiakkaan konkreettisessa arjessa. Näiden elementtien puuttuminen palvelujärjestelmästä ja hoidosta lienee omiaan nostamaan hoitoon hakeutumisen tai siinä pysymisen kynnyksiä. Lopuksi totean, että mielestäni hoitaja –rooli ei ole paras mahdollinen ylipäätään huumeasiakkaiden kanssa tehtävässä työssä. Se tukee pahimmillaan medikaalista lähestymistapaa, tekee asiakkaasta passiivisen hoitotoimenpiteiden kohteen ja tukee sairas/narkomaanidentiteettiä.

"Hoitomotivaatio -- Se on iha keksitty juttu, ammatti-ihmisten, et semmonen on olemassa tai puuttuu. Semmonen syntyy hoidossa, hyvässä hoidossa, tai ei synny. Kellään narkomaanilla ei ole hoitomotivaatiota. Niil on enemmän tai vähemmän tuskaa. Ja sen sekottaminen motivaatioon on iso virhe. Motivaatio tulee oppimisesta. Niin kauan, ku sä opit jotain uutta, niin sä oot innostunu. Kun jutut alkaa toistaa itteensä ja tavallaan mitään uutta ei tapahdu, niin motivaatio häviää. Sen takia, että semmosta ku motivaation mittaaminen joltain, et oletko sinä nyt motivoitunu tähän hoitoon, niin se on semmosta, se on ns. "sisäpiirikummitusten" kanssa pelaamista. Että sitä ei kukaan voi ennustaa toisen ihmisen elämää, kuka on motivoitunu ja kuka ei. Kuka onnistuu ja kuka epäonnistuu. -- Sen takii mä oon niinku semmosella ajatuksella, et kaikki, jotka haluaa apua, annetaan heille mahdollisuus tulla motivoituneiksi" (Työntekijä 3; Katja Heikkilän tutkimuksessa Kiskon klinikan maineen problematiikasta nousee esille mm. työntekijän kokemus hoitomotivaatiosta.)

Teija Makkonen  
kehittämävastaava/päihdetyö  
STM/ISO

Nettiartikkeleita ym. tähän paperiin liittyen:

Teija Makkonen 2005. Katko edellyttää jatkoa – raportti. STM Päihdetyön kehittäminen

Matti Halmeaho & Yrjö Nuorvala  
Korvaushoito niveltynyt hyvin Nurmijärven terveyskeskukseen: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/205/nurmijarvi.html>

Päivi Jokinen  
Terveysneuvontapisteissä keskustellaan monista aiheista: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/205/tervneuv.html>

Kati Rantala  
Huumeiden käytön monta maailmaa: [http://www.paihdelinkki.fi/sauna\\_huumeidenkaytto.htm](http://www.paihdelinkki.fi/sauna_huumeidenkaytto.htm)

Raimo Mäkelä  
Opiaattiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito - hoitoa vai huumetta?:  
[http://www.paihdelinkki.fi/sauna\\_korvaushoito.htm](http://www.paihdelinkki.fi/sauna_korvaushoito.htm)

Riikka Perälä  
Huumeiden käyttäjät mukaan yhteiskuntaan?: [http://www.paihdelinkki.fi/sauna\\_mukaan.htm](http://www.paihdelinkki.fi/sauna_mukaan.htm)

Katja Heikkilä  
Rankkaa hoitoa vai hoivaa tukevaa rakennetta? : Kiskon klinikan maineen problematiikkaa.  
[http://www.a-klinikka.fi/tiimi/105/kisko\\_yht.html](http://www.a-klinikka.fi/tiimi/105/kisko_yht.html)

Ulla Kosonen  
Korvaushoidon kovat kasvot: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/105/khoito.html>

Auli Saikkonen  
Samankaltaisesta hoidosta yksilöllisyyteen: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/105/vhpk.html>

Alkoholiongelmaisten käypä hoito suositus: Duodecimin ja erikoislääkäri-järjestöjen Käypä hoito -hanke <http://www.kaypahoito.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028>

Lisäksi

Olavi Kaukonen  
Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3. 311-322.

Sanomalehti Karjalaisen huumeuutisia kevät – kesä 2005

Tuulikki Forssënin lisensiaattityöhön liittyvä artikkeli Helsingin sanomissa 26.3.2005.