

**”MIE HALUUN HOITAA ITTENI KUNTOON”
HOITOMALLIN KEHITTÄMISPROJEKTI
HUUMEVIEROITUSPOTILAAN KUNTOUTUMISEN
KÄYNNISTÄJÄNÄ**

Esa Ryyänen
Pro gradu -tutkielma
Musiikkiterapia
26.4.2004
Jyväskylän yliopisto

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta HUMANISTINEN	Laitos Musiikkitieteen laitos
Tekijä Esa Ryynänen	
Työn nimi ”Mie haluan hoitaa itteni kuntoon” Hoitomallin kehittämisprojekti huumevieroituspotilaan kuntoutumisen käynnistäjänä	
Oppiaine Musiikkiterapia	Työn laji Pro gradu-tutkielma
Aika Kevät 2004	Sivumäärä 109
Tiivistelmä – Abstract <p>Pyrin tutkimuksellani selvittämään, miten musiikkiterapiassa fysioakustisella menetelmällä on hoidettu huumevieroituspotilaita ja mitä muita mahdollisuuksia musiikkiterapia tarjoaa huumevieroituspotilaiden hoidossa. Tässä tutkimuksessa sovellettiin toimintatutkimuksen viitekehystä käyttäen hyväksi musiikkiterapeuttista lähestymistapaa, fysioterapiaa sekä moniammatillista tiimityöskentelyä. Tutkimuksen fokus oli toimintamallin kehittämisessä ja potilaan toipumisen seuraamisessa, kolme vuotta kestävä avohoidon aikana. Tutkimustulosten mukaan toimintamallin kehittämisprosessiin osallistuvan potilaan kiputilat lieventyivät oleellisesti jo ensimmäisen hoitoviikon jälkeen sekä levottomuus väheni siinä määrin, että työskentely omahoitajan kanssa voitiin aloittaa hyvin nopeasti. Hoitoon kiinnittyminen mahdollisti jatkohoidon suunnittelun myös hoidon varhaisessa vaiheessa. Potilas kävi kuukauden pituisen sairaalajakson jälkeen avohoidon aikana kolmen vuoden tiiviin hoitajakson musiikki- ja fysioterapiassa. Taustalla oli hoitosuhde nuorisopsykiatrian poliklinikalle sekä jatkossa A-klinikkaan.</p> <p>Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että musiikkiterapian ja fysioterapian yhteen sovitettu toimintamalli antaa hyvät edellytykset toteuttaa huumevieroituspotilaan vieroitushoitoa. Vieroitushoidon jälkeinen jatkohoito sekä perheen huomioiminen potilaan tukijana ovat tärkeitä asioita, koska niiden avulla pystytään helpottamaan potilaan paluuta takaisin arkielämään.</p>	
Asiasanat Huumevieroitus, fysioakustinen menetelmä, musiikin kuuntelu, fysioterapia, toimintatutkimus, moniammatillinen tiimityöskentely, kokonaishoito	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto, Musiikkitieteen laitos	
Muita tietoja	

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 HUUMAUSAINERIIPPUVUUS	3
2. 1 Huumausaineriippuvuuden taustailmiöt.....	3
2. 2 Huumausaineriippuvuuden terveydelliset seuraukset ja vieroitusoireet.....	7
2. 3 Kannabistuotteet.....	8
2. 4 Keskushermostoa kiihdyttävät aineet.....	9
2. 4. 1 Amfetamiini.....	9
2. 4. 2 Kokaiini.....	10
2. 5 Hallusinogeenit.....	11
2. 6 Keskushermostoa lamaavat aineet.....	12
2. 7 Bentsodiatsepiinit.....	14
2. 8 Huumevieroitus.....	15
3 MUSIIKKITERAPIASOVELLUKSET JA TOIMINTA-/ TYÖSKENTELYMUODOT	
HUUMAUSAINERIIPPUVUUDESSA	18
3. 1 Fysioakustinen menetelmä.....	19
3. 2 Fysioakustinen menetelmä huumevieroitushoidossa.....	20
3. 3 Laulujen kirjoittaminen.....	24
3. 4 Musiikin kuuntelu ja improvisointi.....	26
4 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE	30
4. 1 Tutkimuksen lähtökohtien ja taustailmiöiden selvittäminen.....	31
4. 2 Tutkimuksen tavoite.....	36
4. 3 Tutkimusongelmat.....	37
4. 4 Moniammatillinen tiimityöskentely.....	37
5 TOIMINTATUTKIMUS	40
5. 1 Toimintatutkimuksen määrittelyä.....	40
5. 1. 1 Toimintatutkimuksen yhteisöllinen luonne.....	40
5. 1. 2 Toimintatutkimuksen reflektiivinen ajattelutapa.....	42
5. 2 Toimintatutkimusprosessi.....	44
5. 2. 1 Toimintatutkimusprojektin eri vaiheet.....	44
6 HOITOMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI	49
6. 1 Hoitomallin suunnitteluvaihe.....	49
6. 1. 1 Suunnittelupalaverit fysioterapeutin kanssa.....	49

6. 1. 2	Hoitomallin esittely osastolle.....	50
6. 1. 3	Potilaan taustatietojen kerääminen.....	55
6. 1. 4	Hoitosopimus ja suostumus tutkimukseen.....	57
6. 2	Musiikkiterapian toteutuminen osana hoitomallia.....	59
6. 2. 1	Fysioakustinen menetelmä ja keskustelut.....	59
6. 2. 2	Merkityksellisen musiikin kuuntelu.....	61
6. 2. 3	Soittaminen ja sanoitusten tekeminen.....	64
6. 3	Fysioterapian toteutusvaihe.....	65
7	HOITOMALLIN KEHITTÄMISPROSESSIN REFLEKTIIVINEN TARKASTELU.....	67
7. 1	Musiikkiterapian reflektio.....	69
7. 2	Fysioterapian reflektio.....	70
7. 3	Kokonaishoidon merkitys hoitomallin kehittämissuorissa.....	71
7. 3. 1	Omahoitajan reflektiot huumevieroitushoidosta	72
7. 3. 2	Lääkehoito.....	73
7. 3. 3	Perhe voimavarana.....	75
7. 4	Kehittämissuorin tulokset.....	76
7. 4. 1	Hoitomallin arviointi.....	78
7. 4. 2	Hoitoon sitoutuminen.....	79
7. 4. 3	Rentoutuminen.....	81
7. 4. 4	Kivun tuntemukset ja tarvittavat kipulääkkeet.....	81
7. 4. 5	Vaikutukset potilaan kokonaishoitoon.....	82
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	84
8. 1	Tutkimustulosten pohdinta.....	85
8. 2	Tulosten luotettavuus.....	86
8. 3	Tutkimustulosten merkitys ja johtopäätökset.....	88
8. 4	Jatkotutkimuksen aiheita.....	98
	LÄHTEET.....	99
	LIITTEET.....	102

1 JOHDANTO

Vieroitushoidon tarkoituksena on pyrkiä katkaisemaan huumeiden käyttö. Vieroitushoidot toteutetaan joko avo- tai laitoshoidossa etukäteen arvioidun ja sovitun hoitosuunnitelman mukaisesti. Psykososiaaliset vieroitushoidot voivat perustua tukeviin verkostokeskeisiin hoitomuotoihin, oppimis- ja käyttäytymisterapeuttisiin hoitoihin sekä erilaisiin psykoterapiamuotoihin. Niitä ovat perheterapia, laaja-alaiset kognitiiviset käyttäytymisterapiat sekä dynaamiset tai rekonstruktiiiviset terapiat. Lisäksi opiaattiriippuvaisten lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa on toteutettu mm. buprenorfiini-lääkityksen avulla. Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot mukaan lukien tukevat hoitomuodot parantavat vieroitus- ja korvaushoidossa olevien potilaiden elämänlaatua. (Salaspuro ym. 2001, 1-4.)

Hesperian sairaalassa musiikkiterapiaa on hyödynnetty huumevieroituspotilaiden kuntoutuksessa ryhmämenetelmillä sekä fysioakustisella menetelmällä. Lahdessa fysioakustista menetelmää on tutkittu avohoidosta tulleiden huumeiden käyttäjien kuntoutuksessa. Lisäksi kirjallisia raportteja on tehty mm. Kiviharjun kuntoutumisklinikalla, Karvoshovin kuntoutumiskeskuksessa, Vantaan katkaisuhuoltoasemalla sekä Lahdesta Fysacos –klinikalta. Tämän tutkimuksen avulla oli tarkoitus löytää ratkaisuvaihtoehtoja vieroitusoireiden helpottumiseen musiikkiterapian ja fysioterapian yhteen sovitulla toimintamallilla.

Tulevaisuudessa psykiatrisen sairaalan akuuttiosastojen hoitoajat tulevat lyhenemään. Tästä johtuen entistä tärkeämmäksi korostuvat huumevieroituspotilaiden kuntoutumisen käynnistäminen, alkutilanteen arviointi ja hoitoon motivoiminen. Tämä tutkimus on toteutettu Valkealan sairaalan akuuttiosastolla 1 sekä osana tutkimuspotilaan avohoidon verkostotiimiä nuorisopsykiatrian poliklinikalla ja edelleen jatkohoitona A-klinikalla. Tutkimusprojekti alkoi vuoden 2000 keväällä. Tavoitteena oli kehittää nuorille huumevieroituspotilaille hoitomalli. Hoitomallin avulla oli tarkoitus sitouttaa levottomia huumevieroituspotilaita hoitoon ja helpottaa heitä vieroitusoireiden kiputiloissa ja rentoutumisessa. Osastolla huumausaineongelmasta kärsivät potilaat ovat isojen kysymysten edessä. Miten tästä

eteenpäin, miten kestän oloani osastolla, mitä tapahtuu osastohoidon jälkeen? Yhdenkin huumevieroituspotilaan kuntoutuminen on lahja elämälle. Riittääkö siihen kuukauden pituinen vieroitushoitajakso psykiatrisessa sairaalassa, vai onko kyseessä pidempiaikainen terapeutti-prosessi?

2 HUUMAUSAINERIIPPUVUUS

Huumausaineriippuvuus on American Psychiatric Associationin (APA 1980) mukaan huumeiden päivittäistä käyttöä ilman mahdollisuutta katkaista tai lopettaa sitä kuukauden ajaksi (Freed 1987, 17). Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA 1999) määrittelee huumeiden ongelmakäytön sellaiseksi riippuvuudeksi, joka lisää merkittävästi riskiä vakaviin tai haitallisiin fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin seurauksiin käyttäjän kannalta. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 8.)

2.1 Huumausaineriippuvuuden taustailmiöt

Nuorten huumeekokeilut ovat Kontulan (1992) mukaan selvästi osa muiden päihteiden sekakäyttöä. Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunnan (2000) mukaan nuorten huumeiden käyttöön liittyviä riskitekijöitä voidaan yleisesti ja tilastollisen analyysin perusteella jaotella neljään kategoriaan. *Kulttuuriset ja yhteiskunnalliset riskitekijät* sisältävät käyttöä edistävän lainsäädännön (vähäiset sanktiot luvattomasta käytöstä), käyttöä suosivat sosiaaliset normit, huumeiden helpon saatavuuden sekä poikkeuksellisen huonon taloudellisen tilanteen. *Interpersoonallisiin riskitekijöihin* liitetään vanhempien ja perheenjäsenten päihteiden ongelmakäyttö, päihteiden käyttöä suosivat perheen asenteet, huonot perheolosuhteet sekä päihteitä käyttävä ja siihen myönteisesti suhtautuva ystäväpiiri. *Intrapersonallisiin riskitekijöihin* sisältyvät nuoren varhainen ja pitkäaikainen ongelmakäyttäytyminen ja käyttäytymishäiriöt, erilaiset mielialahäiriöt, huono koulu- ja opiskelumenestys sekä kielteinen suhtautuminen koulunkäyntiin. Lisäksi siihen kuuluvat kapinointi, päihteiden käyttöä suosiva asenne ja nuorena alkanut päihteiden ja alkoholin kokeilu. *Biogeneettisiin riskitekijöihin* sisältyy geneettisistä tekijöistä johtuva alttius päihteiden käytölle sekä psykofyysinen herkkyys päihteiden vaikutuksille. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 8–10; Kontula 1992, 141.)

Nuoria huumeiden käyttäjiä ja kokeilijoita on eniten perheistä, joissa perheen sosioekonominen asema on joko heikko tai erittäin hyvä. Heinonen selittää mekanismin syyksi perheiden sosiaalisen eheyden ja kontrollin puutteen sekä vapaamielisen asennoitumisen huumeisiin. Ilmiö on luonteeltaan samanlainen niin huono-osaisten kuin

hyväosaisten ongelmakäyttäytyjien lapsuuden kokemuksissa. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 11.)

Kemppisen (1999, 5) mukaan huumeidenkäytön syyt ovat biologisia, sosiaalisia ja hengellisiä. Kemppinen esittää teorian, jonka mukaan alkoholisti-isän pojalla on kymmenkertainen ja tytöllä viisinkertainen riski sairastua päihdeongelmaan jo aivorakenteidensa perusteella. Kyseisen taustan omaavien nuorten aivojen mielihyväjärjestelmät eivät lataudu tavallisista mielihyväkokemuksista kuten urheilusta, syömisestä ja musiikinkuuntelusta, vaan ne tarvitsevat epätavallisen voimakkaita ärsykeitä mielihyvän kokemiseen. Päihdeperheiden lapset ja nuoret oppivat mallioppimisen kautta suomalaiselle yhteiskunnalle tyypillisen päihdekäyttäytymisen. Taustalla on Kemppisen (1999, 8) mukaan myös erilaisia stressinsäätelykeinojen ja persoonallisuuden kehittymiseen ilmenevien tekijöiden vaikutuksia, jotka vahvistavat säännöllistä positiivista päihdekäyttäytymistä. Päihdeongelmat alkavat päihteille altistumisesta ja alttiudesta päihde-ongelmiin. Huumeidenkäyttäjiksi urautuu kuitenkin vain 30 prosenttia nuorista, koska 70 prosentilla nuorista on joko suojaavia tekijöitä tai heillä on vähäisempi alttius sairastua muihin päihde - tai riippuvuusongelmiin.

Kemppinen (1999, 9) kuvailee eri ikäkausien mukaisia altistavia tekijöitä nuorten päihdehistorian taustalta. Äitiysneuvolan ajalta merkittäviä altistavia tekijöitä ovat äidin tupakointi ja päihteidenkäyttö, lääkkeiden käyttö imetyksen aikana ja erilaiset passiivisen tupakoinnin riskit. Lastenneuvolan ajalta nousevat passiivisen tupakoinnin riskit. Lisäksi äidin tai isän lääkevieroitukset voivat aiheuttaa kasvuongelmia ja kehityksellisiä viivästyksiä. Lastentarha- ja esikouluikäisillä on todettu erilaisia käyttäytymis- ja kehitysongelmia, laiminlyöntejä, onnettomuuksia ja myrkytyksiä sekä altistumista kasvatusympäristön päihteiden käytölle. Kouluiässä vanhempien päihteiden käyttö aiheuttaa kasvatus- ja käyttäytymisongelmia sekä väärinkäyttöä ja laiminlyöntejä. Varhaisnuorisoikäisillä alkavat toveripiirin paineet altistaa tupakan ja muiden päihteiden käytölle. Nuorilla on havaittu lisäksi kuri – ja käyttäytymisongelmia sekä fyysistä ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Nuorisoikäisillä samankaltaiset kurinpito- ja käyttäytymisongelmat lisääntyvät samalla kun päihteiden saatavuus helpottuu. Nuoret ovat myös alttiimpia onnettomuuksille ja erilaisille vammoille. (Kemppinen 1999, 9).

Huumeiden käytön altistumiseen on myös esitetty kahta mallia, jotka on nimetty syrjäytymismalliksi ja nuorisokulttuuriseksi malliksi. Syrjäytymismallissa huono-osaisesta perheestä lähtöisin olevat nuoret ovat deprivoidussa tilanteessa suhteessa kotiin, kouluun ja harrastuksiin. Tällöin päihteiden käyttö on osa vanhemmilta ja ystäväpiiriltä opittua toimintakulttuuria, jossa päihteiden käytöllä ratkotaan ongelmia ja rentoudutaan. Syrjäytyminen alkaa pikkurikollisuuden ja alkoholinkäytön kautta, jolloin tutustutaan vanhempiin huumeita käyttäviin henkilöihin. Huumeiden käyttö alkaa kytkeytyä rikolliseen elämäntapaan ja näin kasautuvista ongelmista syntyy huono-osaisuuden kehä, jolloin nuorilla on aikuistuuksaan monesti vakavia psyykkisiä ongelmia ja sairauksia. Heistä tulee usein työttömiä, asunnottomia, kouluttamattomia, sosiaalisesti eristäytyneitä ja köyhiä. Onnistuneen päihdehoidon jälkeinen päihteetön elämä on usein vaikeaa koska lähiympäristö on päihde-ehdoisesti toimivaa. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 11-12.)

Tyttöjen syrjäytyminen huono-osaisessa lähtöasetelmassa liittyy yleensä seurusteluun huumeita käyttävän pojan kumppanina, jolloin poikaystävänsä huumeiden käyttötottumukset siirtyvät helposti tytön tavoiksi. Tyttöjen huumeiden käyttö on liitetty myös seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja väkivallan kohteeksi joutumiseen. Poikaystävänsä liittyvään läheisriippuvuuskierteeseen liittyy myös varhaisia hyväksikäytön ja seksuaalisen väkivallan kokemuksia, joista yksin on vaikea irrottautua. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 12-13.)

Nuorisokulttuurisessa mallissa nuoruuteen liitetään rajojen rikkomisen ja koettelu. Hyvin menestyvien ja koulutettujen nuorten parissa huumeilla maksimoidaan ja haetaan hyvää oloa. Lisäksi huumeiden käyttö liitetään juhlimiseen ja puhutaankin ns. ”bilekäyttäjistä”. Tällöin huumeidenkäyttö on osa globaalia maailmankansalaisuutta, jota edustavat mm. pop-musiikin ja elokuvien tuoma huumeidenkäytön malli. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 13-14.)

Huumeiden käytöstä aiheutuva kontrollin menetys on lisäksi yhdistetty kyvyttömyyteen ilmaista täsmällisesti mitä tapahtui silloin, kun huumeita on käytetty. Tyypillisesti huumausaineriippuvainen potilas on huumeiden käytön vuoksi täynnä mielipahaa ja syyllisyyttä. Huumausaineidenkäyttäjät tekevät ja tarvitsevat rikoksia saadakseen

huumausaineita sekä jatkaakseen käytöstään. Tämä johtaa perheen ja sosiaalisten suhteiden ristiriitoihin sekä käsityseroihin huumausaineiden käytön tarpeesta. APA:n (1980) mukaan huumausaineriippuvaiset henkilöt jatkavat huumeiden käyttöä huolimatta sosiaalisen, psyykkisen, fyysisen tai toiminnallisen suoriutumisen huonontumisesta. (Freed 1987, 17.)

Potilaat hakevat huumausaineista välitöntä tyydytystä ja mielihyvää ololleen välttääkseen todellisen elämän kipua. Jatkuva huumausaineiden käyttö kuitenkin vähentää huumausaineista saatavia mielihyvän tunteita ja aiheuttaa sekavuuden, vihan, turhautuneisuuden ja masennuksen oireita. Tämä itsetuhoisa käyttäytyminen turruttaa potilaan ja lisää negatiivisia käyttäytymismalleja sekä jäykkiä ajattelukuvioita. Tuloksena on kielteinen minäkuva ja toivon menettäminen tulevaisuudesta. Monet nuoret huumausaine vieroitushoitopotilaat ovat vieraantuneet omasta perheestään ja ystävistään. Vieroitushoitopotilaat tarvitsevat vieroitushoidon jatkuessa tukea vanhoilta ystäviltaan ja näin ollen potilaiden tulisi kyetä elvyttämään vanhoja suhteitaan omaan perheeseen ja ystäviinsä. (Freed 1987, 17.)

Yleisesti suojaavia tekijöitä, jotka ennaltaehkäisevät huumeiden käyttöä kuntoutumisen aikana ja hoidon jälkeen ovat lapsen ja nuoren kommunikointi taidot, perheen tuki ja perheen saama ulkopuolinen tuki. Huumeiden käytön lopettamispäätöstä tukevat hyvät suhteet vanhempiin, kouluun ja vastakkaiseen sukupuoleen. Erityisesti kodin, koulun ja kirkon toiminta on todettu ehkäisevän huumeiden käyttöä. Yksittäisiä suojaavia tekijöitä ovat tupakoimattomuus ja hakeutuminen päihteettömään kaveripiiriin. Vapaa-ajan käytöllä ja mielekkäällä toiminnalla on huumeesta irtipysymisen kannalta merkittävä vaikutus. Yksinäisyys ja ikävystyminen vaikuttavat kielteisesti nuoren elämässä ja aiheuttavat masennusta ja ovat siten osatekijänä päihteiden ongelmakäyttöön. Vapaa-ajan merkitys kasvaa iän ja perheestä irtaantumisen myötä, kun nuoret luovat omaa sosiaalista maailmaansa harrastusten ja ystäväpiirin kanssa. Nuorten vapaa-ajan käytön merkittäviä tekijöitä ovat suhde tärkeisiin ihmisiin eli vanhempiin ja opettajiin ja sitä kautta koulunkäyntiin. Tärkeänä koetaan myös nuorten asema oman sukupolvensa sosiaalisessa vertaisryhmässä. (Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000, 25-26.)

2. 2 Huumausaineriippuvuuden terveydelliset seuraukset ja vieroitusoireet

Huumausaineriippuvuuteen kuuluu monia terveydellisiä haittoja ja vieroitusoireita, joita tämänkin tutkimuksen kautta kehitetty toimintamalli pyrkii auttamaan. Yleisimmät päihderiippuvuusdiagnoosin perusteella psykiatriselle osastolle tulevat potilaat ovat Niemen ja Varinowskin (2003, 12) mukaan sellaisia potilaita, joiden hoitoontulokriteerinä on myös jokin psykiatrinen syy. Huumeriippuvaisista potilaista psykiatriseen hoitoon ohjautuvat itsetuhoiset ja psykoottiset potilaat. Osastolle tulevat kaksoisdiagnoosipotilaat käyttävät sekä päihdepuolen että psykiatrian palveluja. Kolmantena ryhmänä mainitaan alkoholidelirium potilaat, jotka hoidetaan vaikeahoitoisuutensa vuoksi psykiatrisella osastolla, vaikka heidän hoitonsa vaatii erityisesti somaattisen tilan seurantaa ja hoitoa. Neljäntenä ryhmänä mainitun sekakäyttöpötilaiden päihteiden käyttöä leimaa Dahlin ja Hirschovitsin (2002, 147) mukaan vuoroittainen alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö sekä erilaisten päihteiden päällekkäinen nauttiminen. Sekakäyttötyyppisen huumeongelman katsotaan olevan maailmanlaajuisesti kaikkein vaikeimmin hoidettavissa oleva huumeongelma. Haastatteluosiossa mainitaan nimeltä erilaisia huumeita, joten selvitän seuraavassa yleisimpien huumausaineiden vaikutuksia huumevieroituspotilaan hoitovaiheessa. Käyn omana ryhmänään läpi huumaaviin lääkkeisiin kuuluvan bentsodiatsepiinin, koska se mainitaan huumeiden ohella haastatteluosiossa useaan kertaan. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin vain nuorten huumeriippuvaisten potilaiden hoitoon. (Niemi & Varinowski 2003, 12-13; Dahl & Hirschovits 2002, 147.)

Huume-käsite tarkoittaa muita päihteitä kuin alkoholia ja tupakkaa. Huumausaineet määritellään huumausainelaisissa ja niihin kuuluvat jotkut lääkkeet, sienet ja ns. klassiset huumeet esim. kannabis, LSD, heroiini, amfetamiini sekä uudet kemiallisesti valmistetut designer-huumeet. Huumausaineet voidaan jakaa vaikutusten perusteella keskushermostoa kiihottaviin aineisiin, keskushermostoa lamaaviin aineisiin, hallusinogeenisiin sekä Kannabistuotteisiin, jonka vaikutukset ovat lamaavia, keskushermostoa kiihdyttäviä sekä hallusinogeenisiä. (Dahl & Hirschovits 2002, 5)

2.3 Kannabistuotteet

Havion (1994, 102) mukaan kannabistuotteiksi lasketaan marihuana, hashis ja hasisöljy. Hashis on noin viisi kertaa vahvempaa kuin marihuana. Kannabistuotteiden välittömiä vaikutuksia ovat estojen väheneminen, euforisuus, hilpeys ja puheliaisuus, etäisyyksien ja minäkuvan hahmotushäiriöt sekä paniikkitilat. Jatkuvan käytön vaikutuksia ovat psykoositilat, hengitysteiden ärsyntyminen sekä tulehdukset, hampaiden reikiintyminen, ruokahalun lisääntyminen, raskauden keskenmenoriski, ennenaikaiset synnytykset ja vastasyntyneet alipainoiset lapset. Henkisellä puolella on todettu motivaation, ajattelutoiminnan ja tunne-elämän vähittäistä kapeutumista, passivoitumista sekä tylsistymistä. Kannabiksen käyttö voi Dahlin ja Hirschovitsin (2002, 375) mukaan laukaista psykoottisen tilan tai mielisairauden kuten skitsofrenian. Havio (1994, 102) toteaa, että kannabiksen käytön lieveilmiöt ovat rikollisuus, aineiden kauppaaminen ja salakuljetus. Kannabiksen käyttöön liittyvät kuolemantapaukset tapahtuvat liikenneonnettomuuksissa, tapaturmissa ja itsemurhina. Kannabistuotteisiin kehittyy runsaan päivittäisen käytön seurauksena voimakas psyykinen ja fyysinen riippuvuus.

Kannabiksen ongelmakäyttäjät hakeutuvat ensisijaisesti katkaisuhuoltoon käytöstä aiheutuneiden hallusinaatioiden ja masentuneisuuden vuoksi. Vieroitusoireita hoidetaan tällöin oireen mukaisesti esim. unta helpottavilla lääkkeillä, kuten hydroksitsiinihydrokloridilla. Itsemurhavaaran minimoimiseksi aloitetaan tarvittaessa asianmukainen psykoosilääkitys. Laitosolosuhteissa tapahtuva vieroitushoito on tarpeellista, jos potilaan psykososiaaliset olosuhteet vaativat ympäristön muutosta sekä riippuvuusongelmaan liittyy vaikeaa depressiota tai psykoottisia oireita. Avohoitojaksoon on varattava aikaa kahdesta kuukaudesta vuoteen. (Dahl & Hirschovits 2002, 375.)

2. 4 Keskushermostoa kiihdyttävät aineet

Keskushermostoa kiihottavat aineet ovat amfetamiini, amfetamiinin johdannaiset (meta-amfetamiini, Ice, Cat), hallusinogeeniset amfetamiinijohdannaiset (ekstaasi), kokaiini, kokaiinin johdannaiset (Crack, Free-Base, Cocabase) ja khat. (Dahl & Hirschovits 2002, 31-33.)

2. 4. 1 Amfetamiini

Amfetamiini vapauttaa dopamiini- nimistä välittäjäaineita keskushermostossa. Päiviä ja viikkoja kestävä käytön seurauksena vaste aineelle heikkenee johtuen elimistön dopamiinivarastojen vähentymisestä. Seurauksena voi ilmetä väsymystä, ahdistusta, masennusta, levottomuutta ja pakkoliikkeitä. Pitkäaikaisen amfetamiinin käytön jälkeen voi kestää useita viikkoja ennen kuin hermosolujen välittäjäaineen toiminta palautuu ja potilaan käyttäytyminen normalisoituu. (Dahl & Hirschovits 2002, 31-33.)

Amfetamiinia esiintyy tabletteina, valkeana jauheena tai liuksena. Sitä käytetään ruiskeina lihakseen tai suoneen sekä suun kautta nieltynä. Amfetamiinin käytön välittömiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen, verisuonten supistuminen, sydämen rytmihäiriöt, levottomuus, hikoilu ja seksuaalinen hyvinolon tunne. Amfetamiinin käytöstä aiheutuu myös psyykkisiä oireita kuten hermostuneisuutta, aistiharhoja, pelkotiiloja, unettomuutta, ruokahaluttomuutta sekä itsetunnon ja vireyden tason lisääntymistä. Amfetamiinin jatkuvan käytön vaikutuksia ovat psyykkiset oireet kuten masennus, vainoharhaisuus, mielenhäiriöt, äkkipikaisuus, erilaiset muistihäiriöt ja ahdistuneisuus. (Havio ym. 1994, 103.)

Suuret amfetamiiniannokset voivat aiheuttaa sekavuutta, pakkoneurooseja ja deliriumin eli amfetamiinipsykoosin. Amfetamiinipsykoosi on tyypiltään vainoharhaista ja sen oireet ovat vainoharhaiset ajatukset sekä näkö-, tunto- ja kuuloharhat. On myös havaittu väkivaltaisia impulsseja itseä ja muita kohtaan. Näitä em. oireita voi esiintyä amfetamiinin käytön aikana ja vieroitusvaiheessa. Psykoottisuus voi korjaantua muutamassa päivässä tai viikossa mutta se voi myös jäädä pysyväksi oireeksi, vaikka amfetamiinin käyttö lopetettaisiinkin. Pitkäaikainen

amfetamiinin käyttö voi aiheuttaa skitsofrenian puhkeamisen terveilläkin ihmisillä. (Dahl & Hirschovits 2002, 32.)

Amfetamiinin käytöstä on todettu aiheutuvan myös laihtumista, unettomuutta, syljenerityksen vähenemistä, mikä aiheuttaa hampaiden reikiintymistä, ummetusta, maksavaurioita, tulehduksia ja sukupuolitauteja, aidsia, tuberkuloosia, hepatiittia, jäykkäkouristusta, impotenssia, aivoverenvuotoja, halvaantumista, ennenaikaisia synnytyksiä ja alipainoisesti syntyneitä lapsia, joilla voi olla huuli-suulakihalkioita. Amfetamiinin lieveilmiöt ovat rikollisuus, aineiden kauppaaminen ja salakuljetus. Amfetamiiniin liittyvät kuolemantapaukset tapahtuvat kannabiksen tavoin onnettomuuksissa ja itsemurhina. Amfetamiiniin kehittyy nopeasti voimakas psyykinen ja kohtalainen fyysinen riippuvuus. (Havio ym. 1994, 103.)

Amfetamiinin *vieroitusoireita* ovat vapina, hikoilu, kouristukset, ripuli tai ummetus, unensaantivaikeudet, aggressiivisuus, apatia, itsetunnon heikkeneminen, vainoharhat, sekä erilaiset pelko- ja tuskatilat. Amfetamiinin vieroitusoireet voivat kestää useita kuukausia tai vuosia jolloin erityiset harha-ajatukset ovat havaittavissa päivittäisessä elämässä. (Dahl & Hirschovits 2002, 35.)

Amfetamiinin vieroitushoito on kokonaisvaltaista huonojen olojen lievittämistä ja perustarpeista huolehtimista. Vieroitusoireita helpottavat riittävä lepo, nesteytys ja ravitseminen sekä saunominen ja korva-akupunktiohoito. Spesifistä vieroitusoirelääkettä ei amfetamiinin korvaushoidossa ole toistaiseksi käytettävissä. Tärkeänä hoitoon liittyvänä tekijänä on ainehimon analysointi, johon liitetään ahdistuneisuuden ja levottomuuden tarkastelu sekä keskustelu aineiden vaaroihin liittyvistä asioista ja selviytymiskeinoista. (Dahl & Hirschovits 2002, 375.)

2. 4. 2 Kokaiini

Kokapensaan lehdistä saatu aine on yleensä valkoista pulveria, jota käytetään ruiskeena, polttamalla tai nuuskaten. Kokaiinia käytetään yleensä ”juppihuumeena ” ja siihen liitetään menestymisen mielikuvia. Kokaiinin voimakasvaikutteisempi muunnos on Crack. Siihen tulee

psykykinen riippuvuus nopeammin ja voimakkaammin kuin kokaiiniin. Crackin tapaista poltettavaa kokaiinia ovat free-base ja kokaiinitahna, jota kutsutaan myös kokabaseksi. Ne sisältävät runsaasti epäpuhtauksia kuten bensiiniyhdisteitä. Kokaiinin vaikutukset ja vieroitusoireet ovat amfetamiinin kaltaisia, ja lisäksi voidaan havaita mm. nenän väliseinän tuhoutumista. (Havio ym. 1994, 104.)

2.5 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit ovat aistiharhoja aiheuttavia aineita, joista tunnetuin on LSD eli lysergidi. Muita hallusinogeeniä ovat meskaliini, psilosybiini, STP, DMT sekä eräät kasvien siemenet ja sienet. LSD oli erityisen suosittu hippikulttuurin piirissä sen mystisen kokemusten, lisääntyneen luovuuden tunteen ja elämäntarkoituksen ymmärtämisen kautta. LSD:n vaikutuksen tuntemukset eli ”matkat” ilmenevät käyttäjän persoonallisuuden, ennakkoodotusten ja kavereiden sekä paikan mukaan siten, missä ”matka” tehdään. Aineen krooninen käyttö on merkki vakavasta psykkisestä häiriöstä. LSD:n välittömän käytön seurauksia ovat kuuloharhat, etäisyyksien ja suhteiden arvioinnin vääristymät, minän jakautuminen, keskittymiskyvyn häiriintyminen, kuuloaistimusten sekoittuminen, aistimusten voimistuminen, itsetunnon kohoaminen, hilpeys, masentuneisuus, paniikkitilat ja erilaiset mielenhäiriöt. (Havio ym. 1994, 104-105.)

Fyysisinä *vieroitusoireina* Havio ym.(1994) luettelee pulssin kiihtymisen, verenpaineen kohoamisen, hengityksen kiihtyneisyyden, pahoinvoinnin oksentelun, syljen erityksen lisääntymisen ja ruokahalun heikkenemisen. Jatkuvan käytön vaikutuksia ovat vainoharhaisuus, mielialanvaihtelut, mielisairausten puhkeaminen, itsemurhat, keskenmenot, ennenaikaiset synnytykset sekä alipainoisena syntyneet lapset, joilla on epämuodostumia ja kromosomivaurioita. LSD:n aiheuttamat kuolemantapaukset aiheutuvat väkivallasta, tapaturmista ja itsemurhasta. LSD:n psykykinen riippuvuus ja sietokyky kehittyvät erittäin nopeasti. Dahlin ja Hirschovitsin (2002) mukaan hallusinogeenin vieroitushoidossa voidaan käyttää rauhattomuuden tai ahdistuneisuuden helpottamiseksi bentsodiatsepiineja kuten diatsepaamina, ja harhaisuuden hoitamiseen haloperidolia kuten serenasea. (Havio ym. 1994, 104 – 105; Dahl & Hirschovits 2002, 375.)

2. 6 Keskushermostoa lamaavat aineet

Keskushermostoa lamaavia huumausaineita ovat Opiaatit ja GHP eli gammahydroksibutyraatti. Oopiumunikosta peräisin olevat luonnonopiaatit ovat nimeltään oopiumi, morfiini, heroini ja kodeiini. Heroini on vahvin ja kolme tai neljä kertaa vahvempi kuin morfiini. Kodeiinin vaikutus on kuudesosa morfiinin tehosta. Opiattien kaltaisia synteettisesti valmistettuja aineita ovat mm. petidiini, metadoni, buprenorfiini (Temgesic, Subutex) ja dekstropoksifeeni (Abalgin). Buprenorfiini (Subutex) on Dahlin ja Hirschovitsin (2002, 67) mukaan väärinkäytettynä osoittautunut riippuvuutta aiheuttavaksi huumeeksi ja sijoittunut katukaupassa muiden päihteiden rinnalle. Subutexin ongelmakäyttö on kasvanut 90-luvun lopulla ja sitä ykköspäihteenään käyttävien osuus hoitoon hakeutuvista on kasvanut merkittävästi. Subutexia käytetään usein saatavuudesta riippuen heroinin tilalla. Subutexin väärinkäytön ennaltaehkäisemiseksi on kehitteillä buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste, jonka ansiosta buprenorfiinin vaikutus estyisi suonensisäisessä annostelussa. Opiaatteja käytetään Havio ym.(1994) mukaan lääkteinä niiden voimakkaan kipua lievittävän ja analgeettisen ominaisuuden vuoksi. Laiton heroini on eri ruskean sävyistä tai valkoista jauhetta. Heroiniin syntyy nopeammin riippuvuus kuin mihinkään muuhun huumeeseen. Opiattien käytön välittömiä vaikutuksia ovat hyvänolon tunne, euforisuus ja sekavuus. Fyysisinä oireina todetaan olevan pulssin hidastumista, verenpaineen laskemista, hengityskeskusten lamaantumista, yskänärstykyksiä, ruokahaluttomuutta, silmäterien supistumista, kivun ärsykkeiden aistimusten heikkenemistä, uneliaisuutta ja väsymystä. Jatkuvan opiaattien käytön vaikutuksia ovat sydän- ja verenkiertoelimistön, hermoston ja maksan pysyvät tai korjautuvat häiriöt. Lisäksi ylähengitysteidentulehdukset, keuhkotuberkuloosi, pahoinvointi, ummetus, erilaiset ruoansulatusvaivat, aliravitsemus, impotenssi, kuukautishäiriöt, naisten hedelmällisyyden heikkeneminen, keskenmenot, alipainoisina syntyneet lapset ja tarttuvat taudit kuten aids. (Havio ym.1994, 105-107; Dahl & Hirschovits 2002, 67-69.)

Psyykkisiä vaikutuksia ovat eristäytyminen ympäristöstä ja eläminen aineen hankkimisen ympärillä, mikä johtaa usein rikollisuuteen. Tavallisia ovat kuolemat, jotka johtuvat yliannostuksista ja hengityksen pysähtymisestä. Opiaatteihin kehittyy riippuvuus ja aineiden sietokyky. Vieroitusoireet ovat voimakkaita ja niihin kuuluvat hikoilu, kiihottuneisuus,

silmäterien laajentuminen, vapina, vatsaoireet, vilunväristykset ja kiputilat. Vieroitusoireet tulevat muutaman tunnin kuluessa viimeisestä annoksesta ja ovat pahimmillaan 2-3 vuorokautta pitkään jatkuneen käytön jälkeen. Vieroitusoireet hoituvat tavallisesti 1-2 viikossa. (Havio ym. 1994, 105-107.)

Opioidien käyttöön liittyvät psyykkiset sekä somaattiset sairaudet tekevät Hermansonin (2001) mielestä ongelmasta suuren. Opiaatit olivat vuonna 2000 tärkein syy hakeutua päihdehoitoon. Hoitamattoman opioidiriippuvuuden ennuste on oheissairauksien ja suuren kuolleisuuden vuoksi huono. Vieroitushoitojen teho on rajallinen ja vaikutus lyhytaikainen, lisäksi potilaita on vaikea saada kiinnittymään psykososiaaliseen hoitoon ilman lääkekorvaushoitoa. Opiateilla, kuten metadonilla ja buprenorfiinilla toteutetulla korvaushoidolla ja psykososiaalisilla kuntoutuksella on saatu paljon positiivisia vaikutuksia. Heroiinin ja opioidin käyttö on vähentynyt, rikollisuus ja sosiaalinen syrjäytyminen ovat pysähtyneet, hoitoon on sitouduttu ja siinä on voitu käyttää psykososiaalisia hoitomuotoja. Lisäksi muista päihteistä vierottaminen on mahdollistunut, kuntoutuksen, opiskelun ja työllistymisen mahdollistuminen on onnistunut sekä vähittäinen opiaattikorvaushoidon vierottaminen on onnistunut. (Hermanson 2001, 4763.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee asetuksessa opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus – ja ylläpito-hoidosta vieroitushoidon alle kuukauden pituiseksi hoidoksi ja korvaushoidon yli kuukauden pituiseksi hoidoksi. Asetuksen mukaan keskussairaalat, terveyskeskukset sekä kaikki päihdehuollon yksiköt, myös yksityiset, jossa henkilökunta on saanut asiaankuuluvan koulutuksen, saavat aloittaa metadonilla ja buprenorfiinilla tapahtuvan vieroitus-, korvaus tai ylläpito-hoidon. Hoito voidaan aloittaa osastoilla tai polikliinisesti. Se voidaan myös säilyttää aloituspaikassa pitkään tai siirtää eteenpäin nopeasti perustasolle. (Hermanson 2001, 4764-4765; Salaspuro 2002, 5187.)

Polikliinisesti aloitetun hoidon etuja ovat aloituksen matala kynnyksen ja edullisuus. Osastoaloituksen kriteereitä ovat kaksoisdiagnoosi, vaikea sekakäyttöongelma, potilaan kaoottinen elämäntilanne sekä potilaan pitkä matka aloitusyksikköön. Metadoni korvaushoidon tavoitteet ovat kokonaisvaltainen psykososiaalinen kuntoutus ja päihteettömyys. Metadoni ylläpito-hoidon tavoitteet ovat kiinnittää henkilö hoitoon, korjata

pahimpia sosiaalisia epäkohtia ja vähentää huumeiden käytöstä johtuvia vakavia terveyshaittoja. Alaikäisten 15-18 vuotiaiden opioidiriippuvaisten ensisijainen hoito on laitoshoido yhdistettynä lastensuojelullisiin tukitoimenpiteisiin ilman lääkehoitoa. Vaikeasti huumeongelmaisia nuoria on mahdollista hoitaa mielenterveyslain perusteella tahdosta riippumattomassa hoidossa. (Hermanson 2001, 4764-4765.)

Pitkävaikutteisilla opiaateilla on mahdollista pysäyttää opiaattiriippuvaisen potilaan heroisiin hankintakierre. Salaspuron (2002) mukaan korvaushoito on huomattavasti parempi vaihtoehto, kuin kuusi kuukautta kestävä moniammatillisen työryhmän toteuttama psykososiaalinen vieroitusohjelma. Heroisiinriippuvaisten korvaushoidossa buprenorfiini on turvallisempi opiaatti kuin metadoni. Sillä on myös mielihyvää aiheuttavia vaikutuksia ja sen vaikutuksesta hoitotulos on kolmena päivänä viikossa annettuna yhtä hyvä kuin päivittäin annetun metadonin. Buprenorfiinia hoidossa saaneet pysyivät merkittävästi paremmin hoidossa kuin pelkkää ”lumelääkettä” saaneet potilaat. Suomessa opiaattiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito aloitetaan erittäin myöhään, koska hoidontarpeen arviointiin sekä hoitopaikkaa odottaneet potilaat ovat sääntörikkomusten takia aina siirtyneet ”jonon” alkupäähän. Hoitoon päässeet ovat olleet syrjäytyneitä, asunnottomia, työttömiä, rikollisia sekä fyysisesti että henkisesti erittäin sairaita. (Salaspuro 2002, 5183-5189.)

2. 7 Bentsodiatsepiinit

Yleisimmät väärinkäytetyt lääkeryhmät ovat Dahlin & Hirschovitsin (2002, 79) mukaan unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet sekä voimakkaat morfiinin sukuiset kipulääkkeet ja piristeet. Bentsodiatsepiinit ovat Havion ym.(1994, 97) mukaan eniten väärinkäytettyjä lääkkeitä. Niitä käytetään päihtymistarkoituksena keskushermostoa lamaavan vaikutuksensa vuoksi. Ne lievittävät jännitystä, rentouttavat, poistavat ahdistusta ja rauhoittavat. Bentsodiatsepiinien vaikutus ilmenee väsymyksenä, raukeutena, välinpitämättömyytenä, sekavuutena, puheen kankeutena ja liikkeiden epävarmuutena. Suuret annokset alentavat verenpainetta, muuttavat sydämen syketiheyttä, aiheuttavat suun kuivumista, pahoinvointia, oksentelua, vatsatoimintahäiriöitä ja ruokahaluttomuutta. *Vieroitusoireina* kuvataan myös erilaisia kipuja ja särkyjä sekä masennusta, ahdistusta, paniikkikohtauksia, unihäiriöitä ja yliherkkyysoireita. Lisäksi vieroitusoireiksi on kuvattu mm. aistiharhoja, hikoilua,

sydämentykytystä, lämmönnousua, korvien soimista, vapinaa, tärinää, huimausta, vatsavaivoja, oksenteluja, ihon puutumista ja pistelyä, valo- ja ääniherkkyyttä, jännitystiloja, rintakipu tuntemuksia, kutinaa ja painon muutoksia. Tutkimusten mukaan 75 % yli kuusi vuotta bentsodiatsepiineja käyttäneistä aikuisista kokee lääkeriippuvuuden. Alussa lääkeriippuvuus ei näy ulospäin kovinkaan selvästi, mutta vähitellen riippuvuus aiheuttaa vaikeuksia sekä työssä että koulunkäynnissä, ja johtaa lisääntyneisiin sairaslomiin ja muihin poissaoloihin. Kotona lääkkeidenkäyttö näkyy emotionaalisten tunteiden kaventumisena. Jotkut lääkeriippuvaiset kärsivät pitkäaikaisesta masennuksesta ja kokevat itsemurha-ajatuksia. (Havio ym. 1994, 97–99.)

2. 8 Huumevieroitus

Huumeidenkäyttäjät ovat niin sekalainen ryhmä, ettei voida selvästi osoittaa yhtä tiettyä vieroitushoitotapaa. Vieroitushoitomuodon valintaan vaikuttavat käyttäjän persoona, ikä, käyttöura, käytetty aine ja määrä sekä käyttäjän kyky motivoitua kyseiseen ja valittuun hoitomuotoon. Huumeidenkäytön kokeiluvaiheessa käyttäjät eivät useinkaan tarvitse erityistä vieroitushoitoa vaan kaipaavat sosiaalista tukea pysyäkseen irti huumeista. Vasta pidemmälle edenneet käyttäjät tarvitsevat kokonaisvaltaista hoitoa, johon vieroitushoitovaiheessa kuuluvat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tuki. Akuutin vieroitushoitovaiheen jälkeen potilaat tarvitsevat henkistä ja elämäntaloudellista tukea sekä tarvittaessa korvaushoitolääkitystä. Kehonkunnosta huolehtimisen tärkeys kasvaa hoidon aikana, koska toipumisaikana aineiden ja sairauksien aiheuttamat elinvauriot voivat pahentua hyvästä hoidosta huolimatta. (Dahl & Hirschovits 2002, 374.)

Vieroitushoito toteutetaan päihdehoitopaikassa, jossa tarjotaan joko lääkkeellistä tai lääkkeetöntä avo- tai laitoshoidoa. Vieroitushoito kestää hoitomenetelmistä ja tarpeesta riippuen yhdestä neljään viikkoon. Vieroitushoito jaetaan kolmeen samanaikaisesti toteutettuun osioon johon kuuluvat fyysinen ja psyykinen hoito sekä jatkohoidon ja raittiuden ylläpitämisen motivointi. Vieroitushoidon aikana on tarkoitus ”selvittää päätä”, parantaa fyysistä kuntoa ja miettiä jatkohoidon tarvetta ja mahdollisuuksia. Kahden viikon vieroitushoito harvoin auttaa käyttäjiä saamaan elämästä kiinni. Palautumiseen vaikuttavat käytettyaine ja käyttömäärät. Huumeiden käytön jälkeen aivokemian normalisoituminen ja

epätasapainon korjaantuminen aiheuttavat masennusta ja masennusoireet voivat kestää pidempäänkin jatkohoidon aikana. Vieroitushoidon jälkeen alkaa vasta varsinainen hoito, sillä ensimmäinen vieroittautumishoito luo vasta edellytykset hoitoon motivoitumiselle. (Dahl & Hirschovits 2002, 374.)

Päihdeongelmaisen potilaan hoitotyössä on potilaan ja omahoitajan välinen hoitosuhde merkittävä. Varsinkin hoidon alkuvaiheessa on potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksella keskeinen vaikutus siihen, miten huumevieroituksessa oleva potilas sitoutuu ja motivoituu hoitoonsa ja millainen yhteistyö heidän välilleen syntyy. Valkealan sairaalan akuuttiosasto ykkösen apulaisosastonhoitaja Katriina Niemi on tutkinut päihdepotilaan kohtaamista omahoitajasuhteessa. Empatiataidot, kyky myötäelää ja läsnä oleva kuunteleva vuorovaikutus antavat potilaalle ymmärretyksi tulemisen tunteen. Empatiataidot helpottavat potilaan ja hoitajan ensikontaktia ja luovat turvallisen ilmapiirin. Päihdeongelmaiset kokevat suurta huomioonottamisen tarvetta ja hoitajan merkitys on välittää uutta perspektiiviä ja toivoa paremmasta elämästä. Hoitajat tuntevat päihdepotilaiden hoitosuhteessa välillä väsymisen ja turhautumisen tunteita sekä luovuttamisen ja vetäytymisen reaktiota. (Niemi & Varinowski 2003, 14-16.)

Päihteenkäyttäjien ja huumevieroituspotilaiden hoitoprosessin perustan muodostavat taustatietojen ja päihdeanamneesin kokoaminen sekä hoidon tarpeen määrittely. Hoidon tarpeen määrittelyssä kartoitetaan potilaan perustiedot sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne. Kartoituksessa käytetään apuna havainnointia, potilaan omia antamia tietoja sekä erilaisia kliinisiä verenpaineen, verensokerin ja virtsatestien mittauksia. Tärkeitä tietojen lähteitä ovat myös omaisten ja hoitoverkostojen taustatiedot sekä lääkärin suorittamat tutkimukset. Päihdeanamneesilla saadaan takautuvaa tietoa potilaan päihteenkäyttöhistoriasta, varsinkin siitä mitä päihdettä potilas on käyttänyt ja minkälaisia seuraamuksia siitä on ollut potilaalle koitunut. Päihdeanamneesin avulla saadaan myös selville päihteiden käytön taustalla olevat sosiaaliset, psyykkiset ja fyysiset ongelmat. (Niemi & Varinowski 2003, 17-19; Inkinen ym. 2000, 140-142.)

Huumevieroituspotilaan hoidossa hoitajien tavoitteet poikkeavat potilaiden tavoitteisiin nähden lähinnä tavoitteiden aikataulun suhteen. Omahoitajasuhteessa hoitaja ja potilas

tarkastelevat potilaan voimavaroja ja halukkuutta saavuttaa yhdessä laadittuja hoidon tavoitteita. Potilaiden hoitoon motivoituminen parantuu kun he itse saavat valita ja vaikuttaa hoitonsa tavoitteisiin. Hoidon tavoitteet suunnitellaan yleensä tarpeeksi pieniksi ja konkreettisiksi, jotta potilas pystyy saavuttamaan ne. Hoidon tavoitteet kuvaavat sitä, mitä potilas tulee tekemään ja minkälaisia hoidollisia askeleita tarvitaan, jotta kokonaistavoitteet saavutettaisiin. Yhteistyön avulla omahoitaja ymmärtää, mitkä potilaan tavoitteista on hänen elämänolojensa kannalta realistisia ja saavutettavia. Tavoitteisiin pääseminen antaa potilaalle toivoa ja lisämotivaatiota hoitonsa suhteen. Omahoitajan olisi saatava potilas ymmärtämään että tavoitteet edellyttävät kovaa työtä ja asiakkaalla on vastuu tavoitteisiin pyrkimisessä. Potilaiden toipumista ja tavoitteiden saavuttamista motivoi toivo siitä, että kovalla työllä yhteistyössä omahoitajan kanssa hahmotetut osatavoitteet ja kokonaishoidon ongelmat saadaan ratkaistuksi. Ongelmien ratketessa hoitajat antavat potilaalle myönteistä palautetta. (Niemi & Varinowski 2003, 19-21; Berg & Miller 1994, 61-75.)

3 MUSIIKKITERAPIASOVELLUKSET JA TOIMINTA-/ TYÖSKENTELYMUODOT HUUMAUSAINERIIPPUVUUDESSA

Musiikkiterapiaa on huumausaineriippuvuushoidossa sovellettu Treder-Wolffin (1990, 67) mukaan lähinnä ryhmäterapeuttisin menetelmin. Tällöin viitekehys on ollut holistinen ja tavoitteena on ollut tutkia huumausaineriippuvaisten potilaiden tunteita ja emootioita sekä lisätä itseilmaisukeinoja ja sosiaalisia ryhmätaitoja. Erilaisten ryhmätaitojen avulla huumeriippuvaiset potilaat ovat voineet tutkia omia huumausaineriippuvuuden taustatekijöitä sekä saada vertaistukea muilta ja ottaa vastuuta omasta päihdekäyttäytymisestään. Musiikkiterapian tavoitteina James (1998b, 66–67) kuvaa ryhmäilmiöiden lisäksi itsetuntemuksen lisääntymistä, riippuvuusilmiöön liittyvän kognitiivisen tiedon lisäämistä sekä em. tunteiden ilmaisun ja verbaalisen ilmaisun lisäämistä. Tärkeänä hän pitää myös rentoutumistaitojen oppimista ja stressin kokemisen vähentymistä. Rentoutusmenetelminä mainitaan musiikilliset mielikuvatyöskentelyt sekä musiikin kuuntelu ja soittaminen vapaa-ajan aktiviteettina. Nämä menetelmät edistävät rentoutumista, itsekuria ja päihteetöntä terveellistä vapaa-ajan viettoa.

Huumevieroitushoidossa on tärkeää tutkia Treder-Wolffin (1990) ja Jamesin (1988a) mukaan niitä psykologisia demenssimekanismeja ja sisäisiä esteitä, jotka estävät potilaiden kasvua ja kehitystä ja päihteetöntä elämää. Menetelminä mainitaan musiikin kuunteleminen, keskustelut, sanoitusten analysointi ja laulujen kirjoittaminen sekä riippuvuuden taustalla olevien tunteiden improvisointia. Toimintamallia suunnitellessani ajattelin ottaa musiikkiterapiatilanteeseen fysioakustisen menetelmän lisäksi merkityksellisen musiikin kuuntelun ja soittamisen yhtenä osana erityisesti tunteiden ilmaisukanavaksi. Mielessäni pohdin, että olisi tärkeää saada myös huumevieroituspotilaat ilmaisemaan niitä tunteita, joita rentoutuminen fysioakustisessa tuolissa tai siinä elämäntilanteessa herättää. Omassa tutkimusasetelmassani potilas oli selvästi musikaalinen ja hänellä oli jonkin verran kokemusta rumpujen soittamisesta, laulamisesta ja laulujen kirjoittamisesta. Ala-Ruona (2004) toteaa, että Seinäjoen FA-projektissa käytettiin samantyyppistä sovellusta nuorisopsykiatrian asiakkailta.

3. 1 Fysioakustinen menetelmä

Fysioakustinen menetelmä on Lehikoisen (1996, 31-32) mukaan ääniaaltosovellutus, joka perustuu matalajaksoiseen tietokoneohjattuun siniääneen. Siniääntä määritellään yksinkertaiseksi akustiseksi informaatioksi, jossa on vain yksi ääniaalto. Fysioakustisen menetelmän äänentaajuus vaihtelee 27 ja 113 Hertzin välillä. Ihmisen keho pystyy reagoimaan mataliin ääniin. Fysioakustisen menetelmän aiheuttamien matalien äänien läpäisykyky sekä kiinteässä että nestemäisessä väliaineessa on hyvä. Tästä johtuen fysioakustinen stimulaatio voidaan pitää tasaisena ja näin kehon kudoksilla on riittävästi aikaa reagoida niihin. Fysioakustista hoitoa voidaan toteuttaa myös silloin, kun manuaalinen hoito ei kipujen takia ole mahdollista. Fysioakustisen hoidon vaikutukset tuntuvat lihaksissa, sisäelimissä, hermoston tasolla ja niiden toiminnassa.

Fysioakustisen menetelmän hoito-ohjelmat voidaan suunnitella tietokoneen avulla hyvin tarkasti, yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tietokoneen keskeisimmät ääniparametrit ovat taajuusvaihtelu, kiertoefekti ja voimakkuusvaihtelu. Taajuusvaihtelun avulla varmistetaan ihanteellisen taajuustason riittävä saavutettavuus hoidon aikana. Kehon kudokset saavuttavat vastinresonanssin, kun värähtelyn taajuus on täsmälleen oikeanlainen. Fysioakustisen laitteiston tuottama ääniaalto liikuu hitaasti annetun keskiarvon ylä- ja alapuolella, jolloin voidaan varmistaa ohjelman jossain vaiheessa ihanteellinen värähtelytaso. Fysioakustisen laitteiston tuottama kiertoefekti saa paineaallon siirtymään portaattomasti alhaalta ylöspäin ja ylhäältä alaspäin. Tämä ominaisuus auttaa veren ja lymfanesteiden virtaamista. Voimakkuusvaihtelussa äänen voimakkuus lisääntyy tai heikkenee tasaisesti tarkasti määrätyn ajanjakson aikana. Nopeat pulsaatiot aktivoivat ja hitaat rentouttavat kehoa. Voimakkuusvaihtelulla estetään kehon puutumisen ja jäykistymisen. (Lehikoinen 1996, 32.)

Fysioakustisen hoidon kehittämisprojektissa Seinäjoen sairaalassa Esa Ala-Ruona (1999) selvitti työryhmänsä kanssa fysioakustisen tuolihoito-ohjelman sovellusmahdollisuuksia ja erilaisia lähestymistapoja eri kohderyhmille. Seurannassa kartoitettiin fysioakustisesta hoidosta erityisesti hyötyviä asiakasryhmiä ja selvitettiin niitä osa-alueita, joilla voitiin saavuttaa suurin mahdollinen hyöty. Seurantavaiheessa oli 91 dokumentoitua hoitajaksoa, joista asiakaskäyntejä kertyi 750. Suurimman asiakasryhmän tavoitteet liittyivät rentoutumiseen ja

seuraavaksi suurimman kivunlievitykseen. Kehittämisprojektin tuloksina saavutettiin erittäin hyviä tuloksia rentoutumisessa sekä jännityspe-raisten kiputilojen ja fibromyalgia kipujen lievittymisessä. Hoitajakson aikana useiden asiakkaiden unen määrä ja laatu kohenivat merkittävästi. Niska-hartiaseudun kiputilat lievittyivät yleensä jännitysten laukeamisen jälkeen. Masennuksesta kärsivien asiakkaiden kohdalla saavutettiin läpimurto, kun syvempi rentoutuminen onnistui. Syvän rentoutumisen vaiheessa masentuneiden potilaiden ajatusvyyhti saatiin hetkeksi katkeamaan. Myös tunneskaalan laajeneminen muihinkin kuin masentuneisiin tuntemuksiin kasvoi. Ahdistuneiden asiakkaiden hoidossa pystyttiin luomaan perusturvallinen olosuhde, jossa pystyttiin vähitellen kohtaamaan ahdistuneisuutta aiheuttavia asioita ja tilanteita. (Ala-Ruona 1999, 4, 22-32.)

3. 2 Fysioakustinen menetelmä huumevieroitushoidossa

Fysioakustista menetelmää osana huumevieroitusta on tutkittu varsin vähän. Kliinisiä havaintoja fysioakustisesta menetelmästä osana huumevieroitushoitoja ja kuntoutusta on kuitenkin jonkin verran raportoitu jo parin viime vuoden aikana. Vantaan katkaisuhoido-asemalla fysioakustisen menetelmän tarkoitus oli toimia osana päihdevieroitusta. Kolmen ja puolen kuukauden aikana käyttökertoja fysioakustisella tuolilla raportoitiin 550. Palautteet annettiin suullisesti ja vastaavan sosiaaliterapeutin Arne Savanderin mukaan palaute oli yleisesti ottaen positiivista. Kokemusten mukaan potilaiden vieroitusoireet olivat vähentyneet sekä unettomuuteen oli saatu apua. Myös tarvittavien lääkkeiden käyttöä pystyttiin korvaamaan fysioakustisella hoidoilla. Psykkisten oireiden kohdalla epämääräinen ahdistus ja levottomuus sekä jännitys ja paniikkituntemukset olivat vähentyneet. Myös selvien somaattisten kipujen kuten selkäkipujen määrä oli Savanderin mukaan selvästi vähentynyt. (Savander 2003, 1.)

Karvoshovin kuntoutuskeskuksessa fysioakustista menetelmää on toteutettu Hietalan (2003b) mukaan opioidiriippuvaisten korvaushoidossa sekä alkoholikatkaisussa. Fysioakustista menetelmää on käytetty lisäksi osana omahoitajakeskusteluja, jolloin fysioakustisen menetelmän aktivoivia ajatuksia on voitu käydä hoitotilanteen aikana läpi. Omahoitajakeskustelun yhteydessä toteutetussa fysioakustisessa hoidossa asiakas on voinut joko itse valita musiikin, tai sitten ohjaaja on käyttänyt rentoutusmusiikkia. Vastaavan

lääkäriin Erja Hietalan mukaan tulokset ovat olleet myös kauttaaltaan positiivisia ja samankaltaisia kuin Vantaan katkaisuhuoltoasemalta saadut tulokset. Hietalan mukaan fysioakustisen menetelmän avulla rauhoittavien ja kipulääkkeiden tarve asiakkailta on huomattu selkeästi vähentyvän. Hietala korostaa, että asiakkaalle on pystytty myös tarjoamaan lääkkeetön vaihtoehto esim. vieroitusoireina olevaan ahdistukseen, unihäiriöihin tai jännittyneisyyteen. Myös Lehikoinen (1994a) toteaa, että fysioakustisella tuolihoitolla voidaan korvata osa lääkehoidosta. Lihasperäisiin opioidivieroitusoireisiin kuten lihasjännityksiin, nivel- ja lihaskipuihin sekä ummetukseen on myös saatu selkeää apua. Hietalan (2003b) mielestä vieroitusoireet ovat yleensä helpottaneet kokonaan fysioakustisen hoidon ajaksi. Hoidon jälkeen olevat vieroitusoireet ovat pysyneet pois jopa tunteja. Fysioakustinen hoito on raportoitu olevan tehokas niin niska-hartia- ja selkäkipujen kuin lihasjännitysten hoidossa. Fysioakustinen menetelmä on toiminut hyvin myös unihäiriöiden hoidon tukena sekä yleisesti rentouttavana hoitomuotona. Joillakin asiakkailta fysioakustinen menetelmä on tuonut esille ahdistavia mielikuvia, mutta Hietalan mukaan nämäkin on katsottu edistävän hoitoa, koska hoidon aikana näistä asioista on päästy siten puhumaan. Hietala toteaa, että fysioakustinen hoito on osoittautunut hyvin käyttökelpoiseksi hoitomuodoksi erityyppisten päihdeongelmien oireiden hoidossa muiden hoitomuotojen tukena.

Kiviharjun kuntoutumisklinikalla on fysioakustista hoitoa annettu marraskuusta 2002 alkaen opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olleiden sairaalan sekä avohoidon potilaille. Kiviharjun kuntoutumisklinikalla on fysioakustista hoitoa toteutettu viitenä päivänä viikossa sekä aamulla että illalla. Tavoitteena oli vähentää opioidiriippuvaisten vieroitusoireita. Fysioakustinen menetelmä on vähentänyt osasto-olosuhteissa olevien potilaiden levottomuutta ja ahdistuneisuutta, sekä helpottanut opioidivieroitusoireita. Erityisesti potilaiden ahdistus on helpottunut, sekä unihäiriöt ja lihasperäiset kiputilat ovat helpottuneet. Opioidivieroitusoireet ovat yksilöllisesti koettuna helpottaneet kokonaan jopa kolmen tunnin ajaksi tai lieventyneet merkittävästi hoidon ajaksi. Fysioakustisen menetelmän tehoa on tutkittu subjektiivisella kyselymittarilla. Avohoitopotilaiden kokemukset ovat olleet samankaltaisia. Potilaat ovat olleet motivoituneita fysioakustiseen hoitoon, sekä tavoitteena ollut lääkkeellisen hoitotarpeen väheneminen on toteutunut. (Hietala 2003a.)

Petri Lehikoinen on raportoinut fysioakustisen menetelmän vaikutuksista päihde ja huume kuntoutuksessa. Fysioakustisen menetelmän stimulaatiolla voidaan vaikuttaa endorfiinitoimintaan eli saadaan aikaiseksi samanlaisia mielihyvän kokemuksia kuin mitä alkoholista ja huumeista haetaan. Katkaisu- ja vieroitushoitoon liittyvä ahdistus voidaan minimoida aktivoimalla aivojen omia endorfiinitoimintoja. Karvoshovin kuntoutuskeskuksen vastaavan lääkärin Erja Hietalan mielestä fysioakustinen hoito aktivoi aineenvaihduntaa ja kehon lihaksia. Endorfiinin lisääntyminen puolestaan vaikuttaa tahdosta riippumattomaan hermostoon rauhoittavasti. Samanaikaisesti yhdistämällä psykoterapiaa sekä fysioakustista menetelmää voidaan potilaalle rakentaa psyykinen luottamus siihen, että mielihyvän voi kokea ja se voi syntyä luonnollista tietä ilman päihteitä ja huumeita. Fysioakustisessa menetelmässä tämä toteutetaan rentoutusohjelmilla, jotka poistavat jännitystä. Paras tulos saavutetaan yksilöllisesti rakennetuilla ohjelmilla. (Lehikoinen 1994, 22-26; Hietala 2003b.)

Punkasen (2003) mukaan fysioakustisella menetelmällä voi olettaa olevan yhteys oksitosiinin hormonituotantoon, joka vaikuttaa suoraan kiputiloja vähentävästi sekä hyvän olon tunnetta lisäävästi. Kerstin Uvnäs-Moberg (2001) kirjoittaa oksitosiinin vaikutuksesta hieronnan yhteydessä ja oksitosiinin tuomasta kipuja vähentävästä olotilasta. Uvnäs-Mobergin mukaan hieronta saa aikaan muutoksia levon ja hyvinolon tuntemuksissa (lugn och ro system) vaikuttaen sekä nuoriin että aikuispotilaisiin rauhoittavasti ja rentouttavasti. Tutkimukset osoittavat, että hieronnan aikana stressihormoni kortisolin tuotanto laskee aikuisilla. Samalla aktivoituu oksitosiinin tuotanto hypotalamuksessa ja aivojen hypofyysissa, josta se myös vapautuu verenkiertosysteemin. Oksitosiinin määrän lisääntyessä verenkierrossa koetaan rentoutumisen ja levon tunnetta. (Uvnäs-Moberg 2001, 76, 93, 119, 130, 147-148.)

Uvnäs-Mobergin (2001) mukaan oksitosiinihormonin määrän kasvu vaikuttaa verenpaineeseen sitä alentaen, kiputuntemuksia ja ahdistusta vähentäen, uteliaisuutta ja sosiaalisia kontakteja lisäten sekä kehoa rentouttaen ja rauhoittaen. (Uvnäs-Moberg 2001, 93-95; 107; 109.)

Mika Maunula (1998) toteaa raportissaan Next Wavelle Hangonkadun kuntoutuskeskuksesta Helsingistä, että Petri Lehikoinen aloittama tutkimustoiminta ja Ulla Hairon jatkamat fysioakustisen menetelmän hoidot (Pro gradu- ja lisensiaattityöt) ovat merkittävästi

lievittäneet heidän potilaittensa päihdevieroitusoireistoa. Potilaiden univaikeudet ovat lieventyneet sekä rauhattomuuden, levottomuuden ja ahdistuneisuuden oireisiin on saatu merkittävää apua. Myöskään vieroitushoidossa ei ole tarvittu rauhoittavia lääkkeitä. Hoidon keskeyttämiset ovat vähentyneet, mikä näkyy hoitomotivaation kasvamisena. (Maunula 1998, 1.)

Hairon (1995) tutkielmassa koehenkilönä oli kuusi katkaisuhoidopotilasta, joiden hoitajaksot kestivät kunkin potilaan kohdalla 5-6 päivää. Tutkimuksen tarkastelussa kiinnitettiin huomiota fysioakustisen tuolihoidon vaikutuksista koehenkilöiden verenpaineeseen ja sykkeeseen. Potilaiden vieroitusoireista seurattiin erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia sekä koehenkilöiden musiikillisia valintoja neljän eri näytteen välillä. Klassinen musiikki koettiin kaikkein miellyttävimmäksi fysioakustisen tuolihoidon yhteydessä. Potilaiden saama fysioakustinen hoito annettiin kahdesti päivässä 20 minuutin aikana. Aamulla käytettiin relax / general ohjelmaa ja iltapäivällä relax / legs ohjelmaa. Potilailta mitattiin verenpaine ja syke ennen ja jälkeen tuolihoidon. Potilas käytti myös janamittauskaavaketta, jotka perustuivat omiin tuntemuksiin. Hairon (1995) mukaan fysioakustinen stimulaatio vaikutti hoitokerran aikana verenpainetta alentavasti mutta hoitokertojen välillä verenpaine nousi jonkun verran. Yleisesti ottaen verenpaineen todettiin kuitenkin laskevan mittausajanjakson aikana. Systolinen paine laski keskimäärin 13 mmHg:ä ja diastolinen paine 9 mmHg:ä. Sykkeen keskiarvot laskivat noin 15 sykäyksellä minuutissa. Potilaiden kuvaamat tuntemukset muuttuivat pahimmasta mahdollisesta siedettävään tai oireettomaan olotilaan. Fysioakustisen tuolihoidon koehenkilöt kokivat keskimäärin erittäin myönteisenä ja menetelmä auttoi heitä rentoutumaan ja sietämään sekä lievittämään vieroitusoireita. (Hairo 1995, 40-69.)

Lisensiaattityönsä osareportissa Hairo (1998) toteaa, että tutkimuksen tavoitteena oli kehittää päihdekuntoutusta vaihtoehtoisiin terapioihin perustuvien menetelmien kautta, sekä luoda em. hoitomenetelmiin perustuva päihdeongelmaisten hoitopaketti. Eri musiikkiterapiatekniikoilla, kuten harjoituksilla, keskusteluilla, kuvallisella ja kirjallisella tuottamisella sekä musiikkiterapiaryhmien rytmi-, laulu-, soitto- ja improvisaatioharjoituksilla on keskeiseksi osaksi terapiaa noussut rentoutuneisuuden hakeminen ilman päihteen tai lääkkeen apua. Musiikkiterapiaryhmissä olevat koehenkilöt kokivat oman viikkorytminsä jäsenyneen ja itseilmaisukeinojen lisääntyneen. Koehenkilöt kokivat myös saaneensa uusia näkökulmia

päihteiden käyttöön liittyviin ongelmiin. Fysioakustinen menetelmä koettiin rentouttavaksi ja unen saantia ja laatua parantavaksi sekä lievittävän stressiperäisiä jännitystiloja ja korvaavan jopa psyykelääkkeitä. (Hairo 1998, 1-3.)

Punkanen (2002) sovelsi Seinäjoen projektissa kuvattua kokonaisuutta neljälle nuorelle huume kuntoutujalle hoitomallin, joka rakentui kolmesta eri osatekijästä. Ne olivat fysioakustinen menetelmä, joka oli yhdistetty musiikin kuunteluun sekä terapeutin keskustelu. Punkanen käytti fysioakustisessa menetelmässään seitsemää erilaista hoito-ohjelmaa. Ne sisälsivät mm. yleisrentoutuksen, virkistykseen, selkähieronnan, jalkahieronnan, yhdistelmäohjelman sekä stressiohjelman ja yhdelle kuntoutujalle erikseen laaditun epilepsian huomioivan hoito-ohjelman. Siinä pääalueentehot olivat varsin pienet. Fysioakustista hoitoa ja musiikin kuuntelua seurasi puolen tunnin purkukeskustelu, jossa pääfokuksena oli kartoittaa fyysisiä ja psyykkisiä tunteita, mielikuvia, muistoja ja ajatuksia. Punkasen mielestä terapeutin fyysinen läsnäolo kokemuksen autentisoijana on välttämätön ja jakaminen vahvistaa sekä lisää mielikuvien kokemista. Tutkimuksen tulokset Punkanen jakoi neljän kokemukseen liittyvän etukäteiskategorian pohjalta eli aistimisen, tuntemisen, ajattelun ja intuition mukaan. Punkasen mukaan hoitomallin avulla kuntoutujat pääsivät kosketuksiinsa omien tunteidensa erityisesti tukahdutetun ja torjutun materiaalin kanssa. Tunteet jakautuivat fysioakustisen menetelmän synnyttämiin tunteisiin, musiikin ja mielikuvien herättämiin tunteisiin sekä kuntoutujien omiin elämäntilanteisiin liittyviin tunteisiin. (Punkanen 2003, 214-246.)

3. 3 Laulujen kirjoittaminen

Laulujen kautta ihmiset tutkivat tunteitaan. Ne ilmaisevat keitä olemme ja mitä tunnetta. Ne lähentävät meitä toisiimme ja yhdistävät meitä muihin vaikka olemme yksin. Laulut kuvaavat tunteita ja arvojamme. Ne antavat luvan vapautua menneestä, tutkia nykyisyyttä ja ilmaista tulevaisuuden unelmiamme. Laulut kertovat tarinoita ilosta ja surusta, ne paljastavat sisäisiä salaisuuksia ja ilmaisevat toivoa ja pettymyksiä, pelkoja ja riemuja. Laulut ovat musiikillisia päiväkirjoja, elämäntarinoitamme. Ne ovat ääniä henkilökohtaisesta kehityksestämme. Laulut luovat helpon tien emotionaalisiin tunteisiin, ajatuksiin, mielipiteisiin, arvoihin ja käyttäytymiseemme. Musiikkipsykoterapiassa laulut helpottavat

prosessia ja luovat erittäin tehokkaan välineen tunteiden muuttamiselle. Musiikkiterapiassa voidaan myös käyttää muutamia erilaisia lauluihin perustuvia metodeja. (Bruscia 1993, 9-10.)

Brenda S. Freed (1987) on tutkinut laulunkirjoittamisen menetelmää huumeiden käyttäjien musiikkiterapeuttisena menetelmänä. Menetelmässä tuttujen laulujen melodioiden mukaisesti sovitetaan kappaleisiin uudet sanat, joiden on tarkoitus työstää asiakkaiden tuntemuksia ja ajatuksia omasta huumausaineriippuvuudestaan. Tavoitteena on rohkaista tunteiden ilmaisua, jotka ovat sidoksissa asiakkaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Taustalla voi olla tukahdutettuja tunteita liittyen huumausaineiden käyttöön, hoitoon tai sosiaalisen elämään ja perhe-elämään. Laulujen kirjoittaminen antaa mahdollisuuden ilmaista tunteita joko terapeutille tai ryhmälle. Tällä tavoin huumevieroituspotilaat saavat emotionaalista tukea ja palautetta omille ajatuksilleen ja tunteilleen. Luovan toiminnan kautta lauluja kirjoittaen huumevieroituspotilaita rohkaistaan etsimään ratkaisuja omiin ongelmiinsa. (Freed 1987, 13-14.)

Musiikkiterapeuttisessa laulujen kirjoittamistekniikassa pyritään luomaan ilmapiiri, joka ei ole uhkaava, koska huumausaineiden käyttäjillä on todettu oleva matala itsetunto ja epäonnistumisen pelko kaikessa suoriutumisessaan. Musiikkiterapeutti voi auttaa suotuisan ilmapiirin luomista mm. korostaen asiakkaiden omaa rehellisyyttä itselleen, jolloin laulujen kirjoittaminen mahdollistuu. Musiikkiterapeutti lupautuu auttamaan joka tilanteessa ja korostaa että tässä menetelmässä asiakkaiden ei tarvitse esittää lauluja tai olla huolissaan kappaleiden tekstien lausumisesta, eikä kappaleiden tarvitse olla täydellisiä. Menetelmän fokus ei ole tuote vaan luomisprosessi, jonka henkilö kokee lauluja kirjoittaessaan. (Freed 1987, 14-15.)

Tekniikkaan voidaan sisällyttää myös valmiiden kappaleiden sanoitusten analysointia sekä keskustelua jostain tietyistä huumausaineriippuvuuteen liittyvästä teemasta. Lisäksi voidaan tehdä musiikin kuuntelun harjoituksia, jotka rohkaisevat kuuntelijoita ilmaisemaan omia mielipiteitä ja tunteita. Tunteet ja mielipiteet liittyvät kuunneltuun musiikkiin. Nämä harjoitukset auttavat potilaita kehittämään verbaalista ilmaisua. Kun potilaat ovat vuorovaikutustilanteessa terapeutin tai ryhmän kanssa harjoitelleet itseilmaisua, voi laulujen kirjoittamisprosessi alkaa. Musiikkiterapeutti voi tehdä valittujen laulujen tekstiin aukkoja,

jotka potilaat täyttävät omilla sanoituksilla. Ne voivat käsitellä heitä itseään, elämätilannetta ja erilaisia tunteita. Potilaita rohkaistaan kirjoittamaan asioita, jotka tulevat spontaanisti mieleen. (Freed 1987, 15.)

Tämänkaltaisen tekniikan viimeisessä vaiheessa huumevieroituspotilaat kirjoittavat omia tekstejä omilla sanoilla suosikkikappaleidensa sanoitusten tilalle. Suosikkikappaleet voidaan valita potilaan musiikkimieltymysten, musiikillisen taustan, iän ja sen suhteen miten kappaleiden teemat sivuavat potilaiden ajankohtaisia ongelmia. Tähän vaiheeseen liittyy sanoitusten analysointia. Siinä tarkoituksena on keskittyä merkittäviin sanoihin jotka alleviivataan ja alleviivattujen sanojen kautta voidaan vahvistaa tunteiden ilmaisua. Potilaat oppivat sanoja analysoimalla uusia hallintakeinoja ja saavat terapeutilta tunteistaan arvioita. Laulujen kirjoittaminen, kuunteleminen ja esittäminen sekä niitä ja muiden laululuja kuuntelemalla huumevieroituspotilaat tuntevat itsensä vapautuneeksi. Musiikkiterapeutin tulisi kyetä kuuntelemaan aktiivisesti, huomioimaan potilaan tarpeita ja kyetä esittämään avoimia kysymyksiä ja toimia spontaanisti. Musiikkiterapeutin tulisi olla myös joustava ja kyetä intuitiivisesti tutkimaan potilaansa tunteita. Freedin mukaan musiikkiterapeutin tulisi olla tietoinen tunteiden symbolisesta esiintymisestä sekä tyypillisistä teemoista ja kielikuvista, jotka huumausaineriippuvaiset potilaat tuovat esille. (Freed 1987, 16-17.)

3. 4 Musiikin kuuntelu ja improvisointi

Paul Kind (1998) toteaa omassa tutkimuksessaan että lähes 60 prosenttia huumausaineriippuvaisista nuorista kuuntelee heavymetallimusiikkia. Kindin mukaan heavymetallimusiikki edustaa väkivallan, naisten hyväksikäytön, vihan, okkultismin ja satanismin teemoja sanoituksissa ja levyjen julkaisutilaisuuksissa. Kindin mukaan nuoret etsivät heavymetallimusiikista ja huumeista sisältöä monille nuoruusiän ongelmille. Nuoret hakevat vastauksia mm. omiin selkiytymättömiin nuoruusiän identiteetikriisin kysymyksiin. Nuoret etsivät myös kappaleita, jotka ihannoivat yleisesti huumausaineiden käyttöä. Kind mainitsee bändeistä mm. Metallica, Black Sabbathin, Slayerin ja Megadeathin, jotka julkaisuaikaan myivät miljoonia levyjä vuosittain. 80 prosenttia nuorista kuuntelee heavymetallimusiikkia useita tunteja päivittäin ja 50 prosenttia heistä tuntee kappaleiden sanoitukset ja pystyy kirjoittamaan ne ulkomuistista. (Kind 1988, 295-301; Arlene 1986, 264.)

Jude Treder-Wolff (1990) ja Arlene (1986) mainitsevat huumevieroituspotilailla käytetystä musiikin kuunteluun liittyvästä harjoituksesta, jossa potilaat analysoivat ja kuuntelevat lauluja ja musiikkia ryhmätilanteessa. Treder-Wolffin mukaan harjoituksen fokus on informatiivinen ja tietoa lisäävä, jolloin ryhmäläiset saavat toisiltaan vertaistukea ja näin huumeiden käyttöön liittyviä häpeän tunteita voidaan käsitellä yhdessä. Musiikki on luonnollinen kommunikaation kanava, joilla voi murtaa toipumisvaiheen jäykkiä defensessejä. Musiikin kuuntelun kautta voi myös tutkia huumeiden käyttöön liittyviä sosiaalisia mielipiteitä ja uskomuksia. (Treder-Wolff 1990, 67– 68; Arlene 1986, 243.)

Arlene (1986) on tutkinut nuorten alle 18-vuotiaiden huumeiden käyttöä samantyyllisellä sanoitusten analysoinnilla kuin Treder-Wolff. Hänen käyttämässään tekniikassa nuoret kuuntelevat rock-musiikkia, joiden sanoitukset käsittelevät suoraan joko alkoholin tai huumeiden käyttöä. Arlenen (1986) mukaan alle 18-vuotiaat nuoret samaistuvat voimakkaasti populaari- ja rock-musiikin sanoituksiin ja viesteihin. Tätä samaistumista hyväksikäyttäen voidaan tutkia huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia sekä rock-musiikin sanoituksia. Kappaleiden teemat käsittelevät mm. ystävyysuhteiden lojaalisuutta, perheiden ja kavereiden sosiaalista painetta sekä erilaisia ajankohtaisia pelkoja, kuten ydinsodan ja maailmansodan vaaroja, työttömyyttä ja rikollisuutta. Arlenen mukaan tähän ikäluokkaan kuuluvat pojat identifioituvat helposti näihin rock-musiikin teemoihin, sekä kuunneltuaan ja luettuaan pitämänsä musiikin sanoituksia alkavat helposti keskustella laulajan huumeiden tai alkoholiin käyttöön liittyvistä kokemuksista. Tutkimustulosten mukaan nuoret alkavat keskustella myös omista kokemuksistaan jotka voivat olla samankaltaisia kuin kuuntelemansa ja ihannoimiensa rocklaulajien kokemukset. (Arlene 1986, 243.)

Huumevieroitusprosessin toipumisvaiheessa potilaalle on olennaista tunnistaa ja hyväksyä omakohtaisesti huumeongelma. Huumeongelman kieltäminen on tuhoisa piirre, joka aiheuttaa häpeää ja pelkoja. Huumeongelman kieltäminen pitää nämä tuntemukset tietoisuuden ulkopuolella. Musiikkiterapiassa voidaan kieltämisilmiötä pohtia mm. tekemällä sanoitusten analyysyjä sekä tarkasti rajattuja harjoituksia. Potilaat valitsevat laulukansiosta yhden kappaleen joka kertoo jotain heistä itsestä ja omista tuntemuksista. Voidaan myös valita kappaleita, jotka kertovat tarinoita elämästä ja kuvailevat elämiseen liittyviä tunteita. Valittuja

kappaleita lauletaan ryhmässä tai pienryhmässä ja mietitään mitä tuntemuksia muilla on laulettu tai kuunnellun kappaleen suhteen. (Treder-Wolff 1990, 69.)

Treder-Wolff (1990) esittää bluesimprovisaatiotekniikan, jossa jokainen ryhmän jäsen luo oman spontaanin bluessanoituksen. Bluessanoitusten pohjana on neljän tahdin blues-kuvio (I woke up this morning and was feeling...) Tämän tutun blues-sanoituksen loppuun asiakas voi lisätä oman tunteen, jolloin terapeutti kannustaa potilasta ilmaisemaan itseään aidosti ja rehellisesti. Yhtenä menetelmänä on käytetty myös musiikin kuuntelua, jossa terapeutti kertoo suosituista artisteista, jotka ovat kuolleet huumeiden yliannostukseen (Jimi Hendrix, Janis Joplin, Elvis Presley) tai joilla on ollut huumeriippuvuusongelma, josta on myöhemmin selvinnyt (Eric Clapton). Terapeutti voi johdatella keskustelua huumeiden kuolettavaan vaikutukseen. Huumeista selvinneiden artistien elämäntarinasta voi myös saada voimia oman selviytymisen tueksi. Kun vastustus ja kieltäminen saadaan murretuksi, päästään terapiatilanteessa kiinni tunteisiin, jotka ovat tietoisuuden takana ja liittyvät erityisesti huumausaineriippuvuuteen. Tässä vaiheessa olevien asiakkaiden käyttäytyminen voi olla syyttelevää, hyökkäävää tai puolustelemaa. Tutkijan mukaan terapeutin on tärkeää tunnistaa ja nähdä tämänkaltainen käyttäytyminen osana huumeriippuvuutta ja vastata tunteisiin empatialla ja rajoja asettavalla työskentelyllä. Musiikki, joka ilmaisee kokemuksia huumeriippuvaisen elämäntavasta, prosessista ja hoidosta toipumisaikana, voi olla työskentelyväline rakennettaessa suhdetta ryhmän sisällä ja musiikkiterapeutin kanssa. (Treder-Wolff 1990, 69-70.)

Musiikkiterapian ja toipumisen viimeisessä vaiheessa kuntoutujat tarvitsevat jatkuvaa tukea ja terapiaa ylläpitääkseen omaa raittiuttaan ja huumeetonta elämää fyysisen, emotionaalisen ja psyykkisen tuen kautta. Tässä vaiheessa työskennellään erilaisten arkipäivän konfliktien ja huumeiden käytöstä johtuvien hylkäämisten, kuten elämäntyylin muutoksen, ystävyyssuhteiden, työpaikan ihmissuhteiden ja perhe-elämän konfliktien kanssa. Ryhmässä työskennellään asioiden kanssa, jotka auttavat kuntoutujaa selviämään elämän ongelmista, sekä herättävät kipeitä tai negatiivisia tuntemuksia. Arkielämän riskitekijöiden ja tunteiden kohtaaminen ovat keskeisiä tarkasteluaiheita ja niiden tarkasteluun voidaan käyttää em. musiikin kuuntelua, sanoitusten analysointia, improvisointia, laulujen kirjoittamista ja rentoutumisharjoituksia. Kuntoutujien täytyy oppia tunnistamaan isoja riskitilanteita, jotka

voivat olla vaikeita kohdata ilman päihteitä. Näitä riskitilanteita ovat kirjoittajan mielestä vihan ja muiden vaikeiden ja negatiivisten tunteiden ilmaiseminen kuten hermostuneisuuden, tylsistymisen ja mielekkään tekemisen puute vapaa-ajalla. Psykkisiä riskitilanteita ovat mm. masennuksen, väsymyksen ja uupumisen sekä erilaisten pelkojen, voimattomuuden ja avuntunteiden, syyllisyyden, kärsimättömyyden, elämäntarkoituksen puuttumisen tunteet. Myös kipeät muistot sekä suhde alkoholiin ja huumeisiin ja erilaiset sosiaalisen elämän paineet ovat merkittäviä riskitekijöitä. Tällöin terapeutin työskentely keskittyy ryhmässä näiden ilmiöiden tunnistamiseen, verbaalisten asioiden selvittelyyn ja käsittelykykyyn sekä erilaisten hallintakeinojen oppimiseen. (Treder-Wolff 1990, 70.)

Musiikin kuuntelu, kuunnellun musiikin analysointi, laulujen kirjoittaminen, laulaminen sekä improvisointi ovat keskeisinä menetelminä työskennellessäni huumevieroituspotilaiden kanssa. Laulujen kyky ilmaista tunteita ja tarinoita elämästä avaa mielestäni mahdollisuuden peilata potilaan omia ongelmia sekä riippuvuussuhteen taustasyitä. Edellisen kappaleen kuvaus toipumisvaiheen riskitekijöistä ovat oman kliinisen kokemuksen pohjalta arkipäivän todellisuutta monille päihde- ja vieroitushoitopotilaille sairaalajakson jälkeen.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli siis soveltaa edellä kuvattua musiikillista interventiota sekä fysioterapian viitekehystä huumeopotilaiden kuntoutumisessa niin, että tutkimuksen myötä voitiin kehittää osastolle soveltuva hoitomalli. Hoitomallin kehittämisessä toimintatutkimus nousi esille tutkielmaseminaarissa Jyväskylän yliopistolla. Musiikkiterapiakollegoiden innoittamana lähdin selvittämään toimintatutkimuksen teoreettista viitekehystä sekä hahmotin mielessäni, miten voisin yhdistää tutkimuksen toteutukseen moniammatillisen tiimityöskentelyn ja toimintatutkimuksen toteutuksen käytännössä. Seuraavassa kappaleessa kuvaan tutkimuksen taustan selvityksen etenemistä sekä tutkimusongelmien ja tavoitteiden muodostumista.

4 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE

Tutkimuksen toimeenpanijoita olivat Valkealan sairaalan osasto 1:n osastonhoitaja sekä mielenterveyshoitaja. Ennen varsinaista tutkimusprojektia sain tehtäväkseni miettiä, miten musiikkiterapialla voidaan auttaa nuoria huumausaineita käyttäviä potilaita. Pidin osastotunnin musiikkiterapiasta ja annoin osastolle luettavaksi aihetta sivuavia ajankohtaisia tutkimuksia. Osastolla innostuttiin tässäkin tutkimuksessa viitatuista Ulla Hairon gradusta ja Seinäjoen sairaalan fysioakustisen menetelmän projektista. Osastolla haluttiin selvittää, voidaanko fysioakustista menetelmää hyödyntää systemaattisemmin heidän osaston huumeita käyttävien nuorten hoidossa. Selvittääkseni tarkemmin tutkimusongelmien taustoja haastattelin avoimella haastattelutekniikalla tutkimuksesta kiinnostunutta mielenterveyshoitajaa. Projektiin kutsuttiin mukaan myös virkavapaalta palannut fysioterapeutti, joka kehittämistyöstä innostuneena lähti mielellään kuulemaan osaston ajatuksia aiheen tiimoilta. Osaston hoitofilosofiaan kuului itsestään selvänä ajatuksena kehittää toimintaa ja tutkia erilaisia hoitokäytäntöjä.

”Osastonhoitaja on tyytyväinen ja innostunut tutkimusasioista. Osastolla on jo tehty tutkimuksia väkivallasta, eristyskäytöstä, päihdepuolesta ja perhepuolesta.”

Osaston hoitofilosofia oli minusta hyvin otollinen tieteellisen tutkimusprojektin käynnistämiseksi. Osaston henkilökunta oli motivoitunutta ja päihdeasioista hyvin koulutettua sekä hoidon kehittämiseen sitoutunutta ammattitaitoista henkilöstöä. Opiskeluni Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksella antoi hyvän mahdollisuuden tehdä tästä tutkimuslähtötilanteesta tutkimussuunnitelman ja pohtia, miten sitä voisi lähestyä laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen. Haastateltava mielenterveyshoitaja kuvasi tutkimuksen lähtötilannetta akuuttiosastolla huhtikuussa 2000 seuraavasti.

”Osastolla on hirveen paljon nuoria huumeita käyttäviä potilaita. Välillä on hirveen kiire, hälinä, säpinä. Olis hyvä kun olis joku malli, jonka mukaan niinkun tietää, että mitenkä on oikein sovittu. Ettei mee siihen sooloiluun. Sitä äkkiä menee nimittäin siihen meillä ainakin kun on hirveen säpinä välillä ja taas välillä on taas sitten rauhallista.”

”Saatais toimintamalli selvästi paperilla. Miten näitten potilaitten kanssa täällä toimitaan. Miten käytetään fysioterapiaa ja musiikkiterapiaa hyväksi. (Hjerpe 2000 henkilökohtainen tiedonanto).”

Tutkimuksen lähtötilanne oli se, että potilaiden hoitoajat olivat lyhyitä ja heidän olemisensa osastolla oli hoitajien kannalta vaikeasti hallittavaa. Tutkimus käynnistyi siis käytännön ongelmasta, johon haluttiin saada toiminnan kehittämisellä muutos. Pohtiessani toimintamallin menetelmiä ja sisältöä, sain kollegoiltani vihjeen lähestyä Hesperian sairaalan musiikkiterapeutteja. He olivat tehneet musiikkiterapeuttisella lähestymistavalla huumevieroituspotilaiden kanssa tiiviisti töitä ja luoneet jo toimivan mallin, jossa yhdistetään musiikkiterapeuttinen ryhmätyöskentely ja fysioakustinen menetelmä.

4. 1 Tutkimuksen lähtökohtien ja taustailmiöiden selvittäminen

Kirjoitin toukokuun alussa Hesperian sairaalan musiikkiterapeutti Jouni Aavaluomalle kertoakseni ja kuvaillakseni tarkemmin tutkimusprojektin sisältöä. Sovimme tapaamisen Hesperian sairaalan musiikkiterapiatiloissa. Haastattelutilanteessa paikalla olivat Aavaluoman lisäksi Sibelius-Akatemian aikainen opettajani, musiikkiterapeutti Aarre Tarkki. Kerroin Valkealan sairaalan tarpeesta kehittää hoitomalli akuuttivaiheessa oleville nuorille huumevieroituspotilaille. Menetelmänä oli teemahaastattelu, josta minulla oli haastattelun teema-alueet tiedossa. Kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä en ollut laatinut, vaan annoin haastattelutilanteen edetä luonnollisesti johdatellen kuitenkin kysymyksiä haluamaani suuntaan. Tämäntyyppinen teemahaastattelu vastaa Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997, 195) mukaan monia kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tutkittavan ilmiön tosiasioita. Kaikki tämän tutkimuksen haastattelut on nauhoitettu minidisc-soittimella ja ne on litteroitu eli kirjoitettu sanatarkaksi tekstiksi Windows Word -tekstinkäsittelyohjelmalla.

Haastattelu nauhoitettiin Hesperian sairaalan musiikkiterapiatiloissa toukokuussa 2000. Litteroinnin jälkeen luin haastattelun useaan kertaan läpi ja nostin siitä keskeiset teemat esille pilkkomalla ensin jokaisen lauseen sekä lauseyhteyteen liittyvät asiat omaksi otsikokseen. Nostin litteroidusta haastatteluaineistosta neljäkymmentäkuusi erilaista asiakohaista teemaa omaksi otsikokseen ja analysoin ne edelleen yhdeksitoista eri teemaksi, jotka olivat mielestäni haastattelun keskeisiä asiasisältöjä ja liittyivät siihen tutkimuksen alkutilanteeseen, joka Valkealan sairaalassa tutkimusentekohetkellä oli. Tehtyäni haastattelusta teemojen mukaisen

tiivistelmän huomasi, että en voi toteuttaa erästä keskeistä teemaa, joka haastattelusta nousi. Akuuttiosaston tarve ei ollutkaan niin suuri potilasmäärän osalta, kuin alkukeväästä sain ymmärtää. Emme pystyneet toteuttamaan ryhmäterapiaa huumevieroituspotilaille. Muilta soveltuvilta osin toteutimme niitä haastattelussa esille tulleita toiminnan periaatteita, jotka olivat sovellettavissa ja koskettivat lähinnä toimintatutkimuksen aloittamista alkuvaiheessa, toimintamallin luomista sekä terapiatyössä olevien keskeisten käsitteiden ja ilmiöiden havainnointia ja huomioimista asiakastyössä.

Haastattelun aikana musiikkiterapeutit korostivat asiakasryhmien eroavaisuutta. Heidän potilaansa olivat aikuisia ja tulivat musiikkiterapiaan polikliinisesti. Omassa aineistossani asiakkaat olivat siis nuoria akuuttiosaston huumevieroituspotilaita. Hesperiaassa oli myös tehty avohoidon huumevieroituskokeilu mutta tulokset eivät sillä kertaa olleet kovin positiivisia.

”70 % vieroituksessa olleista lopetti hoidon kesken ja meni kadulle subutexia käyttämään tai jotain muuta ja pieni osa joka hyötyi siitä kokeilusta meni jatkohoito paikkoihin.”

Kokeilun epäonnistumisen Aavaluoma selitti osaltaan lyhyellä hoitajaksolla, joka olisi vaatinut jatkohoitopaikassa tehtävän tiiviin työskentelyn. Polikliinisesti musiikkiterapiaan tulevat asiakkaat ovat haastateltavien mielestä jo siinä vaiheessa hoidossaan, että ovat kokeilleet eri hoitolaitoksia ja viitekehyksiä ennen kuin tulevat Hesperian sairaalan musiikkiterapiaan. Hesperian sairaalan musiikkiterapiassa käyneet potilaat kävivät samanaikaisesti metadonikorvaushoidossa. Aavaluoman mukaan metadoni toimii kemiallisesti kuten heroini mutta siitä puuttuu miljöön kokeminen, joka on heroiinin ”high ” vaihe.

”Se vaan poistaa sen kivun tuntemuksen. Uskon että se on kelpo hoitomuoto niille jolla on todella vaikea irrottautua koska se muuttaa sitä oman päivän sisältöä toisenlailla.”

Toteamus kiputilojen vähenemisestä lääkkeiden avulla vahvisti meidän omia ajatuksia pyrkiä samaan päämäärään fysioakustisen menetelmän ja fysioterapian keinoin. Otimme kiputilojen vähentymisen mitattavaksi kvantitatiiviseksi tekijäksi osana toimintatutkimusta. Haastateltavien mukaan Hesperiaassa keskeisimmät hoitomuodot on ryhmämuotoinen musiikkiterapia sekä fysioakustinen menetelmä. Haastateltavat kertoivat suunnitteluvaiheesta, jolloin he ensin miettivät asiakkaitensa kanssa, miten asetettuihin tavoitteisiin päästään ja mitä menetelmää käytetään. Menetelmissä tuli esille bändiryhmät sekä muunlainen erilaisten musiikkiterapiamenetelmien lähestymistapa. Bändiryhmissä heillä oli aluksi

alkulämmittelyjamit, jonka jälkeen soitettiin potilaiden valitsemia kappaleita. Terapeutit olivat hyvin tietoisia siitä, miten asiakkaat olivat toimineet muualla esim. Järvenpään sosiaalisairaalassa.

”Me haluttiin lähteä tekemään se aivan eri tavalla. Sillä tavalla että se on musiikkiterapiatilanne eikä silleen että kaverit kerääntyvät yhteen ja vähän soitellaan. Lähdetään tekemään yhdessä, jos meillä on sovittu että se on soittamista niin mietitään, että mikä se soittaminen meillä nyt oikein on.”

Tarkki selvittää, että bändiryhmissä käytetään struktuurisia harjoituksia ja monet potilaista ovat jo varsin kokeneita soittajia. Potilaat valitsevat soittimet ja rumpujen soittaminen tuntuu olevan niin suosittua, että kongia käytetään soitinkierrossa usein. Oman aikaisemman kokemukseni pohjalta monet huumeita käyttävistä nuorista hallitsee jonkin soittimen perusteet, joten bändiryhmä työskentely on luonteva ja nuoria motivoiva lähestymistapa. Hesperiaassa on kaksi ryhmää, joista toinen on bändisoittoa ja toinen on normaaliryhmä. Normaaliryhmän sisältönä on musiikin kuuntelu, mielikuvatyöskentely sekä rentoutusharjoitukset, jossa pääasiana ovat kuitenkin keskustelut. Hesperian sairaalan terapeutin viitekehys perustuu kognitiivisiin terapioihin. Siinä tavoitteena on asioiden tarkastelu ryhmässä ja tiedon lisääminen.

Haastateltavien mielestä on erittäin tärkeää että ryhmissä on kaksi vetäjää. Varsinkin ryhmäilmiöiden havaitseminen ja seuraaminen on silloin tarkempaa ja monipuolisempaa. Aavaluoma suosittelee ryhmien videoimista, jotta voidaan jälkikäteen tehdä muistiinpanoja ja havainnoida ryhmän sisällä olevia oleellisia ilmiöitä. Varsinkin erilaisten vuorovaikutussuhteiden merkitys on oleellista ryhmän toimivuuden kannalta.

”Vuorovaikutussuhteet ryhmässä on hyväksikäyttösuhteita suurimmaksi osakseen. On pokia jotka myy ja hoitaa raha-asioita”.

”Narkomanian sisällä on tällainen hyvin jännä peli ja pitäisi tietää semmoista mitä ei voi tietää. Ne myyntisuhteet ja ei voi tietää kuka on myynyt ja kuka on käyttänyt milloinkin kutakin hyväksi jotka on hirveen vahvoja ja pelaa sellaista omaa kulttuuria.”

Tarkki painottaa avoimuutta ja tarpeellisten tietojen kysymistä, jotta ryhmän sisäiset aikaisemmat myyntisuhteet ja ystävyysuhteet tulisivat ajoissa ilmi. Haastateltavat nostavat myös erilaisia ryhmäilmiöitä, jotka todentuvat vähintään kahden vetäjän toimesta tapahtuvassa työskentelyssä. Eräs keskeinen teema on aggressiivisuus narkomanian sisällä, mutta myös narsismi-ilmiö puhutti.

Narkomanian sisällä on haastateltavien mielestä väkivaltaisia myynti- ja velkasuhteita. Aavaluoman mukaan on kuitenkin tärkeää nostaa esille asiakkaiden ihmisyyttä.

”Kaverit tulee soittaa ovikelloa ja menee sisälle ja ottaa tavarat ulos. Sulla on ihan turha sanoa yhtään mitään. Jos sä teet jotain, niin sua pannaan turpaan ja kamat menee kuitenkin. Kun hoitohenkilöstö kattoo, että se on narkomaani niin kuinka sitä hoidetaan. Siitä huolimatta se ihmisyyttä unohtuu.”

Tarkki kertoi, että Hesperian sairaalan huume kuntoutus lähtee motiivintavaiheesta, jossa asiakkaat pyritään kiinnittämään hoitoon. Menetelmänä he käyttävät fysioakustista menetelmää sekä ryhmiä. Muutaman kuukauden jälkeen, kun potilaat huomaavat hyötyvänsä hoidosta ja alkavat sitoutua toimintaan, musiikkiterapeutit lisäävät vielä yhden hoitokerran viikkoon. Kiinnittymistä pohdittessamme päätimme nostaa siitä johdetun kokonaisuhoitoon liittyvän hoitoon sitoutumisen yhdeksi tutkimuksen fokuksiksi. Puhuessamme toimintamallin kehittämisestä akuuttiosaston huumevieroituspotilaille, haastateltavat nostivat esille potilaan ja ryhmän tarpeet. Tarpeet ja tavoitteet määrittelevät käytettävät menetelmät.

”Jos ideana on se, että kaikki täytyy ottaa, niin pitää lähteä tosi pienestä tekemisestä ja hirveän vahvoista rakenteista. Mutta jos idea on että valikoidaan se porukka ketä tulee musiikkiterapiaan niin silloin voi lähteä tekemään enemmän ja rakenteiden sisällä oleva tila on laajempi. Jos täytyy saada kiinnittymään, niin täytyy olla täydentyvä ryhmä jossa on erilaisia musiikkiterapeuttisia menetelmiä, ja johon tullaan haastattelun kautta.”

Aavaluoma ja Tarkki korostavat alkuhaastattelun ja arvioinnin merkitystä tiedonkeruussa ja asioiden jäsentämisessä. Aavaluoman mukaan kuntoutus ei lähde käyntiin aloitusvaiheessa vaan alkuarvioinnilla haetaan vasta eväitä hyvän kuntoutuksen aloittamiselle. Tästä johtuen teimme alkuhaastattelulomakkeen, jossa tarkastelemme keskeisiä toimintaan ja potilaaseen liittyviä asioita. Aavaluoma korostaa fysioakustisen menetelmän tärkeyttä osana hoitomallia. Lisäksi hän korostaa tapaamisten tiheyttä ja tiivistä seurantaan sekä riittävän ajan antamista tutkimustoiminnalle ja raportoinnille.

”Noin lyhyellä ajalla kontaktin pitäisi olla molemmilla vuorotellen ja että ainakin 4-5 päivänä kontaktissa jompaankumpaan, voisi olla ryhmä sekä kaksi kertaa fysioakustista tuolihoitoa sekä fysioterapiaa.”

”Fa hoitoa kannattaisi ottaa ainakin kaksi kertaa viikossa. Siihen täytyy selvittää mitkä ovat ihmisen elämäntavat. Sun pitäisi miettiä mikä on optimaalinen aika sille ryhmälle. Et onks se aamulla vai onks se iltapäivällä.”

Haastateltavat korostavat toiminnallisten ja strukturoitujen harjoitusten tärkeyttä, sekä tunteiden ääneen puhumista, nimeämistä ja niiden tunnistamista, koska tunteet johdattelevat koko elämää.

Tarkki korostaa, että rentoutuminen on eräs hoitomallin keskeisistä tekijöistä, joka pitäisi huomioida niin yksilöterapiassa kuin ryhmässäkin. Siksi siitä tuli myös tämän tutkimuksen yksi fokuksista kivun lievityksen lisäksi. Rentoutumista ajattelimme fysioterapeutin kanssa tehdä sekä fysioterapiassa että musiikkiterapiassa, jolloin käyttäisimme fysioakustista menetelmää sekä hierontaa. Myös läheisyyden kokeminen fysioakustisen tuolihoiton hoitotilanteessa on tärkeää huomioida, mikä konkretisoituu laittamalla asiakkaan päälle peiton.

”Että on ollut joku myönteinen hetki ja jos siihen liittyy vielä vuorovaikutustilanne niin on ollut myös positiivinen vuorovaikutustilanne.”

Haastateltavien mielestä myös ryhmässä pitää huomioida rentoutuminen, joka voi olla 10 min tai ryhmän loppupuolella kestää pidempääkin. He käyttävät rentoutumiseen rentoutuslevyjä sekä omaa improvisointia.

” Toinen niin ku lukee jotain tai kertoo tarinaa, taikka sitten ihan normaalia rentoutushöpinää ja toinen soittaa musaa siellä takana. Seurataan ihan sitä tarinaa ja tilannetta musiikin kanssakin tavallaa ni ku myötäillään. ”

Musiikkiterapeutit painottavat erilaisten ohjaajien roolia ja merkitystä terapiatilanteessa. Esille tulevat mm. erilaiset transferenssitilanteet ja ilmiöt ryhmän sisällä. Merkittävää on tarkastella ryhmän jälkeen, minkälaisia transferenssi-ilmiöitä ryhmässä tuli esille. Valkealassa olimme molemmat nuoria miehiä, joista toinen edusti vahvasti musikaalisuutta ja tietämystä sen alueen nuorisokulttuurista, ja toinen taas maskuliinisuutta ja urheilullisuutta. Tässä oli mielestäni merkittävä roolien oppimisen ja samaistumisen malli. Haastateltavien mielestä on tärkeää luoda supportiivinen ilmapiiri ja olla terapiasuhteessa tässä ja nyt -tilanteessa. Myös narkomaniaan liittyvää hepatiittia tulisi varoa suojautuen siitä tarvittavilla rokotuksilla. Huumevieroitushoidon saavutuksina musiikkiterapeutit kertovat myös tapauksesta, jossa potilas on hoidon jälkeen suuntautunut työelämään takaisin ja elämään kiinni.

Haastattelun keskeisimpiä asiasisältöjä olivat musiikkiterapeuttisen toiminnan tavoitteiden tarkka määrittely ja terapiatyön suunnittelu, ryhmätilanteissa työparin ja videoinnin merkityksen esiin nostaminen sekä alkuarvioinnin ja rentoutumisen painottaminen terapiaprosessissa. Terapiatyöskentelyssä nämä ovat keskeisiä asiasisältöjä, jolla taataan potilaan kiinnittyminen hoitoon sekä potilaalta saadun informaation oikeellisuus ja täsmällisyys jo terapiasuhteen alkutilanteessa.

4.2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa tutkimuksen tavoitteeksi muotoutui huumepotilaiden hoitomallin kehittäminen moniammatillisessa työryhmässä. Tarvittiin siis selkeät informatiiviset tietopaketit musiikkiterapiasta ja fysioterapiasta. Mielenterveyshoitaja halusi sellaista tietopakettia, joista potilaiden omahoitajat pystyivät nopeasti tarkistamaan miten em. hoitomenetelmät käytännössä toteutetaan ja millaisella viitekehyksellä ne Valkealan sairaalassa toteutetaan.

”Että meillä olis selvä kuva lääkärille lyyä eteen. Että on tämmönen systeemi ja että tämä on pohdittu työryhmässä pitkään tätä asiaa ja että siitä on näyttöä ettei se oo vaa muttu tietoa.”

Hoitomallin tuli sisältää kaavake, jonka pohjalta voitiin arvioida soveltuuko nuori musiikki- ja fysioterapiaan ja voisiko hän siitä terapeuttisesti hyötyä. Hoitomallista tuli löytyä musiikki- ja fysioterapian keskeiset tavoitteet, menetelmät ja arviointikaavake ja haastattelulomake. Lisäksi siinä piti olla kiinteä viikko-ohjelma aikatauluineen. Toimintamallin oli myös tarkoitus auttaa osastonhoitajia suorittamaan esihaastattelua ja kertomaan asiakkaalle mistä huume kuntoutuksessa on kyse.

”Silloin siihen tulee motivaatio henkilökunnallekin täällä kun tiedetään mistä on kysymys. Samoin sitten meidän lääkärit ---Niillä on hirveä kaaos päällä kun tapahtuu koko ajan. Sisään tulee uutta ja lähteä ja pitää kirjata. Niinkun näkee paperin ja ne lukevat, niin heti tietää mistä on kysymys.”

Tavoitteena olevan hoitomallin kehittyminen vaati sen sisällön tarkempaa miettimistä. Sisällön hahmottaminen edellytti siis haastatteluita, jolloin ilmiö tarkentuisi ja selventyisi. Selvitin itse Hesperian sairaalan toimintamallia ja fysioterapeutti haastatteli Vakka-Suomen sairaalassa työskenteleviä kollegoitaan, joilla oli kokemusta levottomien potilaiden fysioterapiasta.

”Manuaalisella terapian kosketuksella ja hieronnalla saadaan hirveen paljon aikaiseksi just tällaisille motorisesti levottomille, jolla on vaikeuksia pysyä paikallaan. Tiukka rajattu tila ja toinen ottaa tiukasti kiinni ja tekee jonkun esim. selkähieronnan tai hartiahieronnan, niin että se on tiukasti rajattu. Silloin jännittyneisyys ja hermostuneisuus saadaan katoamaan. Kivun lievittämisessä pintalämpöhoidot, syväämpöhoidot ja hieronnat on ollut kaikkein parhaimpia. Varmaan vähän samanlainen vaikutus kun fysioakustisella tuolilla, mutta eri menetelmin.”

Alustavien haastatteluiden jälkeen toimintamallin sisällön tavoitteiksi nousi niin minun, kuin fysioterapeutinkin, mielestä rentoutuksen korostuminen ja kiputiloihin vaikuttaminen.

”Selkeästi tulee pääasiaksi rentoutus ja kivunlievitys. Kipu on niin subjektiivinen kokemus. Onko kipu hermostuneisuutta, sitä kautta levottomuutta. Tuntuu erilaisia kipuina eri ihmisillä. Jos siihen pystyy vaikuttamaan niin, että se ihminen pystyy rentoutumaan, niin automaattisesti se kipukin häviää.”

Henry Kolmonen (2000, henkilökohtainen tiedonanto) toteaaakin suunnitelmassaan, että huumepotilaan yksilöfysioterapian tavoitteena on kipujen ja vieroitusoireiden lievittyminen sekä jännittyneisyyden väheneminen. Lisäksi tavoitellaan rentoutumista, etsitään ja pyritään löytämään positiivisia kokemuksia ja tarkastellaan ruumiinkuvan eheytymistä. Toimintamallin kehittämisen kannalta oleelliset kysymykset ja ongelmat hahmottuivat lopulliseen muotoonsa vasta sen sisällön hahmottumisen ja siihen liittyvän prosessoinnin jälkeen.

4.3 Tutkimusongelmat

1. Voiko levottomille ja keskittymiskyvyttömille huumepsykoosipotilaille kehittää musiikkiterapian ja fysioterapian keinoin sellaisen hoitomallin, joka auttaa heitä sitoutumaan paremmin hoitoonsa ja kuntoutukseensa.
 1. 1 Voiko hoidon aikana vähentää huumevieroituspotilaiden vieroitusoireita ja kiputiloja?
 1. 2 Onnistutaanko hoitomallin avulla lisäämään ja helpottamaan heidän rentoutumistaan?
 1. 3 Pystytäänkö minimoimaan tarvittavien kipulääkkeiden määrä vieroitushoidon aikana?

4.4 Moniammatillinen tiimityöskentely

Moniammatillinen tiimityöskentely oli mielestäni perusteltua koska sillä tavoin sain linkin osaston ja tutkimuksen teon välille. Tällöin kaikilla osapuolilla oli omat tehtävät yhteisen päämäärän ja tavoitteen saavuttamiseksi. Musiikkiterapian ja fysioterapian yhdistäminen samaan hoitomalliin oli mielenkiintoinen ja uusi lähestymistapa. Tutkimusprosessin alusta asti tutkimustiimimme toimi motivoituneesti ja tehokkaasti.

Tutkimustiimin tehtävänä oli siis kartoittaa ja kuvata osastolla vallitsevaa ongelmaa, sekä etsiä erilaisia ratkaisumalleja osaston tilanteeseen, niin käytännön sovelluksista kuin kirjallisuuden pohjalta. Moniammatilliseen tutkimustiimin jäseniksi ryhtyivät tutkimuksesta vastaava mielenterveyshoitaja Juha Hjerpe, fysioterapeutti Henry Kolmonen ja musiikkiterapeutti Esa Ryyänen. Toimintamallin menetelmiksi osastonhoitaja ja mielenterveyshoitaja halusivat erityisesti musiikkiterapian ja fysioterapian, koska heidän mielestä niillä menetelmillä voidaan parhaiten ja luontevimmin kohdata ja auttaa juuri heidän akuuttiosastonsa huumevieroituspotilaita. Tästä syystä myös tiimin jäsenet valikoituivat toiminnan sisällön tekijöistä. Mielenterveyshoitajan rooli oli tiedottaa ja informoida osaston henkilökuntaa sekä selvittää tutkimuksessa olevan yksilöpotilaan taustoja ja päihteidenkäytön historiaa. Hän keräsi tutkimuksessa olleen potilaan tiedot yhteen ja pyysi minut ja fysioterapeutin mukaan alkuhaastatteluun hoidon ensimmäisenä päivänä. Mielenterveyshoitaja pyysi meitä ensi töikseen laatimaan selkeät musiikki- ja fysioterapian infolehtiset lääkärin ja osastohenkilökunnan käytettäväksi. Lisäksi hän pyysi kehittämään tulohaastattelu- ja arviointikaavakkeet osaston hoitosuunnitelma tilanteisiin. Fysioterapeutin kanssa teimme lisäksi yksinkertaisen VAS-janamittarin kuvaamaan potilaan kiputuntemuksia ja rentoutuneisuuden tilaa. VAS-skaala on kymmenen senttimetrin pituinen jana, johon potilas merkitsee tuntemuksensa ennen ja jälkeen terapiaistunnon. Tutkimuksessa oli siis mukana myös mitattavia kvantitatiivisia elementtejä, jolloin em. mittarilla haettiin mitattavia rentoutuneisuuden ja kivunkokemisen muutoksia ennen ja jälkeen terapiaistuntoja.

Minun roolini musiikkiterapeuttina ja tutkijana oli hahmottaa toimintatutkimuksen eri vaiheet ja soveltaa niitä osaston tarpeita vastaaviksi. Tärkeää oli selvittää, miten musiikkiterapian keinoin vastaavanlaista lähestymistapaa on ratkaistu muualla Suomessa. Tutkimusprojektin kannalta välttämätöntä oli tehdä kirjallisuuskatsaus. Miten huumeita käyttävien nuorten potilaiden huumeriippuvuus- ja vieroitusoireita on kuvattu kirjallisuudessa. Oman kirjallisuuskatsauksen ja teoreettisen lähestymistavan olen esittänyt kappaleissa kaksi, kolme ja viisi.

Omat aikaisemmat kokemukseni huumeita käyttävien nuorien kohtaamisesta ajoittuivat psykiatrian sairaanhoitajaksi ja musiikkiterapeutiksi valmistumisen jälkeisiin ajanjaksoihin. Työskentelin vuosien 1991–1995 välisenä aikana Vaasan keskussairaalan psykiatrian

yksikössä sekä vuosien 1996 ja 1999 välisenä ajanjaksona yksityisenä musiikkiterapeuttina ja ammatinharjoittajana Musiikkiterapia Oy:ssä. Toteutin silloin musiikkiterapiaa lähinnä bändityöskentelyn, kliinisen improvisoinnin ja fysioakustisen menetelmän keinoin. Aikaisempien kokemuksieni pohjalta ajattelin, että fysioakustinen menetelmä voisi olla hyvinkin soveltuva menetelmä kiputilojen hoidossa ja rentoutumisen lisääjänä. Lisäksi soittaminen ja musiikillinen ilmaisu olivat näille huumeita käyttäville nuorille hyvin käyttökelpoinen lähestymistapa.

Merkityksellisen musiikin soittaminen ja improvisointi ryhmässä antoivat heille sopivaa ilmaisullista liikkumavaraa tunteidensa ilmaisussa. Työskentelimme silloin kollegiaalisina työpareina toisen musiikkiterapeuttiopiskelijan kanssa. Koin tämän ”tiimityöskentely”-idean varsin turvallisena ja tavoitteellisena lähestymistapana potilaiden kannalta. Käytössämme oli lisäksi fysioakustiseen menetelmään kuuluva fysioakustinen tuoli vuodesta 1995 lähtien. Fysioakustista menetelmää toteutin yksilöterapia-ajoilla. Koin hyvin tärkeäksi, että musiikkiterapiassa kuunneltu musiikki oli potilaiden valitsemaa ja heidän tarpeisiinsa perustuvaa. Tämä aikaisempi työskentelykokemus mielessäni hahmottelin tarvetta, johon Valkealan sairaalan toimintamallin suunnittelu ja kehittäminen perustuisi.

Fysioterapeutti oli työskennellyt huumeita käyttävien nuorten kanssa lähinnä erilaisten rentoutusmenetelmien pohjalta.

”Oon tehnyt erityyppisiä rentoutusjuttuja, liikkeen kautta tapahtuvaa, passiivista rentoutumista ja mielikuvarentoutumista tai jotain välinarentoutumista”.

Fysioterapeutti lähti selvittämään kirjallisuuden perusteella, sekä haastatteleamalla kollegoitansa, miten tutkimusongelmaa on lähestytty fysioterapian menetelmin. Selvityksen perustella hän laati fysioterapian suunnitelman. Hän oli lukenut korva-akupunktion myönteisistä vaikutuksista kiputiloihin ja olikin hakeutumassa edellä mainittuun koulutukseen jo keväällä 2000 mutta pääsi sinne omaksi harmikseen vasta vuoden päästä eli keväällä 2001.

5 TOIMINTATUTKIMUS

Valitsin tutkimukseni teoreettiseksi viitekehyykseksi toimintatutkimuksen, koska se sopii hyvin mallin kehittämiseen.

5.1 Toimintatutkimuksen määrittelyä

Toimintatutkimusta on sovellettu eri aloilla, kuten sosiaalityössä, sairaaloissa, yritys-elämässä ja muissa organisaatioissa. Toimintatutkimus antaa monissa eri ammateissa toimiville työntekijöille uusia mahdollisuuksia oppia ja saada yhdessä aikaan muutosta. Toimintatutkimusta tehdessään ammattilaiset saavat käyttöönsä uusia ajatuksia ja käsitteitä sekä taitoja muutoksen kohtaamiseen. Prosessin aikana he voivat tiedostaa ja muotoilla uudelleen omia käytännön kokemukseen pohjautuvia teorioitaan. (Syrjälä 1994, 25-26.)

Toimintatutkimuksen avulla sekä tutkijat että toimijat pyrkivät parantamaan sosiaalisia tai kasvatuksellisia käytäntöjään sekä ymmärtämään niitä ja toimintaolosuhteitaan entistä syvemmin. Toimintatutkimus etenee jatkuvana pohdinnan, keskustelujen ja neuvotteluihin perustuvana vaiheittaisena prosessina. Prosessissa edetään suunnitelman teosta toimintaan, jota havainnoidaan ja muutetaan saatujen kokemusten perusteella. (Syrjälä 1994, 30.)

Toimintatutkimus on Heikkisen, Huttusen ja Moilasan (1999, 32-34) mukaan yhteisöllinen ja itsereflektiivinen tutkimustapa, jonka avulla sosiaalisen yhteisön jäsenet pyrkivät kehittämään yhteisönsä käytäntöjä järkipäisemmäksi ja oikeudenmukaisemmaksi. Samalla on pyrkimys ymmärtää entistä paremmin näitä toimintatapoja sekä niitä tilanteita, joissa toimitaan. Tiivistäen määritelmiä toimintatutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille uutta tietoa toiminnasta ja samalla kehittää sitä.

5.1.1 Toimintatutkimuksen yhteisöllinen luonne

Toimintatutkimus määritellään myös yhteisön jäsenten yhteisenä osallistumisena toimintatutkimukseen. Toimintatutkimus alkaa pienestä, usein yhden henkilön aloitteesta mutta jatkuu ja laajenee usein isomman ihmisjoukon yhteiseksi hankkeeksi. Toimintatutkija

edustaa muutosta, joka saa muitakin mukaan kehittämistyöhön. Toimintatutkimuksen avulla punoutuu työtään kehittävien yksilöiden verkosto, joka toimii ajatusten ja kokemusten vaihdon foorumina. (Heikkinen ym. 1999, 49-50.)

Työtä kehittävässä yhteisössä pyritään hyödyntämään erilaisia kehittämiskokemuksia sekä eri aineistonkeruunvaiheista saatavaa palautetta meneillään olevan toiminnan muuttamiseksi ja uudentyypisten toimintakäytäntöjen toteuttamiseksi. Toimintatutkimukseen liittyy myös tutkimuksen eri elementtien kuten tutkimustehtävän, teorianmuodostuksen, aineistonkeruun ja aineiston analyysin vähitellen tapahtuvaa ja joustavaa muotoutumista tutkimuksen edetessä. (Heikkinen ym. 1999, 63-64.)

Toimintatutkimuksen lähestymistapa edellyttää yhteisöltä valmiutta muutoksiin ja itsensä kehittämiseen. Samalla se edellyttää panostusta oman toiminnan arvioivaan tarkasteluun. Kyse on itsearvioinnista ja toiminnan ymmärtämisestä eräänlaisena oppimistapahtumana. Yhteisöllisyyden korostumisen myötä tutkijoiden ja työyhteisön edustajien voidaan katsoa osallistuvan siten yhdessä tietyn projektin kehittämiseen. Täten kehittämistiimin jäsenet ottavat joko suoraan tai epäsuorasti osaa myös tutkimuksen toteuttamiseen. (Heikkinen ym. 1999, 64-65.)

Toimintatutkimuksessa korostetaan kohderyhmän omia tavoitteita tutkimustoiminnan suuntaamisessa. Tutkijan tulee suhteuttaa näihin tavoitteisiin toimintaansa. Silloin kun tutkija ja kehittämishankkeen muut osalliset ovat tiiviissä yhteistyössä, on kehittämistyötä tekevä yhteisö osaltaan keskeinen kehittämistyön ja toimintatutkimuksen tavoitteiden määrittäjä. Kyse on tällöin yhteisöllisestä suunnanmäärityksestä ja toimintasykliä perusluonteen hahmotuksesta. Tutkijan tehtävä on auttaa osallisena olevia kuvailemaan ja selkeyttämään työkäytäntöihin liittyviä taustalla olevia ongelmia, sekä kartoittamaan vallitsevia olosuhteita ja niitä lähtökohtia, joita yhteisöllä on kehittämishankkeessaan. Toimintatutkimus saa alkunsa tietyistä käytännön ongelmista, jolloin toimintatutkimus on tilanne- ja ympäristökeskeistä, monen ihmisen yhteistä ongelmanratkaisua. (Heikkinen ym. 1999, 33; 69-70.)

Toimintatutkimuksessa osallistujilla on mahdollisuus olla mukana koko tutkimusprosessissa, suunnittelusta tiedon hyödyntämiseen saakka. Tutkimuksella pyritään saamaan aikaiseksi

suoria positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia osallistuvien organisaatioiden, ryhmien ja yksilöiden toimintaan. Tutkimusaineistoa kerätään ja analysoidaan yhdessä sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin välinein. (Ketola 1997, 13-14.)

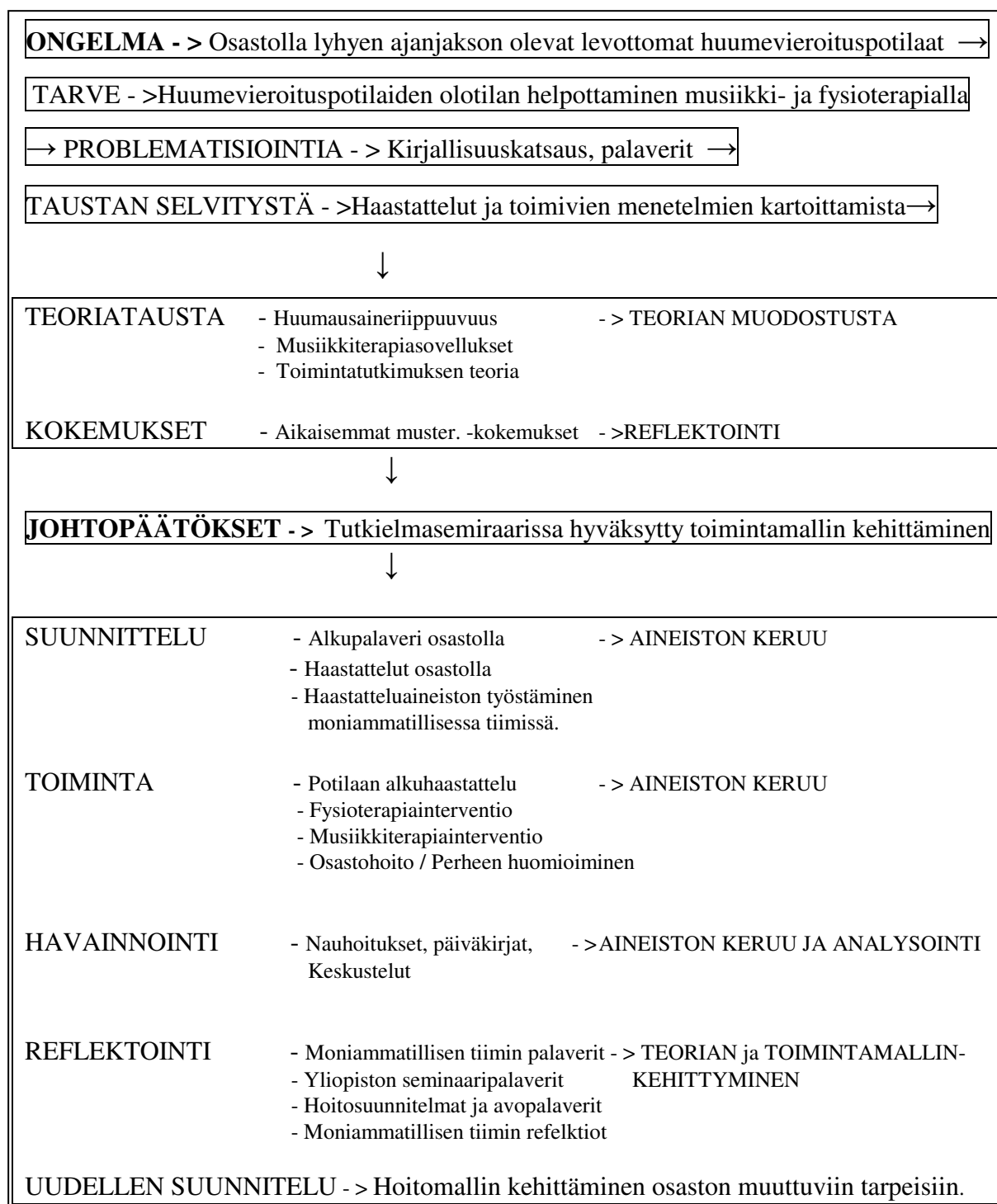
Toimintatutkimuksen lähtökohtana on ajatus, että oman työn ymmärtäminen ja kehittäminen voi käynnistyä vain alkamalla reflektoida ja pohdiskella omia käytännön kokemuksia. Toimintatutkimukseen sisältyy ajatus siitä, että ammatillinen peruskoulutus voi antaa ainoastaan edellytykset sitoutua jatkuvaan ammatilliseen kasvuun. (Syrjälä 1994, 35-36).

Toimintatutkimus on myös lähestymistapa ja tutkimusstrategia, jossa tutkijat osallistuvat kiinteästi tutkittavana olevan kohdeyleisön elämään sekä pyrkivät yhdessä kohdeyleisön jäsenten kanssa ratkaisemaan jotkin ratkaistaviksi aiotut ongelmat ja saavuttamaan yhdessä kohdeyleisön jäsenten kanssa asetetut tavoitteet ja päämäärät. Tavoitteena on tutkia näiden ongelmien ilmenemistä, synty- ja kehitysehtoja sekä niiden ratkaisuun johtavia teitä, toimimalla saadun tiedon ja kehitettyjen ratkaisuvaihtoehtojen pohjalta. (Ketola 1997, 11.)

Toimintatutkimukselle tunnusomaista on sen pyrkimys tehdä tutkimusta mahdollisimman lähellä käytäntöä. Tutkittavan yhteisön ulkopuolelta tuleva toimintatutkija pyrkii osallistumaan toimintaan, eikä jää ulkopuolisen tarkkailijan rooliin. Toimintatutkijan rooliin kuuluu toiminnan aktivoiminen ja pyrkimys kehittää sitä omalla panoksellaan. Toimintatutkijan työajasta kuluu huomattava osa aikaa erilaisiin keskusteluihin ja kokouksiin, jossa toimintaa suunnitellaan ja arvioidaan. (Heikkinen ym. 1999, 40.)

5. 1. 2 Toimintatutkimuksen reflektiivinen ajattelutapa

Toimintatutkimuksen keskeinen piirre on pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja sen kautta toiminnan parantamiseen. Tavoitteena on ymmärtää omaa ajattelu- ja toimintatapaa. Toimintatutkimus hahmotetaan usein itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Kun edellä kuvattuja syklejä asetetaan peräkkäin, syntyy etenevä spiraali, joka kuvaa kuinka toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleensuunnittelun sykleinä.



KUVIO 1. Hoitomallin kehittyminen toimintatutkimusprosessin mukaisesti

Kuvio 1 on kehitetty tutkimuksen ohjaustilanteen jälkeen (6.3.2004). Pyrin siinä tiivistämään luvussa 6. yksityiskohtaisesti esittämäni hoitomallin kehittämisprosessin suhteessa toimintatutkimuksen teoriaan ja aineistoanalyysiin

Toimintatutkimuksen reflektiivisessä perusotteessa korostuu tutkimuksen eri elementtien, kuten tutkimustehtävän, teorianmuodostuksen, aineistonkeruun ja aineistoanalyysin, prosessinomainen kehittyminen tutkimuksen edetessä. Toimintatutkimus on tietyn hankkeen joustava ja vaiheittainen kehittämisprojekti, jossa jatkuvasti pyritään hyödyntämään kokemuksia ja eri aineiston keruuvaiheessa saatavaa palautetta meneillään olevan prosessin kehittämiseksi. (Heikkinen ym. 1999. 36-37, 68.)

5. 2 Toimintatutkimusprosessi

Toimintatutkimusprosessi johtaa uusien ongelmien havaitsemiseen ja tätä kautta uuden toimintatutkimussyklin toteuttamiseen. Tutkimusotteelle on ominaista etsivä ja tutkimusongelmaa täsmentävä luonne, jossa uusien toiminnan toteutussykliden myötä tarkastelu voi kohdentua uusiin mielenkiinnon kohteisiin. Tutkimus tehtävän muuntuessa myös toiminnan kehittämisen kohteena oleva toiminta saa uudentyyppistä sisältöä. (Heikkinen ym. 1999, 69-70.)

Toimintatutkimusprosessiin osallistuneet toimijat ja tutkijat huomaavat kohtaavansa tutkimuksen lopetusajankohtana uusia kysymyksiä. Kysymysten aiheet ovat muuttuneet ja toimintatutkimuksen idea on tullut osaksi jokapäiväistä osaston toimintastrategiaa, mikä on toimintatutkimusprosessin eräs ideaali tavoite. Tällöin kehittäminen ei ole ulkopuolelta ohjautuvaa tai ulkopuolisten johtamaa, vaan toimijat itse muodostavat kerta toisen jälkeen kehittyviä ongelmanasetteluketjuja, joihin he itse yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa etsivät vastauksia tutkimuksellisessa kehittämisprosessissa. Tällöin tutkijan rooli voi olla tiedon kerääjä, analysoija sekä tutkimuksellisten välineiden välittäjän rooli. Tutkija voi tuoda myös kehittämisprosessiin ulkopuolista teoretietoa kehittämistyöskentelyn aineistoksi siinä määrin, kun toimijat itse kulloinkin katsovat tarpeelliseksi. (Ketola 1997, 17-18.)

5. 2. 1 Toimintatutkimusprojektin eri vaiheet

Toimintatutkimusprojektit tuottavat pääosin paikallistason teorioita, joiden yleistettävyys rajoittuu kyseiseen organisaatioon tai toiminnan kohteeseen. Prosessit ovat voimakkaasti sidoksissa tilanteisiin, toimijoihin ja aikaan. Tutkimus etenee yhtäaikaaisesti käytännön

toiminnan muutoksen kanssa. Samanaikaisesti kun osallistujat parhaimmillaan luovat uutta tietoisuutta toimintaansa, he osallistuvat tutkimukseen, joka luo uudet määrittelyt tulokselle, toiminnalle ja toiminnan rakenteille. (Ketola 1997, 15-17.)

Toimintatutkimuksessa toimintaan pyritään vaikuttamaan tutkimuksen avulla, jolloin puhutaan interventioista eli muutokseen tähtäävästä väliintulosta. Interventiossa muutetaan aikaisempaa toimintaa toisenlaiseksi ja tarkastellaan muuttunutta toimintaa. Tehdessään interventiota tutkimuskohteeseen tutkija tulee mukaan toimintaan, tekee aloitteita ja osallistuu keskusteluun aktiivisena toimijana. Toimintatutkija on subjekti, joka tulkitsee sosiaalista tilannetta omasta näkökulmastaan käsin. Toimintatutkimus on useissa yhteyksissä määritelty arvosidonnaiseksi ja subjektiiviseksi lähestymistavaksi. Toimintatutkimus tarkastelee todellisuutta ihmisten kontekstista käsin ja huomioi sosiaalisen todellisuuden rakentumisen historiallisena prosessina, jossa tutkijan näkökulma on huomioon otettava tekijä. (Heikkinen ym. 1999, 44-47.)

Toimintatutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa, tarkkailussa ja reflektoinnissa tutkija voi käyttää apuna päiväkirjaa, jossa on erilaisia havaintoja ja huomioita sekä videointia. Toimintatutkimuksen menetelmät ovat samoja, kuin muissakin laadullisissa lähestymistavoissa. Apuna voidaan käyttää mm. ulkopuolista havainnoijaa, jolloin havainnoissa voidaan juoksevan numeroinnin avulla kuvata ajallisesti lyhyitä tilanteita. Tällöin kuvataan ja kerrotaan mahdollisimman tarkasti mm. mitä tapahtui ja keitä oli paikalla. Tutkijat voivat haastatella osallistujiaan sekä voidaan pyytää ulkopuolista henkilöä haastattelijaksi ja haastatteluaineiston käsittelijäksi. (Syrjälä 1994, 40-44.)

Henk Smeijsters kuvailee kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa ”Becoming friends with your mother”. Siinä esille tulevat toimintatutkimuksessakin käytetyt menetelmät kuten member checking ja analyttiset memot eli lyhyet kuvaelmat tutkijan mielestä keskeisimmistä teemoista, joita raporteista nousee. Lisäksi Smeijsters kuvailee mm. kategorisointia, vertaisarviointia (Peer debriefing) ja triangulaatiota. Tutkimustiimissä olivat musiikkiterapeutti, tutkija ja havainnoija, jotka kaikki omalta osaltaan tekivät havaintoja ja raportteja. Tutkijan tehtävä oli koota raportit ja etsiä keskeisiä teemoja ja esittää omat

havaintonsa myös tutkimuksen kohteena olleen tytön äidille. Tämän tyyppisessä tutkimuksessa on myös ilmiöitä fenomenologiasta ja hermeneutiikasta.

(Smeijsters 1996, 61-83.)

Tutkimusaineiston koonnissa olennaisena periaatteena on triangulaatio, jossa vertaillaan erilaista ja eritavoin tilanteesta koottua informaatiota. Toimintatutkimuksessa voidaan koota tietoa jostain tilanteesta opettajalta itseltään, oppilailta sekä ulkopuoliselta havainnoitsijalta. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää työparia, joka voi toimia konsulttina ja kriittisenä ystävänä pyrkien antamaan oman ammattialansa tietämyksen tutkijan käyttöön. Toimintatutkimuksen yksi sykli voi kestää koulumaailmassa lukuvuoden, jonka aikana opettaja suorittaa toiminnan arviointia ja toiminnan muutosta kunkin viikon ja toimintajakson jälkeen. Tutkija joutuu koko ajan aineistoa kootessaan tekemään tulkintaa ja päätelmiä siitä missä määrin edettiin kokeillun tavoitteiden suuntaisesti ja miten toimintaa pitäisi muuttaa. (Syrjälä 1994, 44-45.)

Toimintatutkimuksessa aineiston käsittely alkaa Heikkisen ym. (1999, 76-77) mukaan jo kenttävaiheen kuluessa. Aineiston analyysi on luonteeltaan suuntaa-antavaa, jolloin tarkoituksena on täsmentää tutkimustehtävää sekä löytää linjaa myöhemmin tapahtuvaa aineistonkeruuta varten sekä kohdistaa tutkimusta tarkoituksenmukaiseksi arvioituun suuntaan. Tämänkaltainen analysointi palvelee toimintatutkimuksen tavoitteena olevaa kehittämishankkeen toteuttamista. Tutkimusaineiston analyysissa haastattelut ja videoaineisto litteroidaan eli kirjoitetaan Syrjälän (1994, 45-47) mukaan sanatarkasti tekstiksi. Aineiston luokittelurunko muotoutuu vaihe vaiheelta, jolloin tutkittavien tekstejä luetaan useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Aineiston järjestelyvaihe sisältää myös tulkintaa, jonka pohjalta luokittelukategoriat muodostetaan.

Aineistosta nostetaan esille tutkimusongelmia valaisevia teemoja, jolloin temaattinen kokonaisrakenne eli juoni kannattelee Heikkisen ym. (71-77) mukaan koko aineistoa. Aineistosta eritellään pääluokat ja niille alaluokat, jotka otsikoidaan. Aineiston analyysi ja tutkimusongelmien selkiytyminen tapahtuvat samanaikaisesti. Raportoinnissa tulisi pyrkiä tarkasteltavien teemojen kokonaisvaltaiseen käsittelyyn. Aineistoanalysoinnin yhtenä tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa käytäntöä ja auttavat

pelkistämään sekä jäsentämään kehittymässä olevaa teoriaa. Tulosten analysointi voidaan rakentaa ydinkategorioiden varaan. Tutkijan tehtävä onkin löytää keskeisimmät käsitteet, joiden valossa runsasta aineistokokonaisuutta voidaan tarkastella. (Heikkinen ym. 1999, 71-77.)

Tutkijaa voi luonnehtia tutkijaksi, yhteistyökumppaniksi ja konsultiksi, joka toimii tutkittavan yhteisön lisäresurssina ja apuna toimintakäytäntöjen kehittämisessä. Tutkija tukee toimintatutkimusyhteisöjen reflektiivisyyttä, niin että tutkimuksessa osallisena olevat voivat itse ottaa päävastuun toimintansa kehittämisestä, yhteisöllisestä itsereflektiosta sekä toimintansa puitteiden uudelleen määrittelystä. Toimintatutkimuksessa tutkijan lisäksi myös muut osalliset ovat vaikuttamassa keskeisesti toimintatutkimuksesta nousevan aineiston luonteeseen. (Heikkinen ym. 1999, 74-76.)

Toimintatutkimuksen raportoinnin suunnittelussa toimintatutkimuksen yhteisöllinen luonne voi aiheuttaa ongelmia aineiston tulkinnassa. Ongelmat liittyvät siihen, miten voidaan varmentaa yhteisöllisyyden luonne tutkijan tulkitsessa kehittämishanketta ja toimintatutkimuksen tuloksia. Yhtenä ratkaisuna tähän on taata myös muiden osallisena olevien tulkinnoille ja mielipiteille mahdollisuus tulla mukaan raporttiin. Toimintatutkimuksessa tutkija pyrkii antamaan muille osallisille mahdollisuuden tulkita niitä ongelmia ja olosuhteita, joita liittyy tutkimukseen. Kehittämishankkeen eri osapuolet voivat säännöllisen vuorovaikutuksen ja keskinäisen dialogin kautta pyrkiä syventämään tapahtumien yhteisöllistä tulkintaa ja tätä kautta antamaan tutkimukselle omaa tulkintaperustaa koko tutkimusprosessin ajan. (Heikkinen ym. 1999, 78.)

Toimintatutkimuksen yhteisöllisyyden näkökulmasta raportointiin liittyy jännittyneisyyttä. Tutkijan velvollisuus ja oikeus on tehdä omat tulkintansa tutkimuskohteesta sekä hänellä on omat velvoitteensa yhteisöä kohtaan. Toimintatutkimuksen raportti tulisi olla yhteisönsä näköistä ja tavoittaa jotain keskeisiä ja olennaisia toimintatutkimuksellisen hankkeen keskeisistä sanomista. Raportti tulisi olla sellaisessa muodossa, jonka myös muut osalliset voisivat kokea kehittämishankkeen keskeisiä näkökohtia kuvaaviksi. Toimintatutkija on tilivelvollinen sekä tiedeyhteisön toimintaa sääteleville normeille että tutkimuksesta käytännöllisiä tuloksia odottaville tutkimukseen osallistuneille. Haasteena on tutkittavan

yhteisön mukaanotto tavalla tai toisella myös raportointiin. Eräänä mahdollisuutena on, että kehittämishankkeen käytännön toteuttajat vastaisivat itse yhteisöllisesti raportoinnista ja raportoinnin sisältämistä tulkinnoista. Käytännössä kuitenkin raportoinnista huolehtii useimmiten yksittäinen tutkija, joka on ollut mukana kehittämistyössä joko aktiivisena osallisena tai jossain hieman etäisemmässä roolissa kuten prosessikonsultin asemassa. Tutkija on väistämättä aineistoa raportoidessaan myös tulkintojen tekijä. (Heikkinen ym. 1999, 79-80.)

Toimintatutkimuksessa tutkija pyrkii antamaan muille osallisille mahdollisuuden tulkita niitä ongelmia ja olosuhteita, joita liittyy tutkimukseen. Kehittämishankkeen eri osapuolet voivat säännöllisen vuorovaikutuksen ja keskinäisen dialogin kautta pyrkiä syventämään tapahtumien yhteisöllistä tulkintaa ja tätä kautta antamaan tutkimukselle omaa tulkintaperustaa koko tutkimusprosessin ajan. (Heikkinen ym. 1999, 78.)

Toimintatutkimusta on sovellettu enimmäkseen kasvatustieteellisessä tutkimuksessa, sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa. Erityyppiset yhteisöjen kehittämisprojektit ovat viime aikojen merkittävimpiä sovellusalueita. Toimintatutkimusta on alettu soveltamaan hoitotieteeseen, lääketieteeseen, terveystieteeseen ja ympäristötieteeseen. Erityisesti kasvatustiede soveltaa toimintatutkimusta sen kasvatuksellisen prosessi ajattelun myötä. Suomessa on toimintatutkimuksesta tehty useita väitöskirjoja eri tieteenaloilla. Lääketieteessä toimintatutkimusta on sovellettu koulutuksen kehittämisessä. Toimintatutkimusta on sovellettu myös hoitotieteessä ja terveystieteenalalla. (Heikkinen ym. 1999, 29-31.)

6 HOITOMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI

Tutkimus alkoi siis käytännön ongelmasta, johon haluttiin selkeä muutos. Muutos- ja kehittämisprosessia lähestyttiin moniammatillisen tiimityöskentelyn periaatteella toimintatutkimuksen viitekehystä mukaillen. Toimintatutkimuksen teoreettisen viitekehysten mukaisesti tutkimusongelman taustan selvityksen jälkeen alkaa hoitomallin kehittämisprosessin suunnitteluvaihe. Suunnitteluvaiheessa kuvaan alustavan hoitomallin reflektointia ja kehittämistä osaston tiimipalavereissa.

6.1 Hoitomallin suunnitteluvaihe

Hoitomallin suunnitteluvaihe sisälsi kuvion 1. mukaisesti osastolla pidetyt alkupalaverit, haastattelut ja haastatteluaineiston työstämisen moniammatillisessa tiimissä. Suunnitteluvaiheessa aineiston keruu ja toimintamallin kehittäminen oli aktiivisessa vaiheessa.

6.1.1 Suunnittelupalaverit fysioterapeutin kanssa

Aloimme fysioterapeutin kanssa pohtia Hesperian sairaalan haastelun pohjalta nousseita teemoja. Kävimme läpi haastattelusta tekemääni teemajaottelua ja pohdimme sitä, miten sovellamme malliehdotusta Valkealan sairaalaan. Olin ainakin itse kovin innoissani silloin, mutta huomasin myös turhautuvani, kun huumeasiakkaita ei ollutkaan riittävästi ryhmää varten. Tästä johtuen jouduimme muuttamaan mallin tiiviiksi yksilöterapiaksi. Esitin fysioterapeutille omasta mielestäni keskeisiä teemoja, jotka nousivat haastattelussa.

Mainitsin terapioiden tavoitteellisuuden ja arvioinnin merkityksen. Mielestäni tärkeä asia oli tapaamisten tiheys

”E: Ne painottivat että fysioakustista tuolihoitoa olisi kaksi kertaa viikossa kuten myös fysioterapiaa kaksi kertaa viikossa. Tapaamisia olisi vähintään neljä tai viisi kertaa viikossa näiden ihmisten kanssa.”

Keskeisin ajatus fysioakustisen menetelmän käytöstä on mielestäni se, että rentoutuksen tuoma hyvä olo on konkreettinen ja sen voi saada muustakin kuin huumeista. Osastolla

toivottiin toiminnan alkavan kolmen päivän sisällä potilaan saapumisesta osastolle. Kerroin myös mistä toimintatutkimuksesta on kyse. Nostin esille seurannan ja palaverien sekä arviointien tärkeyden.

Toimintatutkimuksen kannalta päätimme siis palaverin perusteella ehdottaa tiivistä aikataulutusta, jatkuvaa palautesysteemiä sekä päämenetelmänä rentoutusta. Seuraavan viikon tiistaina pidimme palaverin jossa moniammatillinen tiimimme kokoontui. Kävimme läpi suunnittelemaamme luonnosta ennen kuin mielenterveyshoitaja saapui paikalle. Pohdimme milloin olisi hyvä ajankohta aloittaa ja mitä pitää tapahtua ennen kuin voimme aloittaa toiminnan.

”E: Alkupalaverissa kun pot saapuu, meistä jompikumpi voisi olla paikalla. Pitäis tehdä haastattelu, jossa pyydetään sitoutumaan hoitoon allekirjoituksen kera. Siinä kerron käytettävistä terapeuttisista menetelmistä ja toimintatutkimuksesta.”

Puhuimme myös videoinnista ja arviointikaavakkeista sekä niiden tärkeydestä tutkimuksen kannalta. Päätimme ottaa käyttöön 10 senttimetrin VAS-skaalan kiputunteusten kuvailussa. Painotin tiedonkeruun merkitystä. Totesimme myös tiedonmäärän olevan suurta ja sen tähden keskityimme kivuntunteuksiin, hoitoon sitoutumiseen ja rauhoittumiseen. Alkupalaverin pohjalta päädyimme arvioinnin merkityksen korostamiseen. Toimintatutkimuksen ensimmäinen suunnitteluvaihe oli nyt siis toteutettu. Olimme siis omalta kohdaltamme saaneet esitykset valmiiksi ja olimme myös valmiita esittelemään niitä soveltuvaksi osaston tarpeisiin.

6. 1. 2 Hoitomallin esittely osastolle

Jatkoimme suunnittelua moniammatilliseen tutkimustiimiimme kuuluvan mielenterveyshoitajan (OMH) kanssa, joka kommentoi kehittelemäämme toimintamallia. Kerroimme yhteisten pohdintojemme tuloksista mielenterveyshoitajalle.

FT:” Fysioterapian osalta toimimme tilanteen mukaan ja mikä potilasta hyödyttää. E: Musterapiassa keskeisiä toimintoja on soittaminen, rentoutuminen, fa-menetelmä. Sitten olis suunnitteilla vielä ryhmä, jossa päämenetelmänä olisi rentoutuminen ja keskustelut.”

OMH:” Positiivisesti ajatellen toi on tiivis malli. Ilmeisesti siitä on paras hyöty? Ajatellen meidänkin ongelmaporukkaa, koska ne näkee hirveen positiivisena, että heti satsataan ja otetaan ja heiät potilaina huomioidaan.”

Mielenterveyshoitaja painotti levottomuuden yhteyttä keskittymiskykyyn ja kertoi että levottomuus ei saa olla este terapiaan tulolle, vaan juuri siihen pyritään toimintamallilla puuttumaan.

Esittelimme hieman aikataulutusta jo edellä esittelemäni palaverisuunnitelman pohjalta. Mielenterveyshoitaja oli siinä vaiheessa kovasti sitä mieltä, että osastosta on tulossa tulevaisuudessa huumeosasto. Hän lupasi miettiä osastohenkilökunnan kanssa, että voidaanko suunniteltua toimintamallia toteuttaa käytännössä.

FT: ”Palautekeskustelu pidettäisiin viikoittain jossa olis mukana omahoitaja ja lääkäri. OMH: lääkäripuoleen ei voida puuttua. Se on järjestelykysymys, että siihen tulee joko omahoitaja tai korvaava hoitaja, jos omahoitaja on lomalla. Sen delegoinnin kautta se tieto menee eteenpäin.”

OMH:” Sillalailta että me pystytään niinkun realistisia että se kans toimii sitten näitten meiän potilaitten kanssa. Ettei hirveesti tulis sitä että ei saaha pyörii niitä asioita.”

Tässä vaiheessa mielenterveyshoitaja kertoi toiveesta kehittää tulohaastattelulomake. Se kehitettiin soveltaen Hesperian sairaalan kaavakkeita ja osaston tarpeita. Mielenterveyshoitaja lupasi myös motivoida osastonhenkilökuntaa sitoutumaan toimintamallin mukaiseen toimintaan.

OMH: ”Sen takia meiän pitää sit ite olla aktiivisia ja henkilökunnan sitoutua siihen. Että nää on pitkiä prosesseja jossa käytännöt lähtee muovautumaan.”

E: ”Siihen tää toimintatutkimus just perustuu, että tehään tämmösiä uudistuksia ja sitoudutaan koko osaston voimalla. OMH: Kyllä ja mä uskon että meiän osaston henkilökunta on semmonen just joka on valmis sitoutumaan tälläsiin uusiin juttuihin. Meillä tulee koko ajan uusia juttuja, tämmösiä tutkimuksia ja muuta.”

Näytimme suunnittelemaamme luonnosta toimintamallista ja pyysimme, että mielenterveyshoitaja esittelee sen osastolleen. Osastolla oli toimintamallin kehittämisen aikoihin ideasta hyvin innostunut osastonlääkäri, joka valitettavasti lähti toisiin tehtäviin, ennen kuin aloitimme toiminnan potilaan kanssa. Henkilökunnan motiivointi oli mielestäni erittäin tärkeää, jotta toimintatutkimus olisi kaikkien osastolla olevien tiedossa ja yhteinen projekti. Mielenterveyshoitaja koki tärkeäksi, että hoitajat osaavat informoida potilaitaan käytetyistä menetelmistä.

Alustavan suunnitelman mukaisesti olimme valmiita aloittamaan toiminnan kesäkuun alussa. Mielenterveyshoitaja halusi vielä varmistaa, että kaavakkeet ovat toimivia ja soveltuvia haastattelutilanteessa. Kertasimme vielä toimintamallin yksityiskohdat alustavien

suunnitelmiemme pohjalta. Tutkimuksen kohderyhmäksi mielenterveyshoitaja määritteli nuoret huumepotilaat ja päihdenuoret. Osaston henkilökunta pystyy parhaiten osallistumaan toimintaan mielenterveyshoitajan mukaan iltapäivällä vuorojen vaihtumisen yhteydessä. Akuuttiosastolla mieshoitajat ovat kiinni osaston toiminnassa, koska vuoron aikana pitää olla vähintään kaksi mieshoitajaa osastolla. Sovimme, että mielenterveyshoitaja lukee toimintasuunnitelmasta tekemämme paperit ja arvioimme uudelleen kolmen viikon kuluttua suunnitelmia ja osastohenkilökunnan ajatuksia.

Toimintatutkimuksen suunnitelmavaihe oli nyt siis hyvin vauhdissa ja jokaisella oli omat tehtävät selvillä ennen seuraava tapaamista. Osaston tiedottaminen ja motivointi sekä toimintojen kirjalliset kuvaukset nousivat keskeisiksi osatavoitteiksi. Kolmen viikon kuluttua edellisestä suunnitelupalaverista kokoonnuimme samalla porukalla kehittämään toimintamallia ja arvioimaan sitä mitä väliajalla on tapahtunut. Mielenterveyshoitaja oli tiedottanut osastonsa hoitajia ja hoitajat olivat yhdessä keskustelleet mitä toimintamalli heissä herättää. Selvästi huomasin miten motivoitunut alkutilanteessa osastohenkilökunta oli ja miten suureen tarpeeseen yritimme toimintatutkimuksen avulla nyt vastata. Seuraavassa on lainauksia palaverin nauhoitetusta ja litteroidusta tekstistä. Mielenterveyshoitaja kertoi informoineensa henkilökuntaa sähköpostin välityksellä.

Keskeistä oli kertoa hoitajakollegoille, miten toimitaan huumepotilaan tulotilanteessa toimintamallin mukaisesti. Myös lääkäriä oli informoitu kehitteillä olevasta mallista.

OMH: ”Toimintasuunnitelma on selvä ja kaikki on selvää – ei kukaan oo kysynyt että mistä on kysymys.”

Omahoitaja teki alussa suuren työn tiedonvälittäjänä osastoa informoiden. Perustelin sen itselleni sillä, että omahoitaja oli motivoitunut ja pystyi tapaamaan useita hoitajia eri vuoroissa ja omissa palavereissaan otollisena hetkenä. Osaston informointi oli sujuvaa ja motivoitunutta, yhteisöllistä toimintaa. Musiikkiterapiassa oli tutkimuksen tekoaikana koko ajan yksilöpotilaita ja ryhmiä. Olin erittäin tyytyväinen, että moniammatillinen tiimimme teki koko ajan yhteistyötä ja jokaiselle suunnitellut tehtävät toteutettiin hyvässä yhteisymmärryksessä ja aikataulussa. Viimeisessä suunnitelupalaverissa aloimme aavistella, ettei potilaita tulisikaan niin runsain määrin, kuin mitä kuukausi sitten mielenterveyshoitaja meille ennusteli.

Suunnittelu- ja tiedottamisvaiheessa ei nuoria huumepsykoosipotilaita osastolla ollut yhtään. Osastolla oli siinä vaiheessa paljon vanhoja delirium-potilaita.

FT: ”Mites tälläses tapaukses: Että sattuu tulee vaikka esim. yks huumepotilas, niin aloitetaanko heti hänen kohallaan vaikka ei sitä ryhmää saada kokoon.”

OMH: ”Yksilöaika ja nytkun näitä aina silloin tällöin tänne pölähtää niin mejän pitää olla vaan tarkkana että ruvetaan sit vaan toimii että tulisitte palaverii. ”

Saimme varmistuksen siitä, että tiivis toimintamallin aikataulutukseen ei tuo osastolta vastustusta. Kävimme läpi tulohaastattelukaavakkeen (liite 2), arviointikaavakkeen (liite 3) sekä musiikki- ja fysioterapian omat infotiedotteet(liite 4 ja liite 5).

OMH: ”Miun mielestä kaavakkeet ovat erittäin seleviä ja ei kyllä oo mitään epäselevää niissä papereissa, eikä kukaan oo tuonnu esiin mitään semmosta mikä ei toimisi.”

Kerroimme, että omahoitajat täyttävät tulohaastattelukaavakkeen yhdessä potilaan kanssa. Sen jälkeen lääkäri hyväksyy toiminnan aloittamisen ja toiminta voi alkaa. Pidimme Jyväskylän yliopistolla musiikkiterapian minikonferenssin 4-6.9.2000. Kävimme toimintatutkimukseni suunnitteluvaihetta läpi yhdessä opiskelijoiden, musiikkiterapian professori Jaakko Erkkilän, vanhempien kollegoiden sekä vierailevan asiantuntijan kanssa. Tunsin melkoista painetta puhua englanniksi, mutta koin siitä jotenkin kunnialla selviytyväni. Minikonferenssi toimi oivallisesti toimintatutkimukseni reflektion mahdollistajana.

Viimeisen suunnittelupalaverin lopussa kävimme läpi vielä arviointipalautteen antamista, keinoja ja arvioinnin tiheyttä. Kysyimme puolin ja toisin mahdollisista epäselvyyksistä. Sovimme siitä, että kirjaamme palautteen sekä mus- että fys-lehdille, sekä osaston seurantalاهدelle. Mielenterveyshoitaja kertoi, että hoitoajat ovat viikosta neljään viikkoon ja siksi niiden kirjaaminen on tärkeää tiedonkulun seuraamiseksi. Lisäksi sovimme kerran viikossa pidettävästä hoitopalaverista, jossa on mukana omahoitaja, potilas, musiikkiterapeutti ja fysioterapeutti. Puhuimme mahdollisen ryhmän toiminnan sisällöstä ja tavoitteista. Pyrimme siihen, että toiminta olisi hyvin pitkälle Hesperian sairaalan musiikkiterapian toimintaperiaatteiden mukaista koska siellä toiminta oli hyvin suunniteltua ja toteutettua ja sen periaatteet peilasivat myös omaa kliinistä kokemusta ja viitekehystä.

Akuuttiosastolla huomioidaan hoidon aloitusvaiheessa oleva potilaan tarkkailuaika, jolloin ei yleensä ole osaston ulkopuolista toimintaa. Tarkkailuaikana potilaat ovat yleensä huonokuntoisia ja lääkehoidon aloituskin riippuu potilaan oireiden määrästä ja laadusta. Kuitenkin osaston toivomuksena olisi aloittaa mahdollisimman nopeasti.

OMH:” Osalle tehdään niin, että katotaan mikä se toiminta on ja tarkkaillaan neljä päivää. Jos nähdään että potilas ei pysy enää aisoissa, niin silloin äkkiä puetaan lääkettä, ettei tuu silmille tai sitten itseensä vahingoita tai jotain.”

Olimme valmiit aloittamaan toimintatutkimuksen viitekehyksellä suunnittelemani hoitomallin mukaisen toiminnan huumevieroituspotilaiden kanssa. Olimme fysioterapeutin kanssa varanneet kalenteriin muutaman tunnin tyhjää jokaista päivää kohden. Alustavan toimintamallin mukaisesti fysioterapiaa (fys.) oli yksilöterapian osalta tiistaina ja torstaina sekä musiikkiterapiaa (mus.) yksilökäynteinä maanantaina ja perjantaina sekä yhteinen ryhmä keskiviikkona. Musiikkiterapian ja fysioterapian kehittämä ryhmä ei toteutunut tutkimusajankohtajana aineiston vähäisyyden vuoksi. Terapia-aikoihin oli varattu kaksi tuntia, joka sisälsi terapiakäynnin, arvioinnit, kirjaamisen sekä raportoinnin. Perjantaina arvioimme toiminnan kehitystä tiimin kanssa, johon kuului musiikkiterapeutti, fysioterapeutti, omahoitaja ja potilas. Lisäksi sairaalahoitoaikana pidimme kolme hoitosuunnitelmaa (hs) jossa oli em. tiimin lisäksi osaston lääkäri.

Viikonpäivä	maanantai	tiistai	keskiviikko	torstai	perjantai
Alustava suunnitelma	mus.	fys.	ryhmä	fys.	Palaveri + mus.
Toteutunut hoitomalli	mus.	fys.	mus. + hs.	fys.	Palaveri

KUVIO 2. Hoitomallin kehittyminen alustavasta suunnitelmasta toteutuneeseen hoitomalliin

Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen anoin kirjallista tutkimuslupaa Valkealan sairaalan ylilääkäriltä. Tutkimusluvan saatuani aloitimme ensimmäiset asiakaskäynnit mallin pohjalta elokuussa 2000. Kaikki potilaan sairaala-ajan yksilöajat musiikkiterapiassa, palautekeskustelut tiimin kanssa, mallin kehittämispalaverit ja hoitosuunnitelmat nauhoitettiin minidiscillä ja litteroitiin.

Hoitomallin suunnittelu- ja taustatietojen hahmotusvaiheessa tuli selkeästi tarve keskittyä alkuhaastatteluun ja hoitoon sitoutumiseen jo ensikontaktista lähtien. Hoitomallin toteuttaminen aloitettiin siis potilaan kanssa tehdyillä alkuhaastatteluilla ja hoitosopimuksen määrittämisellä. Selvitän aluksi potilaan taustatiedot, sekä tulohaastattelun keskeiset tapahtumat. Tämän jälkeen käyn läpi potilaan kanssa toteutetun hoitomallin mukaisen toiminnan, joka siis piti sisällään musiikkiterapia- ja fysioterapiainterventiot.

6. 1. 3 Potilaan taustatietojen kerääminen

Potilaan psykiatrisen sairauskertomuksen lisälehdellä kuvataan potilaan diagnoosi seuraavasti:

F12 eli Kannabinoidien käyttö.

F13.5 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö.

Kyseessä on 17-vuotias nuori mies, joka ollut hoidossa kuntoutuskeskuksessa 21.9.2000 alkaen ja hoito kestänyt viikon. A-klinikan hoitoon hän on mennyt vapaaehtoisesti koulun opettajan suosituksella. Nuoren miehen taustalla on alkoholin käyttöä 15-vuoden iästä alkaen. Nyt vuoden aikana hän on käyttänyt hashista ja marihuanaa, oman kertomansa mukaan satunnaisesti. Samoin hän on käyttänyt Aspamia ja Tenoxia muutamia tabletteja saadakseen päänsä sekaisin, kun elämä tuntui niin tylsältä.

Kuntoutuskeskuksessa potilaalla ei ole ilmennyt vieroitusoireita, mutta jonkin verran on esiintynyt harhaisuutta. Potilas on nähnyt unessa palavia, väärinpäin olevia ristejä. Potilas kokee saaneensa mikroaaltouunista säteilyä, mistä tuntee elimistössään kipua. Aikaisemmin on ollut hoidettavana nuorisopsykiatrian poliklinikalla psykoottisen oireilun vuoksi, silloin kotilääkityksenä Risperdal. Lääkityksen on oma-aloitteisesti jättänyt pois käytöstä. Potilaan vanhemmat ovat eronneet, asuu nyt isänsä kanssa, nuorempi sisar asuu äidin kanssa. Vanhempi veli on kuollut autokolarissa. Potilas opiskelee ammattikoulussa, haaveammattinaan baarimikko. Tullessa on orientoitunut aikaan ja paikkaan, olemukseltaan tokkurainen ja hajanainen, ajatus ailahteleva. Motorisesti on levoton. Ei myönnä näkö- eikä kuuloharhoja.

Toisena esitietojen lähteenä oli nauhoitettu ja litteroitu alkuhaastattelu, jossa jo kuvataan potilaan käyttäytymistä osastolla. Ennen alkuhaastattelua omahoitaja kertoi hoitajien havaintoja potilaan käyttäytymisestä osastolla. Alkuhaastatteluun minut ja fysioterapeutti kutsuttiin hoitoontulopäivänä. Siinä päätettiin aloittaa toimintamallin mukainen terapiatyö ja tutkimusaineiston kerääminen. Kuvaan omahoitaja Juha Hjerppeä (OMH), fysioterapeuttia (FT), musiikkiterapeuttia (E) ja potilasta lyhenteellä (POT).

Omahoitaja kuvaa potilasta yksinäiseksi ja pelokkaaksi soittajapojaksi. Hän oli tyytyväinen siitä, että potilas kertoi avoimesti, jos pelkäsi jotain toista potilasta osastolla tai mielessä oli askarruttavia asioita. Hoidon alussa potilaan jutut tuntuivat olevan kuitenkin ylilentoisia ja epärealistisia.

OMH: ”Tuntuu tää huumeiden käyttö olevan pääongelmana, eli se on alkanut näillä tenoxien ja särkylääkkeiden ja rauhoittavien käytöllä.”

OMH: ”Sillä on pameja vaan pohjalla ja on nyt tää vierotus menossa.”

OMH: ”Silloin kun kaikki pelkää kaikkia, niin ei aiheuta mitään rettelöitä. Tää ei oo millään tavalla täällä käyttäytynyt aggressiivisesti.”

Huumeiden käyttö alkoi vuosi sitten ja nyt se ilmeni koulussa flegmaattisena väsyneenä käytöksenä, jolloin opettajat puuttuivat asiaan. Potilas kävi tuolloin ammattikoulua suurkotitalouslinjalla pienluokkaopetuksessa.

OMH: ”Se on aloittanut huumeiden käytön omienkin puheiden mukaan 99 vuojen alussa ja nimenomaan nää äänet on taustalla. Että mitä todennäköisimmin kyse on ollut tällästä huumepsykoositalasta.”

OMH: ”Potilas on käyttänyt omien sanojensa mukaan marihuanaa, hasista, amfetamiinia, suonensisäisesti kiistää nauttineensa mitään koskaan”.

Potilas on käynyt nuorisopsykiatrian polilla ja lääkityksenä on ollut Risperdal, joka yleensä helpottaa, kun potilaalla on ääniharhoja. Yleensä potilaan sairastuminen pahenee siinä vaiheessa, kun avohoidossa jätetään tärkeät lääkkeet pois. Niin tässäkin tapauksessa on ilmeisesti tapahtunut.

OMH: ”Pamit ja huumeet ovat niinku laukassu niitä ääniharhoja ja siinä on psykiatrisena ollut Risperdal, joka on auttanut hirveen hyvin. Mutta kun se on ite jättänyt ne Risperdalit pois.”

Kysyimme potilaan sosiaalisista suhteista ja saimme tietää potilaan olevan taustaltaan romani. Romanitaustan vuoksi häntä on kiusattu paljon yläasteella. Taustalla on myös juuri päättynyt seurustelusuhde.

OMH: ”Sitähän se tuo esiin kun häntä koulussa aina manneksi haukuttiin ja mustalaiseksi ja tämmöstä niin nää skinit oli hyökänny aina sen kimppuun ja ne olivat tota häntä painostaneet sit.. Ne skinit ovat niinku pitäny piireissä yläasteella mutta ammattikoulussa ei niinkään palajo vissii enää.”

OMH: ”Se sanoi käyttävänsä niitä rauhoittavia ja tenokseja sen takia, että sai rohkeutta niistä. Ne sekotti pään, että hän uskalsi mennä tappeleen.”

6. 1. 4 Hoitosopimus ja suostumus tutkimukseen

Alkutietojen jälkeen menimme tapaamaan potilasta tarkoituksena selventää tulevan hoidon linjauksia sekä luoda ensimmäinen kiinnittyminen tutkimuksen kautta hoitomalliin. Paikalla oli omahoitaja, potilas ja fysioterapeutti ja musiikkiterapeutti. Alkuhaastattelut nauhoitettiin minidiscillä ja litteroitiin seuraavalla viikolla. Puhuimme aluksi siitä, miten potilas oli joutunut osastolle ja miten hän itse koki asian. Potilas kertoi myös omin sanoin, mitä aineita oli käyttänyt.

OMH: ”Bentsot oli plussalla u – huume testissä eli bentsodiatsepiinia: diapamia, rauhoittavia.

OMH: ”Kerrotko mitä aineita sä oot ottanut?”

POT: ”Marihuanaa, hasista kolme viikkoa sitten.” OMH: ”Se ei näy nuissa tuloksissa.”

POT: ”Se oli parasta tavaraa minkä sai.”

Tutkittava potilas oli siis vielä alaikäinen ja tullut eilen vapaaehtoiseen hoitoon.

OMH: ”Humalassa ja selvinpäin saattaa esiintyä aggressiivisuutta. Itse on kertonut, että on hakannut hyviä ystäviään, niin että ne joutuneet teho-osastolle. Tekojaan ei ole katunut – ainoastaan että on tapellut ystävien kanssa.”

Potilas kertoi myös öisistä painajaisunista ja kiputiloistaan, joita omahoitaja kysymyksellään täsmensi.

POT: ”Viikko sitten näin unessa pentogrammeja.”

OMH: ”Sulla on semmoisia ajatuksia että oot saanut säteilyjä rauhasiin ja nytkin tuntuu elimistössä kipua”

POT: ”Nytkin vähän vihloo.”

Potilas ilmeisen mielellään haluaa puhua musiikista ja fyysisistä tuntemuksistaan. Hän kuvaa myös koulussa ollutta pahaa oloaan. Osastonlääkäri arvioi hoidon kestävän alustavasti viikon verran koska aikaisemmat hoitokaudet huumevieroituspotilaille ovat osastolla kestäneet noin viikon verran tai päättyneet ennen aikojaan. Omahoitaja kuvaa potilaan vointia osastolla

hieman tokkuraiseksi ja sekavaksi. Potilaan mukaan psykoottiset oireet ovat todellisia vaikka hän viittaakin aiheen tiimoilta jo edellä mainittuihin skineihin.

POT: "Nyt vähän vihlasee välil täst näin (näyttää kylkeä) ja päätä taas jomottaa."

POT: "Mulla on noitten kaljupäitten kaa riitaa. Eivät ne uskalla tulla vaikka mie yksin olen."

"Mie en tee kellekään mitään ennenkun mulle tehää."

Alkujutustelun jälkeen pääsimme asiaan eli hoitosopimuksen tekemiseen. Yritimme selvittää mistä hoitomallissa on kysymys, mitä se tarkoittaa ja mitä velvoittaa potilaalta.

OMH: "Täällä on nyt paikalla fysioterapeutti, musiikkiterapeutti ja minä oon sun omahoitaja."

OMH: "Meillä on tällöinen projekti tässä nyt, että tehdään yhdessä tutkimus. Voitko tulla siihen mukaan että tavallaan tässä on kyse sun huumevieroituksesta." POT: "Joo".

E: "Me pyritään nyt auttamaan sua tossa jännityksessä ja noissa kivun tuntemuksissa että sun olis parempi olla."

E: "Musiikkiterapiassa on semmonen fysioakustinen tuoli, minkä kautta mä ajattelin että sä voisit kokea semmoista hyvää oloa ja fysioterapeutti käyttää omia menetelmiä siellä rentoutuksessa."

E: "Meillä olisi tavoite että sä kävisit mun luona kaksi kertaa ja fysioterapeutin luona kaksi kertaa viikossa." POT: "Selevä." E: "Ens viikolla alotellaan."

Potilas oli myöntäväinen tutkimukseen ja musiikin kautta ilmeisen motivoitunut. Potilas kertoi kuunnelleensa Doorsia saadakseen parempia fiiliksiä. Siitä lähtökohdasta oli mielestäni hyvä aloittaa musiikkiterapiatapaamiset.

OMH: "Ja tehdään nyt sellainen hoitosopimus että sä tavallaan sitoudut tähän meidän hoitoon."

POT: "Joo, onks sul siin paperi." E: "Se on mulla myös tutkimuksena jos sä suostut siihen."

POT: "Joo."

POT: "Mie haluan sit kopiot tietenkii."

Kerroimme terapiassa käytettävästä arviointikaavakkeesta ja selitimme miten se täytetään.

E: "Tehdään yhdessä arvio hoidon kestosta, jossa on terapeuttien ja hoitajan arviot."

OMH: "Kun olet siellä, se on johdonmukaista ja tutkimuksellista tää homma, pystyy sit mahdollisimman hyvin kattoo se vaikutus puoli siinä."

Puhumme potilaalle tärkeästä hoitoajasta, yritämme kiinnittää hänet suunniteltuun toimintaan ja kokonaishoitoon. Alustavaksi hoitoajaksi suunniteltiin kahta viikkoa.

E: "Aloitetaan mahdollisimman pian maanantaina."

POT: "Mie ajattelin että vois ens viikol viel jatkuu."

OMH: "Me voiaan tehdä siitä hoitosopimus."

OMH: "Onko sulla motivoituneisuutta, että sä oot valmis alottamaan tämän tutkimushoitojakson?"

POT: "Tietenkii, että se on aika korkeal se itseluottamus."

Kerromme hoitomallin suunnitelluista aikatauluista ja lyömme lukkoon ensi viikon ajat. Osaston rutiiniin kuuluu tehdä potilaille viikko-ohjelmat omahoitajan kanssa. Viikko-ohjelma

selventää viikon kulkua ja kiinnittää osaltaan potilaat hoitoon. Hoitosopimus on myös tärkeä asia, sillä se on sopimus johon viitataan, jos tulee motivaation kanssa ongelmia.

E:” Elikkä meidän tehtävä on nyt lievittää sitä sun levotonta ja pahaa oloa.”

POT: ”Nyt jos saisi paperii tännepäin mie haluan allekirjoittaa.”

POT:” Mie haluan sit tuloksii.”

OMH: ”Perjantaina ensimmäisen kerran arvioidaan. Sieltä tulee sit paperii ja arviointia.”

OMH: ”Nyt sitte tehdään täällä osastolla sulle se hoitosopimus, jossa sä sitoudut olemaan sen kaksi viikkoa täällä.”

OMH: ”Ettet lähde kesken hoitoo pois ilman lääkärin kaa neuvottelematta.”

E: ”Onko sulla jotain mielimusiikkia, mitä haluaisit kuunnella maanantaina. Mistä tykkäät mistä rentoudut?”

POT:” Bluesia, rokkii ja vanhempaa metallicaa.”

Alkuhaastattelu antoi minulle tilaisuuden jo nyt tarkistaa tulevaa musiikin hankintaa terapiaistuntoa varten, että ei heti tule turhautumista levyjen puuttumisen vuoksi.

6. 2 Musiikkiterapian toteutuminen osana hoitomallia

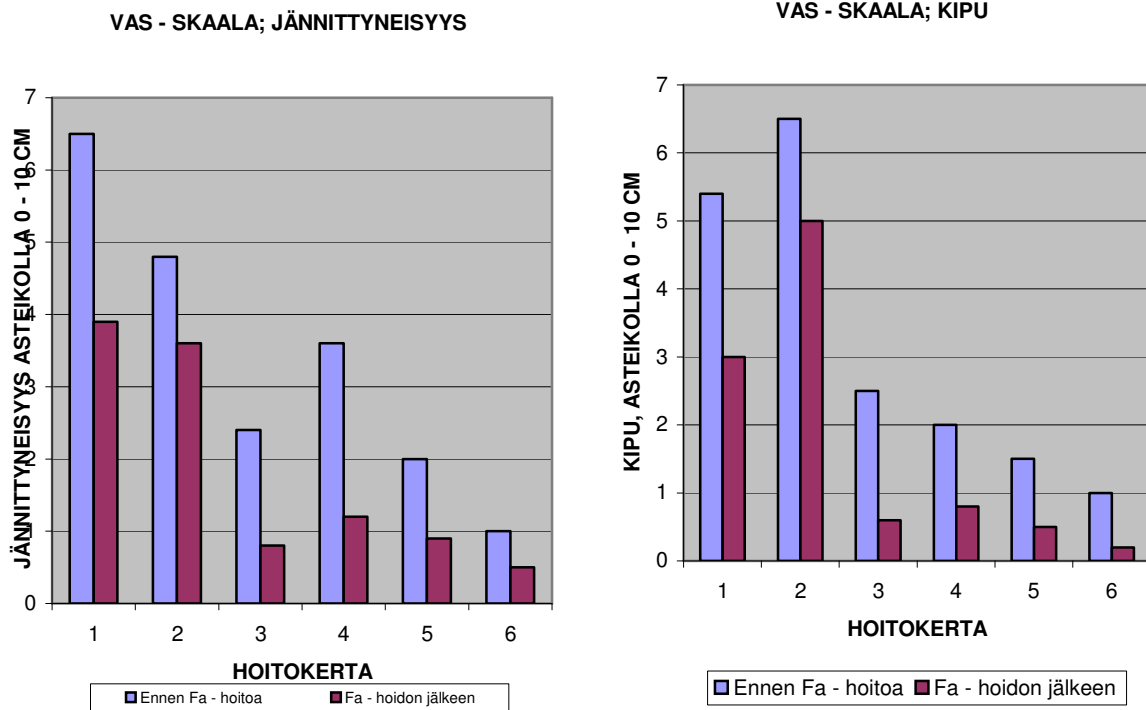
Kuvaan seuraavissa kappaleissa musiikkiterapian toteutuksen osana hoitomallia. Tarkastelun kohteena ovat fysioakustinen menetelmä, musiikin kuuntelu ja soittaminen.

6. 2. 1 Fysioakustinen menetelmä ja keskustelut

Fysioakustisen menetelmän tavoitteena oli siis vähentää jännitys- ja kiputiloja, auttaa rentoutumisessa sekä helpottaa kokonaihoitoon sitoutumisessa. Vieroitusoireiden helpottamiseen käytin fysioakustista menetelmää. Fysioakustinen tuolihoito oli ohjelmoitu sekä rentouttavalle ohjelmalle että aktivoivalle ohjelmalle (10 min rentoutusta, 10 min aktivointia, 10 min rentoutusta) siten, että kesto oli 30 min / kerta. Potilaalla oli musiikkia kuunnellessaan silmät kiinni ja huppari päässä. Potilas kävi fysioakustisessa hoidossa sairaala-aikana yhteensä 6 kertaa musiikkiterapiasta ja yhden kerran fysioterapiasta käsin.

Jokaisen hoitokerran jälkeen teimme VAS-skaalan mukaiset kipu- ja jännitysarvot 10 cm janalle. Janan molemmissa päissä ovat arvojen ääripäät, joiden välille potilas merkitsi viivan tuntemustensa mukaisesti. Ensimmäisellä kerralla potilas kuvasi sekä jännittyneisyyden että kivuntuntemukset asteikossa yli puolen välin ennen fysioakustista hoitoa. Hoidon jälkeen potilaan merkitsemät subjektiiviset tuntemukset olivat selvästi asteikolla alentuneet.

Kuudennen hoitokerran alussa sekä jännittyneisyys, että kivun tuntemukset olivat VAS-skaalalla mitattuna minimaalisen pienet. Se näkyi myös potilaan ulkoisesta käyttäytymisestä, joka oli rauhallisempaa ja keskittyneempää kuin ensimmäisillä kerroilla. Seuraava kuvio pyrkii selventää VAS-skaalan tuloksia.



KUVIO 3. Jännittyneisyyden ja kivun tuntemukset ennen ja jälkeen fysioakustisen hoidon.

Ainakin halutuissa testauskohteissa saatiin hyviä ja lupaavia tuloksia. Toisella kerralla kivun tuntemukset näyttivät olevan arvoina suuremmat, kuin ensimmäisellä kerralla. Osastolla potilas kertoi silloin vieroitusoireidensa hieman pahentuneen. Kolmas kerta oli kivun tuntemusten osalta enää marginaalinen, eikä havaittavia vieroitusoireita ollut omahoitajan, fysioterapeutin tai minun havainnoissa. Osastonhoitajan mukaan kipulääkkeiden tarve pieneni ja sitoutuminen hoitoon oli koko ajan hyvin korkealla ja motivoitunutta. Potilas ei lähtenyt kesken hoitoaan kotiin.

6. 2. 2 Merkityksellisen musiikin kuuntelu

Ala-Ruonan (1999, 15) mukaan fysioakustisen hoidon aloittamisvaiheessa valitaan asiakkaalle yleensä entuudestaan tuttua ja turvallista musiikkia. Tutun ja turvallisen musiikin tarkoitus on helpottaa asiakasta tutustumaan uuteen ja outoon hoitotilanteeseen eli fysioakustiseen menetelmään.

Tutkittava potilas kävi 28.9.00 - 27.10.00 välisenä ajanjaksona musiikkiterapiassa sairaalasta yhteensä kuusi kertaa. Neljä viikkoa riitti akuuttivaiheen ylipääsemiseksi ja avohoitoon motivojaksi. Se oli kestoltaan puolet pidempi aika, kuin mitä alkuhaastattelun kaksi viikkoa antoi odottaa. Viikon ajan olin sairaslomalla, mutta fysioterapeutti paikkasi minua hienosti käyttäen sekä fysioakustista menetelmää, että omia fysioterapiaan liittyviä harjoitteitaan niin, että hoitomallin idea pysyi koko ajan kasassa. Musiikkiterapian ja fysioterapian yhteistyö oli koko ajan saumatonta, keskustelevan arvioivaa ja tulevaisuuteen suuntautunutta. Tiiviin yhteistyön ansiosta myös meidän motivaatio kehittyy ja suunnitella toimintaa pysyi korkeana.

Aloin itse kartoittaa asiakkaan musiikkimakua jo alkuhaastattelutilanteessa. Siinähan asiakas kertoi kuuntelevansa Metallicaa ja The Doorsia. Sovimme, että potilas valitsee musiikin ensimmäisillä kerroilla musiikkiterapian kuuntelutilanteessa. Perustelin sen itselleni sillä, että näillä musiikkivalinnoilla potilas myös tulee kertoneeksi itsestään jotain, jotain mikä on sanatonta, mutta olennaisen tärkeätä. Olin valmis kuulemaan mitä potilas haluaa kuunnella ja kertoa itsestään tai olla kertomatta vielä. Olen listannut kuunnellut kappaleet, jotka potilas kuunteli hoidon aikana. Toimintatutkimuksen mukaisesti havainnoin potilaan käyttäytymistä musiikkiterapiassa omien muistiinpanojeni, litteroitujen nauhoitusten ja osaston raporttikirjan perusteella.

Kuvaan seuraavalla sivulla kuviossa 5 potilaan kuuntelemaa musiikkia fysioakustisen hoidon aikana. Taulukosta ilmenee, että potilas halusi kuunnella itselleen tuttua ja turvallista Metallicaa ja The Doorsin musiikkia. Potilas eläytyi vahvasti kuunneltuun musiikkiin ja kertoi niiden innoittamana musiikin herättämiä mielikuvia ja assosiaatioita, joita musiikin kuuntelutilanteeseen liittyi. Vähitellen mielikuvat vaihtuivat arkielämän tarinoiksi, jotka käsitelivät päihteiden käyttöä, seurustelua ja sosiaalista ympäristöään.

HOITOKERRAT	KUUNNELTU MUSIIKKI	TERAPEUTIN HAVAINNOT
1	Metallican live levytä S/M kappaleet "For whom the bell tolls ja" "Where ever I roam". Muster of the puppets levytä kappaleet "Sanitarium" ja "Damage".	Potilas oli ensimmäisen kahdenkymmenen minuutin aikana vielä melko levoton ja eläytyi musiikkiin rummuttamalla käsiä tuolin käsinojiin ja soittamalla "ilmakitaraa". Sen jälkeen potilas oli silmät kiinni ja kuvaili oloaan kuin olisi "roadmovie" elokuvassa. Viimeisen kymmenen minuutin aikana potilas hieman rauhoittui ja pyysi selkänojaa alaspäin.
2	Doorsin kokoelmalevytä kappaleet "Riders on the storm" ja "People are strange", Black Sabbathin live levytä kappaleet "Snow blind" ja "Paranoid" sekä Metallican Carage inc. levytä kappaleet "Turn page ja atronomy".	Potilas uninen mutta selvästi rauhoittuneempi. Kertoo mielikuvista, jotka liittyvät aavikkovaellukseen. Potilas kertoo myös huumeiden käytöstään. Kesken fysioakustisen hoidon limaa alkaa erittyä ja hän pyytää kupin mihin sylkeä ja vesilasin.
3	Kuuntelemme Metallican Load levytä "Until it sleeps" ja "King nothing". Reload levytä "The memory remains".	Potilas on hyvin rauhallinen ja levollinen. Limaa alkaa erittyä selvästi ja potilas sylkee sitä roskikseen.
4	Metallican mustalta levytä kappaleet "Enter Sandman", "Sad but true" sekä "Nothing else matters". Eppu Normaalin kokoelmalevytä kappaleet "Murheellisten laulujen maa", "Kitara taivas ja tähdet", "Vuonna 85" sekä "Urheiluhullu". James Brownin "Living in a America".	Potilas oli pirteä ja puhelias. Potilas kertoo Metallican kuuntelu historiastaan ja jengeistä joiden kanssa liikkunut. Potilas mainitsi kivuista jaloissa, johon kokeilimme 10 min aktiivi ohjelmaa. Potilas kertoi harrastuksistaan ja viinan käytöstään. Hän on laulanut hiljakseen musiikin kuuntelun aikana ja ollut hyvin keskittynyt musiikin kuunteluun.
5	Jimi Hendrix "hey Joe, voodoo chile": 70 – 80 luvun soul musaa: mm. Sealed with a kiss ja runaway child.	Potilas kertoo tyttöystävästään ja "uudesta elämästä" "ilman huumeita.
6	Metallican livelevy (b-puoli): Instrumentaali versioita.	Potilas on levollinen ja rauhallinen. Suunnittelee kotiin lähtöä.

KUVIO 4. Fysioakustisessa hoitotilanteessa kuunneltu musiikki ja tilanteisiin liittyvät havainnot.

Seuraavalla sivulla kuvaan potilaan kuuntelemat, soittamat ja laulettu musiikin avohoidossa.

Potilaalle tärkeät levyt ja kappaleet avohoidossa

	Kuunneltu musiikki	Soitettu/ laulettu musiikki	Mielialat	Huomiot
Marras.00	Metallican S/M live levy	omia kappaleita	Ahkera, toimiva, innostunut	Työskentelyvaihe
Joulu.00	Guns and roses :Don't cry, Knocking on heavens door, November rain ja Civil war.	Omien biisien työstämistä, joissa melodinen tausta Metallicaan Unforgiven 2 ja Roxetten The look. Lauloi The Doorsin Rider's in the stormia ja omaa kappaletta The pain, jossa on blueskierto.	Toimiva	
Tammi.01	Metallican Carace. Inc Irwinin Rentun ruusu ja vanhempaa tuotantoa, The Doorsin Morrison hotell, Mestarit areenalla levyiltä Born to be wild, Hetki lyö, Levoton tuhkimo YÖ:n kokoelma levy.	Sovitettiin ja improvisointiin omaa blues-kappaletta. Pot lauloi Sankarit, Nousevan auringon talo, California dreaming, Angie.	Masentunut	Masennuksen hoitovaihe
Helmi.01	Beatlesin kokoelmasta vanhempia kappaleita Suomirock kokoelma-levyä.		Pot vaikutti syvästi masentuneelta, jopa suuicidaaliselta.	
Maalis.01	Simon & Carfunkelin Bridge over troubled water ja Sound of silence, Beatlesin vanhempaa tuotantoa. Stratovariuksen Visions – levyä.	Lauloi ja soitti rummuilla Simon & Carfunkelin Bridge over troubled water ja Sound of silence, lauloi Baddingin tähdet ja Juice Leskisen Syksyn sävelen Sitten improvisoitin rockkiertoja kahdella sähkökitaralla.	Edelleen masentunut	
Elo.01		Laulua Metallica playback nuoteista kappaleita Enter sandman ja Fade in black. Äänitimme the Doorsin Riders in the storm. Laulettiin The Doorsin playback musiikkia.	Potilas oli pirteä.	Uuden kasvun ja kehityksen vaihe Fysioterapia- ja musiikkiterapia-ajat peräkkäin.
Tammi.02	Rolling Stonesin Love is strong, Pelle miljoonan Moottoritie on kuuma.	Pot lauloi The Doorsin playback lauluja. Tom teki laulun kihlatulleen syntymäpäivälahjaksi. Lauloimme lastenlaulun "Lintu"	Pirteä edelleen	Lastenlaulu "Lintu" auttoi potilasta avautumaan verbaalisesti ja käsittelemään lapsuuden ajan vaikeita tapahtumia.
Maalis.02	Rolling stonesin Love is strong, Timo Tolkin Hymn to life – levyä, joita kappaleet Are you the one ja Hymn to life.	Pot lauloi mikkiin voimakkaalla tunteella. Rolling stonesin Love is strong kappaletta.		Pot hankki oman vuokra – asunnon. Koulu sujui hyvin ja valmistuminen häämöitti.

KUVIO 5. Potilaalle merkityksellinen musiikki avohoidon aikana

6. 2. 3 Soittaminen ja sanoitusten tekeminen

Musiikkiterapiassa käyttämäni rakenne muodostui fysioakustisesta menetelmästä ja musiikin kuuntelusta, sekä aktiivisesta musiikin tekemisestä. Jo ensimmäisen terapiakerran aikana potilas soitti kitaralla ”Smoke on the waterin” alkuriffiä ja rumpujen perusbeatia. Toisen kerran lopuksi hän kokeili taas kitaralla riffejä, jossa soitin bassolla improvisoiden mukana. Kolmannella kerralla potilas soitti tunnin lopuksi jälleen rummuilla ikään kuin ”tyhjät pois”. Soittaminen oli kathartista ja eläytyvää. Se antoi jo jonkinlaista näkymää siitä, mihin musiikkiterapia oli avohoidossa suuntautumassa. Musiikkiterapian sisältö muuttui passiivisesta musiikinkuuntelusta soittamiseen ja aktiiviseen musiikilliseen ilmaisuun. Soittamisen merkitys oli minusta sen takia suuri, että se motivoi potilasta olemaan ilman huumeita ja toisaalta myös siinä ettei ns. bumerangi-ilmiötä tapahtunut. Potilas ei joutunut heti ensimmäisestä vastoinkäymisestä takaisin akuuttiosastolle, vaan alkoi tosissaan tehdä töitä oman kuntoutumisensa ja huumeettoman elämänsä puolesta.

Potilaan avohoito alkoi puolitoista viikkoa osastojakson jälkeen. Heti ensimmäisestä kerrasta lähtien hänellä oli mukana omia sanoituksiaan, joita oli ystäviensä kanssa soitellut. Harjoittelimme kolmea potilaalle merkittävää kappaletta, joiden sanoitukset myös osaltaan peilasivat hänen silloista vointia. Sanoitukset kuvailivat potilaan tuntemuksia ennen sairaalajaksoa, jolloin myös tekstit ja laulut syntyivät. Siksi ne ovat minusta merkittäviä liittämään osaksi musiikkiterapeuttista prosessia. Kahteen kappaleeseen potilas sai kaveriltaan apua soinnutukseen ja yhden blues kappaleen improvisoin pianolla potilaan laulaessa. Kappaleiden nimet ovat ”Nightmares, Angel ja blues kappale jonka nimi on ” The pain ”. Olen litteroinut kappaleet sellaisenaan kuin ne aikanaan sain potilaalta.

Nightmares (9.11 / 2000)

I was sleeping in my bed, in the dream I was walking through the valley of death. Then I heard voice inside my head, and it said you are not death. Next morning I woke up my bed, but the voice was still in my head. I was loosing my mind go insane. And that voice was sharp like knife, walking through with shadows of death. I was loosing my mind go insane. Nightmares leave me alone get away of my head. I don't want you to my dreams. Angel of death, now the time is here, it is time to feel the blade. Fences behind the grave, you can kiss your life goodbye! Nightmares leave me, alone get away of my head. Don't want you in my dreams.

Angel (11.12.2000)

I'm walking in a dark city; my mind is full of sadness and pity.
 There's a black cloud following me. Sadness is only thing I see.
 Cause I'm just that fallen angel. A man with a bloody knife.
 Living alone like a lonely ranger, why do I have to live this way?
 And that knife in my shaling hand, I've killed so many things with it. My heart, thoughts no I
 can't stand, now everything beautiful is only a shit.
 You see I don't have a loving heart. I don't have that sunny soul. I only have this knife so sharp,
 which make me play his sad role
 Cause I'm just that fallen angel, a man with a bloody knife. Living alone like a
 lonely ranger, why do I have o live this, why do I have live this, Why do I have *to live life*.

The Pain 19.12/ 2000 (*Blues kierto / komppi*)

The pain I feel is filling my heart & soul.
 I need your love, to fill this emptiness inside my heart& soul.
 Would you be the one for me? Maybe I could be your to eternity
 Open your eyes realise what you have done to me.
 I'm drowning to this sorrow. I don't want you to feel sorry for me.
 I want you to love me baby...
 You take my heart, you take my soul away. About me, about me. (Solo)
 The days are bright& filled with pain. After you left it seems my life is only rain.
 Everyday closing to the end. No, no I wanna live, wanna live. I want to live yeah...

Tutkimuksen rajauksen vuoksi jätän sanoitusten analysoinnin ja kappaleiden merkitysten tarkemman pohdinnan myöhempää tarkastelua varten. Ne kuvastat kuitenkin melko hyvin potilaan tunteita ja mielialoja päihteiden ja huumeiden käytön aikana.

6. 3 Fysioterapian toteutusvaihe

Tutkimuksen alusta asti oli itsestään selvää, että yhdistämme musiikkiterapian ja fysioterapian osaksi hoitomallia. Tämä oli luontevaa, koska olimme molemmat tehneet töitä akuuttiosasto ykköselle ja toimintamme oli suhteellisen tuttua heille. Toimintatutkimuksen teoriaosuudessa viitattu työparin käyttö antoi mahdollisuuden laajentaa tutkimuspotilaan tutkimuksesta saatavaa tietoa. Fysioterapeutti saapui virkavapaaltaan alkuvuonna 2000, jolloin esitin osaston toiveen hoitomallista. Fysioterapeutti innostui ajatukseen saman tien. Kirjasin hänen laatiman

fysioterapian infolehden tiivistelmän, jossa esitellään fysioterapian menetelmiä ja toimintamallin sisältöä osastolle yksi.

Alussa on fysioterapeuttinen tutkiminen ja alkukartoitus, jolloin kartoitetaan subjektiivista kivun ja jännityksen kokemista sekä arvioidaan lihastasapainon häiriöitä, asentomuutoksia ja hengitystapaa. Lisäksi arvioidaan fyysistä suorituskkyä ja psykofyysistä toimintakykyä (ruumiinkuva). Tutkimisen perusteella laaditaan sairaalahoidon fysioterapian tavoitteet ja suunnitellaan toteutus. Liiketerapiaan kuuluu mm. lihastonuksen normalisointi, lihaskireyksien vähentäminen sekä lihasvoiman- ja kestävyuden harjoittaminen. Lisäksi fysioterapeutti mainitsee pehmytosakäsittelyn ja hieronnan sekä rentoutuksen ja ruumiinkuvaa eheyttävät harjoitukset. Fysikaaliseen hoitoon kuuluvat mm. syvälämpöhoidot (esim. ultraääni) sekä pintalämpöhoidot (lämpöpakkaukset tai lämpölamput). Fysioterapeutti myös neuvoo em. asioissa osastoa eli konsultoi tarvittaessa. Huumepotilaan yksilöfysioterapian tavoitteena on kipujen ja vieroitusoireiden lievittyminen sekä jännittyneisyyden väheneminen. Lisäksi tavoitellaan rentoutumista, pyritään löytämään positiivisia kokemuksia ja tarkastellaan ruumiinkuvan eheytyä. Seuraavassa kuviossa on fysioterapeutin raporttimerkinnät.

HOITOKERRAT	TAVOITE ja MENETELMÄT	ARVIOINTI / HAVAINNOT
1	Fysioterapiassa pyrittiin levottomuuden ja kiputuntemusten lievittämiseen hieronnan ja pintalämpöjen avulla	Potilaan levoton puhe väheni, tosin edelleen melko lailla puheet heittävät laidasta laitaan. Seuraavan kerran torstaina.
2	Hieronta	Potilas oli rauhallinen ja seesteisen oloinen levottomuutta ei esiintynyt. Pystyi hyvin rentoutumaan, melkein nukahti. Puheet selkeitä, ei outoja ajatuskuvioita.
3	Fysioterapiaa jatkettiin	Potilas oli rauhallinen ja selkeä toiminnoissaan. Ei hätäisyyttä.
4	Liikuntasalissa pelaamassa sählyä ja koripalloa	Potilas pystyi hyvin keskittymään ja toimimaan. Jutut asiallisia. Vointi on kohentunut.
5	Punttisalin merkeissä, lopuksi hierontaa	Potilas asiallisen oloinen ei levottomuutta.
6	Musiikkiterapiassa Fa tuolissa ja musiikkia kuuntelemassa	Kertoi lomasuunnitelmistaan ja siitä että itsellä on halu pysytellä aineista erossa. Ei ahdistuneisuutta eikä levottomuutta havaittavissa. Ei myöskään valitellut vieroitusoireita. Potilas lupasi myös tulla kuntosalille iltapäivällä.
7	Kuntosali ja fysioterapia	Hyvin rauhallisen oloinen
8	Fysioterapia	Ei merkintää

KUVIO 6. Fysioterapeutin arviot hoitokertojen jälkeen osaston raporttikirjamerkinnöistä

7 HOITOMALLIN KEHITTÄMISPROSESSIN REFLEKTIIVINEN TARKASTELU

Käyn seuraavassa luvussa läpi huomiota ja havaintoja, jota tutkimustiimissämme teimme potilaan käyttäytymisestä vieroitushoidon aikana. Aloitin syksyllä 2000 tutkimukseen liittyvien keskustelujen ja palaverien litterointien analysoinnit. Olen palannut noihin litteroituihin teksteihin useita kertoja vuosien 2000-2003 aikana. Arviointia teimme osaston kanssa viikoittain myös uusien asiakkaiden kanssa, jotka kävivät vuosien 2001 ja 2003 välisenä aikana hoitomallin mukaisen terapiajakson sairaalassa. Muita hoitomallin mukaisia asiakastapaamisia tai palavereja ei nauhoitettu.

Toimintamallin hoidollisen viitekehyksen arvioinnissa kiinnitettiin huomiota potilaiden kiputilojen hellittämiseen, potilaiden rentoutumiseen ja hoidon sitoutumisen onnistumiseen. Toimintaa muutettiin osastolta ja potilaalta saadun palautteen pohjalta sekä menetelmällisen viitekehyksen että ajankäytön suhteen. Tärkeä muutos musiikkiterapian menetelmien osalta oli oivaltaa soittamisen ja laulujen merkityksen kasvaminen hoidon edetessä fysioakustisen menetelmän rinnalla. Jo suunnitteluvaiheessa koin tarvetta korostaa tunteiden ilmaisun kokemista musiikkiterapiaprosessissa. Kuitenkin hoitomallin aloitusvaiheessa fysioakustinen menetelmä oli päämenetelmä, mutta jo kahden arviointikäynnin jälkeen koin potilaan kannalta erittäin merkittävänä soittamisen ja laulun tekemisen osana kuntoutus- ja tutkimusprosessia. Sama ilmiö toistui fysioterapian kohdalta. Siinäkin oli aluksi rentoutumiseen ja lihasjännitykseen poistavia harjoituksia, mutta hoidon edetessä lisättiin fyysistä kuntoa ja toiminnan aktiveettia lisääviä harjoituksia kuten pelaamista, lihasten aktivointia ja liikkumista.

Syksyn aikana keräsimme lisää tietoa asiakkaasta ja hoitomallista sekä testasimme hoitomallin toimivuutta suhteessa potilaan sitoutumiseen kokonaishoitoon. Teimme mallin kehittämisen aikana useita arviointi- ja kehittämiskeskusteluja, jotka kaikki nauhoitettiin. Tutkimusmateriaalin kerääminen päättyi kahden vuoden kuluttua tutkimuksen aloittamisesta keväällä 2002, kunnes soveltuva malli oli toiminnassa ja osoittanut käytännössä toimivuutensa. Tämän jälkeen jatkoin aineistonanalyysia sekä teemojen kategorisointia. Tutkimustulosten raportointi ja analysointi viivästyi terveydellisistä syistä, mutta

toimintamallin sovellus oli koko ajan käynnissä ja on edelleen punaisena lankana akuuttiosastojen musiikkiterapiassa Valkealan sairaalassa.

Mallia on sovellettu käsittämään aluksi kahta akuuttiosastoa vuosien 2001-2002 aikana sekä kolmen uuden akuuttiosaston kanssa vuoden 2003 kevään aikana. Asiakkaat käyvät musiikkiterapiassa kaksi-kolme kertaa viikossa ja arviointia suoritetaan päivittäin sekä viikoittain omahoitajien ja osastonlääkärin kanssa. Muutoksena lähtötilanteeseen oli tutkimuksen suunnittelussa olevan fysioterapeutin lähteminen pois sairaalasta joulukuussa 2001. Opiskelijoiden ohjaustilanteessa Jyväskylän yliopistossa vuoden 2001 keväällä päätettiin että malli on hypoteettinen, koska tutkimuksen tekoaikaan ei huumevieroituspotilaita ollut kuin yksi. Jälkeenpäin niitä on ollut viisi ja mallia on sovellettu potilaiden tarpeita vastaavaksi. Punaisena lankana säilyi fysioterapian ja musiikkiterapian syklisyys ja tiivis toteutus sekä raportointi.

Raportoimme toimintamallin tutkimustuloksista osastohenkilökunnalle osastonhoitajan ja vastaavan tutkimukseen osallistuvan mielenterveyshoitajan välityksellä sekä tutkijan omilla info- ja osastotuntien pidolla. Tutkimuksen alussa hoitomallia testattiin sovitusti kaksi kertaa viikossa keskiviikkona ja perjantaina. Arviointia tehtiin jatkuvasti ja pyrittiin sellaiseen hoitotyön ajankäytönsuunnitelmaan, että se olisi mahdollisimman joustava ja toisaalta mahdollistaisi sekä musiikkiterapiassa että fysioterapiassa muidenkin osastojen potilaiden osallistuminen omilla terapia-ajoillaan. Palavereissa olivat mukana omahoitaja, potilas, musiikkiterapeutti, fysioterapeutti ja kerran viikossa hoitosuunnitelmissa osaston lääkäri.

Hypoteettisen hoitomallin kokeilu koski yhtä yksilöasiakasta hänen sairaalassa oloaikansa aikana, sekä seuranta avohoidosta nuorisopsykiatrian poliklinikan sekä A-klinikan taholta vuosien 2000 ja 2003 aikana. Sairaalan akuuttiosaston aikana potilas kävi musiikkiterapiassa yhteensä kuusi kertaa sekä avohoidosta vuoden 2000 loppuun saakka viisi kertaa. Jatkossa asiakas kävi vuonna 2001 yhteensä 15 kertaa ja kevään 2002 aikana viisi kertaa. Vuonna 2003 pidettiin yksi hoitosuunnitelma ja yksi seurantatapaaminen. Fysioterapiassa asiakas kävi osastohoidon aikana yhteensä kahdeksan kertaa. Fysioterapian jatkohoito päättyi syksyllä 2001. Hoitosuunnitelmia pidettiin kaksi ja hoitosuunnitelman tarkistuksia yhden kerran. Tarkastelen seuraavissa kappaleissa erityisesti musiikkiterapian ja fysioterapian toteutumista sekä potilaan käyttäytymistä osastolla.

7.1 Musiikkiterapian reflektio

Tutkittavan potilaan pääasiallinen hoitomuoto toimintamallissa sairaala-aikana oli fysioakustinen menetelmä. Potilas oli alussa levoton ja kipuileva (lihassärkyjä, päänsärkyä, vieroitusoireita). Kolmannen kerran jälkeen hän alkoi selvästi keskittyä rauhoittumiseen ja rentoutumiseen eikä levotonta oirehdintaa ollut havaittavissa. Käytössä oleva fysioakustisen tuoli oli mx-perusmalli. Ohjelma oli laadittu yksinkertaisesti yhdistäen rentouttavaa ja aktivoivaa ohjelmaa. Alussa rentoutusohjelma kesti 10 min sitten aktivoiva ohjelma 10 min ja lopussa rentoutusohjelma 10 minuuttia. Musiikkina oli kolmella ensimmäisellä kerralla potilaan valitsemaa musiikki (Metallica, The Doors).

Alussa mietin kovasti, että toteutanko musiikkiterapian pelkästään fysioakustisen menetelmän kautta, mutta asiakkaan toiveen ja oman laaja-alaisen viitekehysten pohjalta lähdimme improvisoimaan sekä tuottamaan omaa musiikkia ja toisaalta soittamaan asiakkaan toiveen mukaisia kappaleita. Prosessiin kuului myös sointujen ja tarvittavien rumpurytmien harjoittelua ja kokeilua. Soitettu musiikki äänitettiin ja sitä kuunneltiin yhdessä, kuulostellen samalla asiakkaan tuntemuksia sekä ajatuksia. Musiikillinen toiminta selvästi aktivoi ja motivoi potilasta jatkamaan musiikkiterapiassa avohoidosta käsin. Soittaminen ja laulaminen kiinnittivät potilaan musiikkiterapiaan ja samalla osastohoitoon. Potilas soitti rumpuja, sähkökitaraa ja bassoa yrittäen etsiä niistä erilaisia rytmejä ja riffejä. Musiikin äänenvoimakkuus ja tempo vaihtelivat nopean ja kiivaan välillä etsien sellaisia muotoja, jotka kuvailivat potilaan mielialaa ja tunnelmaa. Potilaan kertomat tunnelmat ja verbaaliset tarinat saivat äänen, joka ilmeni monenlaisina musiikin dynaamisina vaihteluina. Musiikista kuvastui viha, pelko ja ilmaisun tarve. Musiikkiterapiaan sitoutuminen oli niin voimakasta, että potilas ei lähtenyt kesken hoidon pois. Myöhemmillä kerroilla ilmeni potilaan kyvykäs laulujen ilmaiseminen, joka myös toimi voimakkaana tunteen ilmaisukeinona. Merkittävä tekijä potilaan huumeidenkäyttöön löytyi koulusta ja koulukiusaamisesta, johtuen hänen kulttuurisesta taustasta. Potilasta kiusattiin sekä henkisesti että fyysisesti hänen romanitaustansa vuoksi.

Terapiassa ilmeni, että tunteakseen itsensä hyväksytyksi ja voimakkaaksi potilaan piti käyttää huumeita ja tarjota niitä myös kavereilleen. Hän joutui usein myös fyysisiin kahnauksiin

kavereidensa kanssa. Musiikki tuntui kuitenkin olevan oiva pakotie arjen kurjuudesta ja yksinäisyydestä sekä toisaalta jatkossa myös huumeista irtipääsemisen keino ja tapa kokea ja ilmaista itseä ilman päihdyttäviä aineita. Tutkittava potilas oli yrittänyt paeta kiusaamista, kotiolojen ankeutta ja yksinäisyyttä huumeiden pariin osaksi myös, koska ihanoi Doorsin ja Jim Morrisonin elämäntapaa. Avohoidossa soitimme muutamia potilaalle merkittäviä The Doorsin kappaleita kuten ”Riders on the storm”, ”Break on through” ja ”The end”. Mielestäni oli hyvinkin perustelua ottaa fysioakustisen menetelmän lisäksi hoito-ohjelmaan musiikillinen ilmaisu ja sen kautta tuleva mahdollisuus fyysiseen tunteen purkamiseen.

Omaa tutkimus- ja yksilöasiakastani seurasin tarkemmin ja annoin mahdollisuuden jatkohoitoon, koska hän selvästi pystyi hoidon avulla pysymään erossa huumeista. Sairaalahoidon jälkeinen masennus vaati myös omaa tarkasteluaan sekä tiivistä ja jatkuvaa hoitokontaktia. Masennus johtui pitkälti siitä, että vanhat huumeekaverit eivät enää kuuluneet elämään, eikä sitä myöten potilaalla ollut kavereita. Myös kotioloissa isän kanssa välit olivat viileät johtuen isän jatkuvasta alkoholin käytöstä. Kuitenkin jatkuvan tuen ja kahden rinnakkaisen toinen toistaan tukevan terapian (musiikki- ja fysioterapia) avulla potilaan mieliala alkoi kohentua ja hän sai kiinni koulusta, suorittaen ammattiopinnot ja löysi tärkeän ihmissuhteen. Ne antoivat voimaa pysyä huumeettomassa elämässä. Korostan hoitomalliin kuuluvaa fysioterapiaosuutta potilaan kuntoutumisessa. Sen merkitys ja hoitokontaktit ovat olleet erittäin merkittäviä ja auttaneet potilasta kohentamaan omaa fyysistä kuntoaan sekä helpottamaan potilasta kivuissa. Kahden miesterapeutin malli on myös mielestäni ollut ratkaisevaa potilaan kuntoutumisen suhteen.

7. 2 Fysioterapeutin reflektio

Fysioterapeutin lausunto on kirjattu 25.10.2000 eli päivä hoidon päätyminen jälkeen. Fysioterapeutti kirjoittaa seuraavaa: ”Potilaan fysioterapiakäynnit Valkealan sairaalassa liittyivät tutkimuskokeiluun, jonka tarkoituksena oli luoda sopiva hoitomalli os.1:n huumeitakäyttäneiden nuorten osalle. Tarkoitus oli seurata, kuinka musiikki- ja fysioterapian keinoin voidaan vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tavoitteena oli siis hoitoon sitoutuminen, levottomuuden sekä kipu – ja vieroitusoireiden väheneminen. Potilaan kokemia subjektiivista kivun ja levottomuuden kokemista seurattiin kahden viikon ajan VAS-janojen

avulla sekä musiikki että fysioterapian yksilökäynneillä. Potilaalla oli yksilöaika fysioterapiaan kaksi kertaa viikossa ja musiikkiterapiaan kaksi kertaa viikossa.

Fysioterapiaan potilas osallistui 2.10-25.10 välisenä aikana yhteensä kahdeksan kertaa. Sisältönä fysioterapiassa olivat fysikaalinen ja manuaalinen terapia (pinta- ja syvälämpöhoidot ja hieronta), liiketerapia (kuntosaliharjoittelu, kireiden ja kivuliaiden lihasryhmien venyttelyt, kehonhahmotusharjoitukset) sekä rentoutusharjoitukset. Musiikki oli olennaisena osana mukana harjoitusten ajan, sekä potilaan valitsemana että fysioterapeutin valitsemana. Ensimmäisellä terapiakerralla potilaan subjektiivisesti koettu kivun tunteminen VAS – skaalalla oli 6,1 cm ja jännittyneisyyden kokeminen 6,4 cm. Viimeisellä terapiakerralla vastaavat arvot olivat kipu 0,4 cm ja jännittyneisyys 0,5 cm.

Ensimmäisen viikon alussa potilas oli motorisesti levoton ja hänen oli vaikea keskittyä. Tilanne kuitenkin parantui viikon loppua kohden. Fysioterapiaan ja hoitoon sitoutumiseen sekä omaan kuntoutumiseensa potilas oli motivoitunut koko jakson ajan. Potilaan siirtyessä nuorisopsykiatrian poliklinikalle on mahdollista jatkaa fysioterapiaa avohoidon asiakkaana. Itse hän on viestittänyt haluansa jatkaa musiikki- ja fysioterapiaa muun avohoidon rinnalla.

7. 3 Kokonaishoidon merkitys hoitomallin kehittämiprosessissa

Tutkimuksessa kehitetty hoitomalli oli osaston ulkopuolista toimintaa, joka osaltaan sitoutti potilasta varsinaiseen osastohoitoon ja helpotti vieroitusoireissa. Omahoitajan interventiot potilaan kanssa sekä harhaisuuden vähentäminen lääkkeillä ja vanhempien motivoiminen olivat elintärkeitä potilaan toipumisen ja jatkohoidon suunnittelun kannalta. Niiden raportoiminen on tärkeää, koska kuntoutuminen on kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tässä tapauksessa hoitomallin kehittämiprojekti oli tutkimuksessa kuvatun potilaan kuntoutumisen käynnistäjänä. Kuvaan seuraavassa osaston ja omahoitajan toimintaa siten, kun se litteroiduista haastatteluista ja palavereista käy ilmi, sekä osaston hoitajien päivittäiselle seurantalهدelle tekemien raporttikirjoitusten perusteella on luettavissa.

7. 3. 1 Omahoitajan reflektiot huumevieroitushoidosta

Osastolla on potilaalle nimetty omahoitaja ja korvaava hoitaja, jotka hoidon aikana tekevät seuranta- ja tarkkailevat ja keskustelevat potilaan kanssa. Kuvaan seuraavassa omahoitajan kommentteja haastattelujen perusteella, jotka on litteroitu ja teemoitettu jälkikäteen.

Omahoitajan (OMH) mukaan hoidon alussa tarkkailuajaksi ei ole hoitoa, ainoastaan hoitajan seuranta. Tarkkailuajaksi lääkäri päättää viimekädessä osaston asioista ja tarkkailuajasta. Tutkimuksen myötä mietittiin onko musiikki- ja fysioterapian interventiota tarvetta aloittaa aikaisemmin, kuin tarkkailuajaksi alkaa. Tarkkailuajaksi kesti neljä päivää mukaan lukien tulopäivän.

OMH: ”Hoitaja pitää olla läsnä paikalla, jos mennään osaston ulkopuolelle, yleensä täältä saa lähteä”.

OMH: ”Alottamisen ajankohta on siinä akuutissa vaiheessa, kun ei se hoitokaan välttämättä kestä kauan. Yleensä tarkkailupotilaat on aika huonossa kunnossa”.

Alustavassa potilaan alkupalaverissa omahoitaja kertoo, että potilas on laitettu normaalikäytännön mukaisesti tarkkailuun viikonlopun yli. Hoidon alussa potilaan motiivointi oli erittäin tärkeää.

OMH: ”Se voi olla viikonloppuna aika tiukkaa, jos rupee lisääntyä se ahdistus.”

OMH: ”Me tehhään se hoitosopimus, niin me vedotaan siihen.”

OMH: ”Eihän sille tietysti mitään voi jos se on pois lähössä, mutta se on sellainen että sen voi puhumalla saada pysymään täällä”

OMH: ”Kannattaa sillä lailla olla varovainen aina kun on kysymys huumeiden käytössä.” OMH: ”Minä motivoin että se varmasti maanantaina tulee”.

Toimintatutkimuksen kannalta kriittisin vaihe ohitettiin ensimmäisen viikon jälkeen. Hoito saatiin käynnistettyä suunnitelmien ja toimintamallin mukaisesti. Omahoitaja oli osastolla keskustellut potilaan kanssa ja keskusteluissa tuli ilmi potilaan halu palata nopeasti kouluun.

OMH: ”Eilen aika vakavasti keskusteltiin, että onko sinulla keskittymiskykyä lähtä vielä kouluun.”

OMH: ”Pohittii sitäkin mahdollisuutta että se ei oo niin itsestään selvä että sää et jaksaa keskittyä siihen koulussa - - - Potilas jäi sitä miettiä”.

Omahoitajan mukaan potilas oli motivoitunut hoitoonsa osastolla. Tutkimusasetelma on yksi osatekijä, miksi potilas oli noinkin hyvin kiinnittynyt omaan kuntoutumiseensa. Hoitomotiivinaatiota on lisännyt se, ettei potilas kokenut aikaansa pitkäksi osastolla.

OMH: ”Potilas on aika helppo puhua ympäri, kun perustelee tarpeeksi hyvin sitä että se sitoutuu olemaan hoijossa. ”

OMH: ”Se oli hyvä veto kun potilas on tässä tutkimuksessa että silläkin pysty perustella.” ”- - - ettei se menis veks kun se kerta tykkää käyä.”

Omahoitaja mietti jo sisälupien antamista, jotta potilas pääsisi itse tulemaan suunniteltuihin osaston ulkopuolisiin toimintoihin.

OMH: ”Se on munkaan päässy aina ulos, eilen illalla muun muassa tehtiin iltalenkki.”

OMH: ”Saa nähdä miten me näitä tunteiluvat uskalletaan vielä sille antaa, ettei se vaan karkaa sitte - - - sillä polttee rauhoittavat, huumeet ja kalaja.”

Ensimmäisessä hoitosuunnitelmassa kerrottiin myös osastolla tehtävistä rutiineista ja mietittiin miten paljon potilas jaksaa osallistua osaston töihin. Omahoitajan hoidon tavoitteet lähtivät liikkeelle pienistä tehtävistä, niin kuin Niemi ja Varinowskikin omassa tutkimuksessaan selitti.

OMH: ”Viikko-ohjelmaan sisältyy puhtaaksi petausta, ulkoilua ja iltapalanlaittoa.”

OMH: ”Ihan tän voinnin mukaan pyritään pitää kiinni siitä, että ei taas liikaakaa hoija näitä hommia.”

Osaston hoitotyön seurantalohden mukaan potilas oli osastolla pelannut pingistä, saunonut, osallistunut pizzan tekemiseen ja osallistunut iltapalan laittoon. Hoitajan ja potilastovereiden kanssa potilas oli soitellut musiikkia bändihuoneessa ja osaston musiikin kuunteluhuoneessa, ulkoillut, soittanut tyttöystävälleen ja tavannut isäänsä ja muuta perhettä muutaman kerran hoitonsa aikana. (Osasto 1, Potilaan hoitotyön seurantalehti 28.9.2000-27.10.2000.)

7. 3. 2 Lääkehoito

Lääkehoito on psykiatrisessa sairaalassa potilaan harhojen kannalta usein välttämätöntä. Avohoidossa potilaiden vointi lähes säännöllisesti heikkenee, jos potilaat jättävät tärkeät tukilääkkeet pois. Hoidon alussa harkitaan potilaan voinnin mukaan, minkälainen lääkitys tukee potilaan hoitoa. Lääkitys aloitetaan jos potilaan oireet ovat niin pahat, että hän voisi vahingoittaa itseään, hoitajia tai muita potilaita. Omahoitaja kertoi potilaan lääkityksestä sairaalan tulohetkellä. Potilaille lisättyjen lääkkeiden vaikutukset selvitän tämän kappaleen lopussa.

OMH: ”Lääkityksenä on risolid, imovane yöksi, risperdal, ja tarvittaessa levozin. Levozinia me puotetaan pois varmaan, että ne risperdalit mitä todennäköisimmin ainakin jää lääkkeeksi koska se on todettu hyväksi.”

Omahoitaja kertoi potilaan lääkemuutoksista ensimmäisen viikon jälkeen hoidon alkamisesta hoitomallin aikana. Alussa jouduttiin käyttämään paljon rauhoittavaa Levozinia.

OMH:” Nyt on pakko olla tää lääkitys näin kova, se oli niin kauhee se vauhti silloin alussa - - - levozin väsyttää hirveesti ja sitte ku se rupiaa toipuminen ja me aletaan varmaan puottaa sitä äkkii pois, ettei se väsytä liikaa - - -se selevästi jarruttaa tätä vauhtia.”

OMH:” Kun risperdalia menee uudestaan tarpeeksi aikaa niinku pikku hiljaa alakaa se vaikutus tulla .”

Omahoitaja on huomannut toimintamallin terapioiden vaikutuksen jo ensimmäisen viikon jälkeen. Johtuuko rauhoittuminen sitten rauhoittavasta lääkkeestä, terapiosta vai kokonaisuudesta on vaikeaa sanoa.

OMH: ” Kyl se on nähtävissä, mitä just eilen porukoille illalla sanoinkin, että potilas on levollisempi toisen terapikerran jälkeen.”

OMH:” Me lisätti eilenki tätä levozinia vielä 25 mg siihen iltaan, et sillä menee 50 mg, - - - se jakso ihan hyvin nousta ylös ja lääkkeelle ja toimimaan - - -halutaan varmistaa että se varmasti nukkuu yön yli, että se jaksais sit päivällä koostua - - - ihan pirteenä se sitte touhus.”

Hoitosuunnitelmassa arvioitiin viikon kuluttua lääkityksen muutoksia ja vaikutuksia. Palaverissa oli mukana myös osaston lääkäri (L).

OMH:”Tukilääkityksiksi on laitettu levoziini ja Risolid on ollu lääkkeenä myös ja Imovane unilääkkeenä. Näyttäs siltä että sun vontis alkaa mennä parempaan suuntaan. ”

L: ”Illan levoziinia mä vähennän, se on liiallista ja risolidia vähennän - - -kun risperdal on nostettu, niin se on se sun oikea lääkitys - - - se tulee sit menee avossa ja kotonanikin.”

Loppupalaverissa kolmen ja puolen viikon kuluttua hoidon aloittamisesta käytiin vielä lääkityksen tarkistusta läpi. Siinä sovittiin että osaston tukilääkkeet poistetaan ja hyväksi todettu Risperdal-lääkitys jatkuu. Tarkistin potilaan psykiatrian sairauskertomuksen lisälehdeltä, miten lääkehoito kehittyi neljän viikon osastohoidon aikana. Potilaalle annettiin toisena päivän hoidon aloituksesta Risolidia 25 mg x 2, Risperdalia 1 mg x 2, Levozinia 25 mg tarvittaessa levottomuuteen ja Imovanea 7, 5 mg yöksi. Ne purettiin vähitellen siten, että tarvittavaa unilääkettä Imovanea potilas käytti vain kerran. Potilaan avohoidossa lopettama Risperdal pysyi koko hoidon ajan listalla uloskirjoitukseen saakka. Levozinia (25 mg) vähennettiin ensimmäisen kerran viikon kuluessa ja toisen kerran kahden viikon jälkeen. Levozin-lääkitys lopetettiin viikko ennen kotiutusta. Risolidia vähennettiin viikon kuluessa hoidon aloituksesta. (Psykiatrian sairauskertomuksen lisälehti, 2000)

Pharmaca fennican (2001) mukaan Levozin käyttöaiheita ovat psykoosit silloin, kun niihin liittyy tuskaisuutta, väkivaltaisuutta, kiihtyneisyyttä, jännittyneisyyttä tai unettomuutta sekä

vaikeita kiputiloja. Imovanen käyttöaiheita ovat tilapäinen tai lyhytaikainen unettomuus, joka ilmenee nukahtamisvaikeuksina ja toistuvina yöllisinä heräämisinä tai liian varhaisina aamuheräämisinä. Risolidin käyttöaiheet ovat akuutit ja krooniset neuroosioireet, johon liittyy tuskaisuutta, pelkoja, levottomuutta, univaikeuksia, jotka voivat ilmetä myös depressiona. Risolidia voidaan käyttää myös antidepressiivien kanssa. Lisäksi käyttöaiheina ovat alkoholiabsinenssioireet sekä delirium tremens.

Risolidia käytetään psykosomaattisissa ja orgaanisissa sairaustiloissa, joihin liittyy jännityspäänsärkyä, käyttäytymishäiriöitä, kivuliaita lihas-spasmeja sekä unettomuuden hoitoon ahdistuneilla potilailla. Risperdalín käyttöaiheet on akuutti ja krooninen skitsofrenia, ensipsykoosit, akuutti skitsofrenian paheneminen ja muut psykoosit. Sitä käytetään myös kroonisille skitsofreniapotilaille pitkäaikaisterapiaksi relapsien ehkäisyyn sekä aggressiivisille dementiapotilaille, joilla on käytöshäiriöitä, levottomuutta tai psykoottisia oireita. (Pharmaca Fennica 2001, 225; 264; 408.)

7. 3. 3 Perhe voimavarana

Omahoitajan mukaan potilaan isä ja äiti olivat sitoutuneet tukemaan potilasta sekä olemaan mukana jatkohoidon suunnittelussa. Hän myös selvensi miten perhettä on informoitu hoidon ja tutkimuksen suhteen.

OMH: ”Minä oon tavannu vanhemmat kerran ja äidin ja potilaan pikkusiskon tapasin taas eilen - - vanhemmat haluavat perhepalaverin missä käyään läpi potilaan hoitoo.”

OMH: ”Mä eilen äitille kerroin tästä meidän hommasta ja tutkimuksesta ja mitä fa-tuoli on ja sit tästä musiikkiterapian ja fysioterapian toiminnasta mitä sää teette siellä ja minkä takia tehhään tällästä.”

Ensimmäisessä hoitosuunnitelmassa noin reilun viikon kuluttua hoidon alkamisesta suunniteltiin vanhempien tapaamista.

OMH: ”Isähän on sitoutunut tähän potilaan valvomiseen - - hän lupaa olla kaikin voimin mukana siinä, että potilas syö ne lääkkeet ja haluaa olla mukana tässä kaikin puolin - - senkin takia haluaa tätä palaveria että tulis selväksi että mikä on homman nimi ja miten toimitaan tästä eteenpäin.”

Omahoitaja oli vähän huolissaan potilaan äidin voinnista ja suhtautumisesta potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen. Potilaan äiti oli ollut huolissaan siitä, että koulu jäi kesken pitemmäksi aikaa.

Omahoitaja yritti selittää miksi on tärkeää kuntoutua rauhassa.

OMH: ”Mä oon yrittänyt lepuutella äitiä, että on parempi että potilas hoijetaan kuntoon kuin että käykö se sen koulun - - - Opettajakin oli sanonu sille äitille, että ei mitään hätää kouluun tulemisessa.”

Omahoitaja kertoo potilaan hyvistä suhteista vanhempiin erityisesti äitiin, joka on sairastunut syöpään. Yhteistyökin oli omahoitajan mukaan ihan hyvää hoidon alkuvaiheissa.

OMH: ”Äiti ja potilaan sisko asuvat ihan tien toisella puolella, missä asuu tää isä ja potilas - - - on käyny pesettään pyykit äidillä - - - ne ovat hyvin mukana tässä potilaan hoijossa.”

Omahoitaja näki, että isän rooli tulee olemaan todella tärkeää jatkossa. Isä lupasi pitää huolta, että potilas ottaa Risperdal-lääkkeen kotona ja ettei potilas valvo jatkossa yökausia. Isä oli myös hämillään potilaan voinnista eikä aluksi ymmärtänyt miten vakavasta asiasta huumepsykoosissa todella on kysymys.

OMH: ”Isä on aika vähän välittänyt potilaan menemisistä ja tulemisista - - - ei oo katellu potilaan perrään et on menny vähän miten halunnu.”

OMH: ”Isä on ilmeisesti säikähtänyt nyt tästä sairaalan tulosta niin paljon että se haluaa olla kiinteästi mukana - - isä on sanonu, että sä et enää niitten entisten kavereitten kaa liiku ja niillä ei oo meille kotiin enää mitään asiaa.”

OMH: ”Se on kuullut ääniä radion kautta, jossa isä kutsuu häntä - - -potilas alkoi niistä ite kertoa, isä ei ois puhunu niistä mitään. Siinä vaiheessa vasta isä rupes ketomaan kun potilas toi sen asian esille.”

Jatkossa isä huolehti todella tunnollisesti siitä, että potilas otti lääkkeensä ja pysyi pois vanhoista kaverikuvioista. Isä toi potilaan joka kerta sovituille jatkohoidon tapaamiselle. Vaikka potilaalla ja isällä oli paljon erimielisyyksiä, niin heidän keskinäinen prosessinsa oli potilaan toipumisen kannalta jatkohoidossa hyvin merkittävää.

7. 4 Kehittämispöcessin tulokset

Verrattuna osaston aikaisempaan toimintaan toimintatutkimuspöcessin tuloksena syntynyt toimintamalli antoi huumeapotilaille rentoutukseen ja kivunlievitykseen perustuvan kiinteän ja tiiviin viikko-ohjelman. Kiinteä viikko-ohjelma ohjelmoi vieroitushoitopotilaiden päivärytmiä ja toi siihen mielekästä sisältöä. Osastonlääkäri ja vastaava osastonhoitaja kertoivat potilaiden levottoman käyttäytymisen ja tarvittavien kipulääkkeiden määrän vähentyneen huomattavasti. Aikaisempaan osastotoimintaan verrattuna myös potilaiden huomioiminen palaverissa ja

palautekeskusteluissa lisääntyi. Fysioterapeutin käyttäessä korva-akupunktiohoitoa saatiin mielestäni hoitomallilla parhaat tulokset etenkin kivunlievityksen ja jännityksen poistamiseen tähtäävissä tavoitteissa. Toimintamallin ansiosta myös musiikkiterapian ja fysioterapian tietoisuus lisääntyi osastolla. Osastolla työskentelevät omahoitajat olivat myös kiinnostuneita ja innokkaita toimimaan hoitomallin mukaisesti erityisesti palautekeskustelujen ja alkuhaastattelujen suhteen. Osastonlääkärin mainitsema potilasaineiston muuttuminen vaikutti myös jatkossa hoitomallin käyttöasteen vähentymiseen. Lähikuntaan perustettu yksityinen huumevieroituskeskus ja A-klinikan toiminta alkoivat ottaa enemmän vastuuta sitä huumepotilasaineistoa, jolle tämän tutkimuksen hoitomalli oli kehitetty. Pyrin seuraavassa kuviossa esittämään hoitomallin keskeisimmät tulokset tutkimuksessa olleen potilaan kohdalta. Arvioin siinä myös osastohoidon aikana syntyneitä tuloksia ja niiden vaikutuksia myös avohoidossa.

Ydinkategoriat	Sairaalan vieroitushoitajakso	Avohoidossa toteutettu jatkohoito
Hoitomalli	Toteutui suunnitelman mukaisesti. Ks. kuvio 2.	Jatkui harvajaksoisemmin, säilyttäen kuitenkin musiikki- ja fysioterapian yhteistyön noin vuoden verran.
Hoitoon sitoutuminen	Potilas kiinnittyi hoitoon. Ei lähtenyt kesken hoidon ja oli motivoitunut päihitteettömään elämään osastohoidon aikana.	Avohoidossa potilas kävi sovitulla terapiatapaamisilla. Isän kannustava rooli oli merkittävä. On elänyt huumeetonta elämää.
Vierotusoireet ja kiputilat sekä tarvittavien kipulääkkeiden tarvitsevuus.	Kivun tuntemukset ja limaneritys vähenivät viikon jälkeen hoitoon tulemisesta. Ei pyytänyt enää tarvittavia kipulääkkeitä.	Ei mainittavasti kertonut kiputiloista, eikä vieroitusoireita ollut potilaan mukaan avohoidossa.
Rentoutuminen	Levottomuus ja jännitystilat selvästi vähenivät ensimmäisen hoitoviikon jälkeen. Rentoutuminen myös levottomuuden vähentymisen jälkeen helpompaa. Ks. kuvio 3.	Avohoidossa ensimmäisen puolen jälkeen masentunut, jonka johdosta välillä rentoutuminen pinnallista. Mielialan kohotessa kyky rentoutua ja nauttia elämästä kasvoivat.
Kokonaishoidon huomiot	Viikon kuluttua hoidon aloittamisesta omahoitajakeskustelut sujuivat tavoitteellisesti. Potilas motivoitui jatkohoitoon. Unen laatu ja määrä parani jo vajaan viikon kuluttua hoidon aloituksesta. Yhteistyö perheen kanssa sujui ongelmitta ja isä motivoitui huolehtimaan pojastaan.	Potilas kävi avohoidossa muuttunutta elämäntilannettaan läpi ja työskentely huumeettoman elämän puolesta oli sisukasta ja tuloksekasta. Potilas suoritti koulun loppuun ja solmi tärkeän ihmissuhteen.

KUVIO 7. Tutkimustulosten peilaus tutkimusongelmiin

Seuraavissa kappaleissa käyn edellä esitettyjä tuloksia läpi, viitaten hoitosuunnitelmissa ja palavereissa nauhoitettuihin haastatteluihin sekä moniammatillisen tutkimustiimin, potilaan ja lääkärin havaintoihin sekä reflektioihin.

7. 4. 1 Hoitomallin arviointi

Hoitomallia arvioitiin ensimmäisen kerran ennen ensimmäistä hoitokontaktia potilaan kanssa. Koko tutkimuksen ajan hoitomalli oli saanut positiivista palautetta ja potilaan hoidon aikataulujenkin suunnittelu onnistui hyvin.

E: ”Oisko mitään kehitettävää, mitä vois tehdä toisin.”

OMH: ”No en minä ainakaan tiijä, musta tää kuulostaa ihan hyvältä. ”

E: ”Aika hyvinhän me saatiin silleen noi ajatkin, neljä kertaa viikossa.”

Viikko-ohjelman suunnittelu yhteispalaverissa tuntui myös sujuvan helposti ja ajat sekä tehtävänjaot sovittiin yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä. Potilaalle viikko-ohjelma on merkittävä, sillä siitä hän voi tarkistaa toimintojen aikataulut ja suunnitella perhetapaamiset ja muun osasto-ohjelman.

OMH: ”Suuntaviivat tästä eteenpäin on semmoiset, että sulla on tää viikko-ohjelma, mikä me ollaan tehtynä. Siinä on ihan tiiviisti niitä aikoja.”

Lääkäri jatkaa hoitoa ja kirjoittaa lisää sairauslomaa. Omahoitajan tehtävä on selventää lääkärin määräyksiä niin että potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi.

OMH: ”Sun hoito jatkuu kaksi viikkoa ja sen jälkeen hoitosuhteen tarkistus.”

POT: ”Ai viel tästä kaksi viikkoa eteenpäin.”

OMH: ”Sun sopimus on tehty kahdeksi viikoksi eteenpäin ja nyt siihen tulee niinku yks viikko sit siihen sopimukseen lisää.”

POT: ”ONo Suunnitelmat ovat sitte selviä, mulle on kaikki selvää, onks teillä kellään mitään.”

L: ”Meillä on tästä ihan hyvä jatkaa .”

Arvioimme tulohaastattelulomaketta ja sen käytännöllisyyttä.. Samalla omahoitaja arvioi tulevien potilaiden määrää. Totesimme potilaan olevan ”ihanne-potilas”, koska hän sitoutui niin hyvin toimintaan ja omaan hoitoonsa. Omahoitaja viittasi siihen, että tavallisempaa on lyhyemmät hoidot osastolla.

OMH: ”Mulla on se haastattelukaavake- - - täytin sen tossa hoitajien kanssa.” OMH: ”Onks tää sun mielestä ihan OK?” E: ”On.”

E: ”Tarviiko muuttaa tätä kaavaketta.” OMH: ”Se on hyvä.”

L: ”Näytätkö vähän mullekin. ”

E: ”Tässä on tää tulohaastattelukaavake, kun kaveri tulee niin arvioidaan vähän etukäteen.”

OMH: ”Meillä vaihtelee paljon, että saattaa tulla kahdeksi kolmeksi päiväksi ja lähtee pois - - - ne voi olla vaan sen että ne lähtevät.”

OMH: ”Sitte tulee tämmösii hyviä terapiota että ne sitoutuvat vapaaehtoisesti jäämään.”

Loppupalaverissa viikon kuluttua pohdimme jälleen toimintamallin palautetta ja potilaan kuntoutumista. Olin potilaan kolmannen hoitoviikon aikana sairaslomalla, jolloin fysioterapeutti Henry Kolmonen käytti oman ohjelmansa ohella fysioakustista menetelmää. Olin kouluttanut fysioterapeutin käyttämään fysioakustista menetelmää oman viitekehyksensä mukaisesti.

OMH:” Tää kuulostaa ihan hyvälle, tää meni todella saumattomasti, minun mielestä ainakin ja potilaskin on kaikin puolin tyytyväinen - - - potilaalla ei oo sovittu nyt mitään muuta, nää teijän käynnit on ainuat mitkä on sovittuja.”

Osaston lääkärinä toimiva Ilkka Haapamäki antoi palautetta toimintamallin suhteen toukokuussa 2002.

”Malli on hyvä. Se on mahdollistanut pot. rauhoittumista ja keskittymistä myös suljetussa hoidossa ollessa.”

”Muita vastaavaan pystyviä vaihtoehtoja ei juuri ole. Huumepotilaita on ollut radikaalisti vähemmän kuin viime vuonna.”

” Emme siis ole saaneet aikaan useampia tai säännöllisiä hoitosarjoja. Kuinkahan asiaan vaikuttaa huumevieroitus- ja kuntoutusyksikön perustaminen syksyllä?”

” Kysyntä saattaa meillä vähetä vielä lisää - tai sitten nousta kun tieto hyvästä jatkohoitomahdollisuudesta em. yksikössä leviää.”(Henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2002).

Tähän tutkimukseen suunniteltu toimintamalli oli käytössä vuoden 2001 loppuun saakka kunnes fysioterapeutti lähti virkavapaalle. Sen jälkeen sitä on sovellettu koskemaan lähinnä musiikkiterapian toimintoja, jotka pyrin pitämään sellaisina kuin ne alkuperäisesti suunniteltiin. Uuden fysioterapeutin saapuessa kesällä 2002 ei huumevieroituspotilaita ainakaan sillä osastolla ole musiikkiterapiaan tullut. Keväällä 2003 tutkimuskriteerin täyttäviä lähetteitä tuli sairaalan uusilta osastoilta mutta alkuperäisen suunnitelman mukaisesti toimintamalli ei enää ole toiminut. Syitä siihen on monia, joista päällimmäisenä oli mielestäni henkilövaihdokset, oma pitkä virkavapaus ja sairaalan sisäiset organisaatiomuutokset. Organisaatiomuutoksen aikana pyrittiin turvaamaan vain toiminnallisen kuntoutuksen perustoimintojen riittävyys.

7. 4. 2 Hoitoon sitoutuminen

Toimintamallin hoidollisina kriteereinä olivat hoitoon sitoutuminen, rentoutuminen sekä kiputilojen ja levottomuuden vähentyminen. Tulokset olivat kauttaaltaan positiivisia, ainakin

omahoitajan mielestä. Tuloksista voi päätellä, että motivoituminen toimintaan auttoi sitoutumaan ja kiinnittymään potilasta osaston kokonaishoitoon. Mielestäni hoidon sitoutumiseen vaikutti potilaan vieroitusoireiden vähentyminen ja yleinen voinnin kohentuminen. Arvioimme rentoutumista, kiputilojen kokemista, verbaalista asioiden työstämistä ja toipumista kokonaisuudessaan.

OMH:” Toiminnan tarkoitus on, että levottomuus ja jännitys tilat ja kiputilat, saahaan, sillä lievenetty ja vähennetty.”

OMH:” Hän on motivoitunut joka kerta näihin lähtöihin ja ei oo koskaa sanonut et ei niinku kiinnosta tai siellä on ollu keljumaista tai tämmöstä - - - tosi nopiaa lähti sitte toipumaan.”

Ensimmäinen arviointi pidettiin perjantaina ensimmäisen hoitoviikon jälkeen, jolloin potilas oli käynyt hoitomallin mukaisesti musiikkiterapiassa ja fysioterapiassa kaksi kertaa. Hoitoon sitoutuminen oli yksi keskeisimmistä arviointikohteista. Omahoitajalla oli siinä vaiheessa jonkinlainen pelko siitä, että kun potilas alkaa koostumaan niin sitoutuminen hoitoon voi alkaa heiketä.

OMH:” Potilas tykkää hirveesti ja oli tosi hyvä että hän suostu tähän.”

OMH:” Tää on tosiaan ollu hyvä homma, että potilas valittiin tähän ja silleen että tää on auttanut häntä - - - Hän on nauttinut aivan tosissaan siitä olemisesta siellä ja on tykännyt käyä kummassakin sekä musa- että fysaterapiassa.”

FT:” Se on hyvä että se menee noin koska samalla se tukee hoitoon sitoutumista täällä.

OMH:” Se on kyllä jännä että se on sitoutunut nuin hyvin - - - osastolla oleminenkin on helpompaa.”

Hoidon mielekkääksi kokeminen lisäsi mielestäni kokonaishoitoon sitoutumista. Ilmaisullinen ja rentoutukseen perustuva terapeuttinen asetelma mahdollisti positiivisen suhtautumisen omaan kuntoutumiseen ja osastolla olemiseen. Fysioterapeutti kertoi omia tuntemuksiaan hoitoon sitoutumisesta ensimmäisen viikon kuluttua hoidon aloituksesta.

FT:” Potilas on sitoutunut olemaan täällä ja se ite sano tossa eilen fysioterapian jälkeen että hän haluaa hoitaa itensä kuntoon.”

FT:” Hänellä ei oo nyt kiirettä täältä pois, vaikka on mahdollisuus lähteä ihan milloin vaan.”

OMH:” Tää on kyllä hyvä ettei tuu mitään kiistelyä tästä hoitoajasta - - - hän myöntyy olemaan vielä enemmänkin.”

E:” Yllättävän myöntyväinen, hoidon alussa mä epäilin että kuinka se sitoutuu mutta aika hyvin se sitoutu.”

7. 4. 3 Rentoutuminen

Keroin ensimmäisessä arviointipalaverissa aikovani tietoisesti lisätä musiikin ja aktiivisen soittamisen osuutta musiikkiterapiassa. Kävin myös läpi omia tuntemuksiani potilaan keskittymiskyvyn arvionnissa.

E: ”Se oli se ensimmäinen kerta mullakin maanantaina, melkoisen levoton, oli vaikea keskittyä ja kappaleet oli kolmen minuutin pituisia kun taas sitten piti vaihtaa - - - potilas ei halunnut kuunnella rentoutusmusiikkia ollenkaan, vain Metallicaa.”

OMH:” Se ei pystynyt.” E:” Välillä vettä ja taas sitten oltiin ja mut niinku yritti kuitenkin - - - ehdotin klassista ja rentoutusmusiikkia mutta potilas sanoi että ei tässä vaiheessa vielä kykene. ”
OMH:” Moni ei kykene tuolla lailla sanomaan näinkin nopiassa vaiheessa ja se oo ollu ku tuon aikaa hoijossa.”

Fysioterapeutti kertoi omia tuntemuksiaan rentoutumisen ja levottomuuden osalta ensimmäisen viikon jälkeen hoidon aloituksesta.

FT:” Motorinen levottomuus on vähentynyt huomattavasti ja potilas on ollut rauhallinen sitten sen alun jälkeen. Samaten ne janat, niissä on ihan selkee lasku levottomuus- ja kipuasteikossa.”

FT:” Meillä oli kevyttä liikuntaa ja venyttelyä ja sitten mä pistin potilaan siihen hierontapöydälle ja otin ton selän ja hartia hieronnan, kävi sillee että potilas nukahti siihen sitten loppujen lopuksi - - - siinä varmaan osittain on se lääkityskin mikä väsyttää mutta kyllä kaikki nää yhteensä on tehnyt ihan hyvää.”

7. 4. 4 Kivuntuntemukset ja tarvittavat kipulääkkeet

Tutkimustiimimme arvioi kivun tuntemuksia, jokainen kohdallaan. Tulokset ovat samankaltaisia kuin viimeaikaisissa projekteissa eri kuntoutuslaitoksissa. Olen esittänyt kahden kaavion avulla kipu- ja rentoutuskaalojen tulokset kuviossa 3.

OMH: ”Se ei puhu enää mistään kiputiloista - - - Se ei puhu pääkivusta, siinä alussahan sillä koko ajan piti olla buranaa.”

E: ”Me on tehty niitä vas – skaaloja niitä kymmenen sentin janoja joka kerran jälkeen ja niissä tippuu ihan selkeästi se kivun subjektiivinen asitimus.”

FT:” Ei se oo mullakaan kiputiloista puhunu - - - oon huomannu kanssa samaa kivun kokeminen vähenee ja se levollisuus lisääntyy, siinä on useiden senttien heitto siinä janalla.”

7. 4. 5 Vaikutukset potilaan kokonaishoitoon

Viikon kuluttua sisään kirjautumisesta omahoitaja arvioi potilaan käyttäytymisen muuttumista omahoitajakeskustelujen kannalta. Muutos oli merkittävä hoidon alkuhetkeen verrattuna. Potilas kykeni käymään läpi elämässään tapahtuneita asioita ja niihin liittyviä tunteita.

OMH:” Siellä oli viikko sitten ihan hirveet bileet menossa tossa musahuoneessa se siellä touhusi ja kaikkialla se häsäs ja hösäs - - - koko ajan ja se sekoitti asioita.”

Omahoitaja oli sitä mieltä, että hoidon ansiosta potilas pystyi keskittymään hoitosuunnitelmaan, mikä hänen mielestään ei olisi onnistunut muutama päivä sitten.

OMH:” Potilas pystyy jo keskittyy olemiseen, ei ois puhuttakaan vielä muutama päivä sitten hoitosuunnitelman pitämisestä.”

OMH:” Kun tulin eilen töihin ja illalla juteltiin potilaan kanssa, niin se pysty ihan rauhassa istumaan ja juttelemaan asioista ja kertomaan kaikista näistä itsemurha-ajatuksista ja mitä sillä on ollut aikoinaan ja omasta sielunmaisemastaan huomattavasti paremmin.”

OMH:” Potilas rupes käymään läpi sellaisia aikaisempia asioita, joita ei ole pystynyt puhumaan niinku mm. näistä tunteista, mitkä asiat häntä itkettää, mitkä asiat hänet saa masentuneeksi.”

Kävimme läpi rentoutumisen kokemista ja kokonaishoidon tavoitteita. Omahoitaja painotti alusta alkaen kiireettömyyteen kotiutumisessa. Omahoitaja toimi koko ajan suunnitelmallisesti ja johdonmukaisesti ja sai potilaan ymmärtämään hoidon jatkumisen tärkeyttä.

OMH:” Sun vointi vaatii nyt sitä että sä nyt levähät ja tasotut ja rentoudut - - - on tärkeätä että sinä tuut itse kuntoon, kun se että sulla on kiire sinne kouluun.”

POT: ”Ei mulla oo kiirettä. OMH: ”Mä tarkoitan vaan sitä, että sä toivut - - - näyttäs siltä, että sun vontis alkaa kuitenkin mennä parempaan suuntaan - - - sä oot rauhoittunut ja tasoittunut jonkin verran siitä mitä sä olit alussa.”

Kerroin myös oman tuntemukseni potilaan soittotaidoista. Samalla omahoitaja totesi että potilaan kommentit ovat muuttuneet hoidon aikana realistisemmiksi. Alussa oleva uhoaminen ja kehuminen ovat jääneet pois.

E: ”Potilas pystyy soittamaan rumpuja perusbeatilla ja hallitsee bassosta semmoiset riffit ja näköjään osaa soittaa myös kitaraa.”

OMH:” Se sano että jotenkuten osaa soittaa, jos se olis ollut huonommassa kunnossa, niin se olis kehun, että joo hän osaa tehdä mitä vaa - - - realismi alakaa tulla, näkee että enää ei oo se vauhti niin että kaikki on että hän osaa tehdä mitä vaan.”

Omahoitaja kertoi myös potilaan parantuneesta unensaannista.

POT: ”Yököjenkin mielestä oot nyt nukkunut hyvin - - - sulla oli se ongelma tässä aikasemmin että sä et oo meinannu malttaa mennä nukkumaan, mutta nyt sul ei kuulemma oo enää sitäkään ongelmaa.”

Omahoitaja kurkisti myös tulevaan viikkoon ja kertoi potilaan tulevista oikeuksista. Potilaat saavat ulkoilu ja liikkumislupia sitä mukaa miten vointi kohenee. Kaikki lupa-asiat käsitellään hoitosuunnitelmissa. Tässä kuvaan viikon välein tehtyjä hoitosuunnitelman päätöksiä lupien suhteen.

OMH: ”Ens viikolla sitten mietittäis niitä sun vapaakävelyjä.”

L: ”Niin jatketaan silleen että sä käyt hoitajan kanssa kävelyllä.”

OMH: ”Vapaakävely potilas on saanut eli tunti-luvat - - - potilas käyttää nyt tuntilupia ja on käyttänyt niitä eilen ihan hienosti - - -sopimuksista on pijetty kiinni kaikin puolin.”

Jatkohoidon suunnittelu ja perheen huomioiminen ovat huumevieroitushoidossa tärkeitä asioista. Niinpä avohoidon suunnittelu oli mukana jo heti alusta alkaen ensimmäisessä palaverissa. Suunnitelmissa oli myös perhepalaverin pitäminen sillä perheen huomioiminen on kokonaishoidossa äärettömän tärkeää.

OMH: ”Ens viikolla pijettäis palaveri jossa olis potilas, isä, äiti, minä ja sinä ja jos sitten vaikka avohoidossa oleva potilaan omahoitaja - - - me voitais yhdessä neuvotella sitä jatkohoitoa.”

OMH: ”Nyt ei kannata pilata hirveellä hoppuilulla - - - koska on näin hyvin täällä hoijossa menny - - - Potilas menis kouluun sit seuraavan kuun alussa ja aloittais opiskelun jos kaikki on okei ja nuorisopolilla tuutta siihen tulokseen, lääkärin ja omahoitajan kanssa että kaikki on hyvin - - - se vaatii sen hyvän keskittymiskyvyn kyllä.”

OMH: ”Kun saahaan potilas hoietua täältä pois, niin saadaan se nuoriso psykiatrian polin hoito ja että potilaan pitäis päästä sinne kouluun.”

Omahoitaja alkoi uskoa potilaan kuntoutumiseen ja huumeettomaan elämään myös osastohoidon jälkeen. Esille tuli myös ilmiö mistä Hesperian sairaalan konkarimusiikkiterapeutit kertoivat. Huumevieroituspotilaat tuntee toisensa ja maineensa ja sen mukaan myös potilaiden suhtautuminen ja roolit toisiaan kohtaan voi vaihdella.

OMH: ”Mä uskosin että potilas tulee pärjäämään - - - söis ton Risperdalin, ettei se ton kaljan kanssa rupeis tolskailemaan ja unilääkkeiden tai minkään näitten kaa et se on luvannu nyt jättää sen kaveripiirin mikä on käyttänyt huumeita.”

POT: ”Sattu kohtalo puuttumaan peliin kun uusi joka tuli on tuttu, se on asiallii kaveri ja sen kaa ollaa kaljaa silloin tällöin maisteltu.”

Potilaan vointia arvioitiin loppupalaverissa kolme ja puoli viikkoa hoidon alkamisesta. Kävimme läpi potilaan vointia ja jaksamista sekä sitoutumista ja kiinnittymistä hoitoon.

OMH: ”Mun ymmärtääkseen kaikki on mennyt ihan hyvin mitä potilasta on kuunnellut että, mitä potilas on puhunut tästä ja tykänny olla täällä - - - lääkeshoidolla on ollu varmaan suuri osa ja sitten niin tällä fysioterapia ja musiikkiterapia yhistelällä – uskon ainakin niin että sillä on ollu oma tota osansa tähän.”

POT: ”Kokonaisuus kertyy niistä, mukavaa on ollut, täytyy myöntää että ei uskoiskaa et täällä on ollu jo niin kauan.”

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksen päätehtävänä ollut hoitomallin kehittämisprojekti saatiin mielestäni aikaiseksi tutkimusajankohtana olleilla resursseilla. Ratkaiseva tekijä hoitomallin kehittämisessä oli Hesperian sairaalan musiikkiterapeuttien antamat käytännön kokemukseen perustuvat neuvot. Sain haastattelun kautta itselleni selvitettyä narkomaniaan liittyviä ongelmia sekä erilaisia käytännön lähestymistapoja, miten hoitomallin voi käytännössä suunnitella ja kehittää. Haastattelun kautta lähestyin keskeisiä teemoja, jotka kantoivat hoitomallin kehittämistyötä. Huumevieroituksesta ja siihen liittyvästä problematiikasta löytyi myös riittävästi kirjallisuutta, johon pystyin viittaamaan. Musiikkiterapian fysioakustisesta menetelmästä alkoi myös löytyä riittävästi uutta aihetta sivuavaa tutkimusta, johon tutkimuskysymyksiä pystyi luontevasti peilaamaan. Toimintatutkimus oli myös menetelmänä hyvä ratkaisu koska sen avulla pystyttiin kehittämään malli, joka auttoi tutkimaan osaston ongelmatilannetta, niin että mahdollisimman moni osaston työntekijöistä pystyi halutessaan osallistumaan ja sitoutumaan yhteiseen projektiin.

Moniammatillinen tiimityöskentely oli tutkimusta kannatteleva tekijä. Kaikki tutkimustiimin jäsenet olivat tutkimusajankohtana motivoituneita kehittämään ja ratkaisemaan alussa kuvattua ongelmaa. Tutkimustiimin motivoituneisuus sekä yhteiset suunnittelu – ja kehittämispalaverit toivat potilaalle tunteen, että hänen hoitamisensa ja kuntoutuminen on tärkeä asia ja siihen satsataan paljon voimavaroja. Potilaalla oli hyvä ja turvallinen olo. Hän uskalsi käydä huumevieroitusongelman taustalla olevia elämäntapahtumia ja niihin liittyviä tunteita läpi. Keskeisiä teemoja olivat itsenäistyminen, aikuistuminen, isän alkoholinkäyttöön suhtautuminen, äidin sairaus, romanikulttuurin vaikutukset elämään ja koulun käyntiin, seurustelu ja valmistuminen ammattiin. Nämä olivat isoja asioita, joita potilas peilasi terapeutteihin hoitonsa aikana. Tutkimuksen kohteena ollut huumeita käyttänyt nuori sitoutui sairaalahoitoonsa niin, että kuntoutumiselle saatiin riittävän vahva pohja myös avohoidossa. Tutkimuksen ulkopuolella olleet huumenuoret olivat myös hoitonsa ajan sitoutuneena toimintaan, eivätkä lähteneet kesken osastonhoitajaksoa pois sairaalasta.

Tutkimusmenetelmä pohjautui toimintatutkimuksen viitekehykseen. Siihen liittyi mielestäni se ongelma, että oli vaikeaa hahmottaa tutkimuksen eri vaiheita tutkimuksen rakenteen kannalta. Mallin kehittämisen kuvaaminen oli työlästä ja aikaavievää. Toisaalta toimintatutkimukseen liittyvä kvalitatiivinen tiedonmäärä tuotti haastattelujen ja triangulaation avulla paljon laadullisia tutkimustuloksia. Tutkimuksen tulosten raportoinnin koin erittäin vaikeana ja haastavana koska yritin saada tutkimuksen rakenteeseen sekä hoitomallin kehittymisen seuraamisen että potilaan musiikkiteraprosessin kuvaamisen. Lukujen 4, 5, 6 ja 7 rakenteellinen ratkaisu oli siten myös työlästä, koska sisällön ja toimintatutkimuksen kulun yhteensovittaminen ei näyttänyt saavan loogisesti toimivaa rakennetta. Nyt jälkikäteen huomaan, että tutkimus olisi pitänyt rajata selkeästi hoitomallin kehittämisen kuvaamiseen ja jättää musiikkiterapiassa syntynyt aineisto jatkotutkimuksen materiaaliksi. Jatkotutkimuksessa toivoisin, että taustan viitekehys olisi selvempi niin, että siihen pystyisi vaivattomammin nojaamaan. Toimintatutkimus hyödyntää monia laadullisia lähestymistapoja mutta ei ole niin selvärakenteinen kuin esim. grounded-teorian tyyppinen lähestymistapa. Toimintatutkimus vaatii tutkijalta tiivistä osallistumista, tutkittavaan aiheeseen perehtymistä ja aitoa halua kehittää toimintaa. Tämä tutkimus oli kehitetty suurempaan tarpeeseen, kuin mitä käytäntö osoitti. Avohoidon kehittyminen alkoi vetää huumeita käyttäviä nuoria siinä määrin, että tutkimusaikana osastolla oli vain muutama tutkimuskriteerit täyttävä potilas. Henkilökohtaisesti minua harmittaa se, ettei malli luonut pysyviä käytäntöjä vaan sen merkitys oli oikeastaan suuri vain tutkimusajankohdan aikana olleelle yksilöpotilaalle. Toisaalta yhdenkin huumevieroituspotilaan kuntoutuminen on lahja elämälle.

Tutkimus loi mielestäni uuden näkökulman päihdekuntoutukseen. Fysioakustisen menetelmän yhdistäminen moniammatillisen tiimityöskentelyn kautta fysioterapiaan antoi suoran keinon helpottaa huumeipotilaiden vieroitusoireita. Teoria-osuudessa viittaamaani oksitosiinin, fysioterapian ja fysioakustisen menetelmän yhteys näyttäisi tuovan siis varsin hyviä tuloksia vieroitusoireiden helpottumiseen. Vieroitusoireiden helpottuminen ja mielekkään tekemisen kokeminen osastohoidon aikana vastasi juuri niihin kysymyksiin mitä haettiin. Tiiviin mallin mukainen toimintamalli poisti potilailla usein kuvatun levottoman olon ja tekemisen puutteen. Se mitä tehtiin, oli johdonmukaista potilaan kokonaisuhoitoa tukevaa suunnitelmallista toimintaa. Tutkimuksen avulla pystytään osoittamaan, että toimintatutkimuksen kautta

voidaan kehittää osasto-olosuhteisiin toimiva malli. Äärimmäisen tärkeää oli osastoon kuuluvan henkilökunnan motivoituminen ja sitoutuminen kehittämistyöhön.

8.2 Tulosten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan Hirsjärven ym.(2003, 213-215) mukaan käyttää useita erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Luotettavuus voidaan todeta esim. sillä, että kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai eri tutkimuskerroilla päästään samaan tulokseen. Tässä tutkimuksessa pääsimme fysioterapeutin kanssa samankaltaisiin rentoutumisen lisääntymisen ja kiputilojen vähentymiseen viittaaviin tuloksiin VAS-skaalojen avulla. Myös muiden kuin tutkimuksessa olleen yksilöpötilaan hoitoon sitoutuminen oli korkeaa luokkaa ja ilmiö oli siis samalla tutkimusasetelmalla toistettavissa.

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata mitattavaa asiaa tai tapahtumaa. Peilasimme tutkimuskysymyksiä hoitosuunnitelmien ja tiimipalaverin aikana joka kerta hoitomallin suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheiden aikana. Potilaan ja omahoitajan mietteet nauhoitettiin ja litteroitiin sellaisinaan ja ne on myös esitetty suorina lainauksina hoitomallin kehittämisprosessin kuvauksissa. Pyrin myös kuvaamaan tutkimusvaiheita juuri niin kuin ne tapahtuivat tutkimuksen tekoheikellä. Laadullisen tutkimuksen ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ja tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Laadullisen tutkimuksessa aineiston analyysi on keskeistä luokittelun tekemisessä. Luotettavuutta lisäävät luokittelun syntyminen alkujuurien ja luokittelujen perusteiden syntyminen sekä tutkimusselosteen rikastaminen suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi ym. 213-215.)

Tämän tutkimuksen luokittelu sai alkunsa Hesperian sairaalan haastattelussa tulleiden keskeisten tekijöiden pohjalta. Näitä keskeisiä tekijöitä olivat siis tutkimusongelmissa mainitut toimintamallin kehittäminen, potilaiden rentoutuminen, hoitoon sitoutuminen, levottomuuden ja jännittyneisyyden vähentyminen ja tarvittavien kipulääkkeiden vähentyminen. Luokittelua tukivat myös viimeaikaisten tutkimusraporttien samankaltaiset

tutkimustulokset. Näitä tutkimustuloksia peilattiin tämän tutkimuksen ongelmissa ja ne myös muodostivat luokittelun rungon tutkimustuloksia raportoitaessa. Tässä tutkimuksessa on myös pyritty viittamaan litteroituihin haastattelu-, palaveri- ja hoitotapahtumien vuorovaikutustapahtumiin, jolloin tutkijan tulkinta olisi siinäkin mielessä perusteltua.

Tutkimuksen validiutta voidaan Hirsjärven ym. (2003, 215) tarkentaa triangulaatio menetelmällä, jolloin tutkimuksessa käytetään useita tutkimusmenetelmiä. Menetelmä triangulaatio selvittää tutkimuksessa käytettyjä useiden menetelmien käyttöä. Tutkijatriangulaatio pohjautuu tutkimukseen osallistuvien tutkijoiden rooliin tutkimuksen aineiston kerääjinä ja tulosten analysoijina ja tulkitsijoina. Teoreettinen triangulaatio lähestyy tutkimusilmiötä eri teorioiden näkökulmasta ja aineistotriangulaatio yrittää ratkaista samaa ongelmaa useiden erilaisten tutkimusaineistojen pohjalta. Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin kirjallisuudesta, haastatteluilla, terapia- ja palaverinauhoituksilla, osastonraporttilehdistä sekä potilaan sairaskertomuksesta sekä avohoidon verkostotapaamisilla. Lisäksi tässä tutkimuksessa hyödynnettiin moniammatillisen tutkijatiimin työskentelyä aineiston keräämisessä, analysoinnissa ja tulkinnassa.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa voidaan hyödyntää myös Lincolnin ja Guban (1985) suosittamaa käytäntöä, jossa tutkittavina olleet arvioivat toimintatutkimuksessa saatuja tuloksia ja siinä tehtyjä tulkintoja. Tätä kutsutaan termillä ”member checking ” ja tässä tutkimuksessa sen ovat arvioineet tutkimukseen osallistunut potilas, fysioterapeutti, potilaan omahoitaja sekä osaston apulaisosastonhoitaja. Raportin tarkastelevat Heikkisen ym.(1999, 80-81) mukaan ne henkilöt, joilta aineisto on kerätty ja jotka osaltaan ovat olleet kehittämässä ja toteuttamassa yhteistä toimintatutkimushanketta.

Tutkimuksen yleistettävyyttä arvioitaessa kiinnittyy huomio siihen, että tutkimukseen osallistui vain yksi potilas. Tutkimusmateriaalia kerättiin kirjallisuudesta, haastatteluista, palavereista, hoitosuunnitelmista sekä potilaan terapiakäynneiltä. Toimintamallin kehittämistä arvioitiin kaksi kertaa viikossa neljän viikon aikana ja kaikki arviointi palaverit nauhoitettiin ja litteroitiin. Potilaan sitoutuminen hoitoon ja vieroitusoireiden nopea helpottuminen sekä levottomuuden väistyminen olivat hyviä tutkimustuloksia. Riippuivatko ne tutkimuspotilaasta, kokonahoidosta vai toimintamallin viitekehuksesta on vaikeaa arvioida. Voisin kuitenkin

perustellusti väittää, että potilaan huomioiminen ja hänen hoidollinen välittäminen auttoi potilaan kuntoutumista. Tutkimushetkellä moniammatillisen tutkimustiimin motivoituneisuus osaltaan palveli hyvien tutkimustulosten saamista. Jatkossa kohtaamani neljä muuta huumevieroituksessa ollutta potilasta sitoutuivat hoitoonsa samalla tavalla, joten toimintamalli ainakin heidän kohdallaan antoi samankaltaisia tutkimustuloksia. Myönnettävää on, että tutkimuspotilaan musiikista innostuneisuus ja harrastuneisuus edesauttoivat hänen sitoutumista hoitoon, niin osasto kuin avohoidossa. Tutkimustulokset ovat samankaltaiset, kuin mitä erilaisissa fysioakustisen menetelmän tutkimusprojekteissa on saatu viimeisen kahden vuoden aikana. Fysioakustisen menetelmän avulla on saatu vähennettyä potilaiden kipulääkkeiden tarvetta ja lisättyä rentoutumisen tasoa.

Tutkimustuloksia voidaan mielestäni hyödyntää sellaisissa huumevieroitusyksiköissä, joissa on mahdollista samankaltaisen toimintamallin toteuttaminen. Hoitomallin tiivis aikataulus, säännölliset palautekeskustelut ja moniammatillisen tutkimustiimin työskentely olivat tutkimuksen kannalta keskeisiä tekijöitä. Mielestäni on myös tärkeää raportoida onnistuneista toimintamallin tuloksista, sillä ne antavat toivoa huumevieroituksen parissa työskenteleville tutkijoille ja hoitajille. Toimintamalli antoi tutkimuspotilaan omahoitajalle hyvän mahdollisuuden työskennellä motivoituneen potilaan kanssa, jolla oli halu kuntoutua ja päästä irti huumeidenkäytöstä. Toisaalta tutkimuksella saatiin näyttöä myös psykodynaamisesta lähestymistavasta. Se ei perustunut lääkekorvaushoitoon vaan potilaan omaan prosessointiin ja fysioterapian sekä fysioakustisen menetelmän yhteisvaikutuksiin. Tutkimus omalta osaltaan tukee fysioakustisella menetelmällä saatuja positiivisia tutkimustuloksia huume- ja päihdekuntoutuksessa.

8. 3 Tutkimustulosten merkitys ja johtopäätökset

Potilaan musiikkiterapiassa voi havaita selvää kuntoutumista hoidon edetessä. Kuukauden kestävä sairaalajakso oli selvästi vieroitushoitoa ja akuuttien kiputilojen sekä unirytmien palauttamista ja sen hetkistä elämäntilanteen arvioimista tässä ja nyt hetkessä. Avohoidossa alkoi heti selkeästi määrätietoisempi työskentelyvaihe, jolloin potilas toi omia sanoituksiaan musiikkiterapiaan. Niitä soitettiin ja niiden pohjalta improvisoitiin. Potilas lauloi myös ennalta toivomiaan kappaleita, jotka etsimme nuoteista ja levyiltä laulettavaksi.

Suunnittelimme potilaan avohoidon jatkumaan myös tiiviiksi perustuen edelleen fysioterapian ja musiikkiterapian yhteisvaikutukseen. Sovimme fysioterapeutin kanssa tapaamiset samaksi päiväksi niin että ensin on 45 min fysioterapiaa joka käsittää fyysiset harjoitukset, rentoutumisen ja sitten 45 min musiikkiterapiaa, jolloin menetelmänä oli soittaminen ja laulaminen. Silloin kun potilas oli kovin väsynyt tai allapäin kuuntelimme musiikkia ja fysioakustinen tuoli oli käytössä keskimäärin 30 min / kerta rentoutusohjelmalla. Potilas jatkoi puolitoista viikkoa uloskirjoituksen jälkeen musiikki- ja fysioterapiassa.

Olen pohtinut sitä, miten potilas jakoi koko seuraavan kevään avohoidossa ilman repsahduksia ja sairaalaan joutumista. Olimme koko avohoidon tiimin kanssa välillä todella huolissamme potilaan voinnista. Avohoidon tiimi koostui nuorisopsykiatrian poliklinikan omahoitajasta, lääkäristä, fysioterapeutista ja musiikkiterapeutista. Potilaan vointi koki odotetun romahduksen Joulun jälkeen. Potilas masentui syvästi, jonka syinä mielestäni olivat yksinäisyys, mielekkään tekemisen puute, ongelmat isän kanssa, suhtautuminen omaan alkoholinkäyttöön ja vanhan kaveripiiriin jääminen pois kuvioista. Uloskirjoituksen jälkeen potilas oli siviilissä käytännössä yksin. Mielestäni hoitamisessa alkoi selkeä masennuksen hoitovaihe, jota kesti kevään ajan. Potilas sinnitteli ja kävi säännöllisesti sekä musiikki- että fysioterapia-ajoilla. Isä toi sovitusti potilaan musiikkiterapian ja fysioterapian sovituille ajoille.

Vastauksena kysymykseeni löydän kaksi erillistä kulmakiveä. Avohoidossa potilas kävi kahdella jo entuudestaan tutulla ja turvallisella terapeutilla, jotka edustivat erilaisia maailmankuvia ja erilaisia peilausmahdollisuuksia. Oli fyysisen kunnon ylläpito ja miehisen identiteetin rakennus, sekä musiikkiterapia, joka koostui kahdesta elementistä: fysioakustisesta menetelmästä ja merkittävän musiikin soittamisesta ja laulamisesta. Potilas työskenteli soitettun ja laulettun musiikin kautta. Potilas kävi läpi omaa elämäntarinaansa ja peilasi masentuneena omaa suhdetta isäänsä, kouluun ja aikuistumiseen.

Menetelmän perusidea oli yksinkertaisesti fysioakustisen menetelmän herättämien tunnelmien purku merkityksellisen musiikin kautta. Potilas valitsi itse musiikin sekä kuunnellun, laulettun että soitettun. Musiikilla oli merkitystä. Kappaleet linkittyivät merkittäviin elämäntilanteisiin ja elämänvaiheisiin. Toisaalta myös karaokekulttuurin ja romanikulttuurin läpikäyminen

terapiatilanteeseen oli selvästi havaittavaa. Potilaalle oli luontevaa laulaa niin iskelmää (Irwin Goodman, Rauli Badding Somerjoki) kuin kuunnella Metallicaa. Metallican kuunteleminen kuvasti nuorisokulttuurin mukaista metallimusiikkia ja oli potilaalle keskeistä huumeidenkäytön ja sosiaalisen kasvun ikävaiheessa. Kuuntelimme myös musiikkia, joka auttoi kantamaan ja kestävämpään oloa hoidon alkuvaiheessa (The Doors) ja joka oli tie uuteen kasvuun (Rolling Stones). Potilaalla oli myös tarve ilmaisuun soittamisen kautta (rumpujen soittaminen) sekä uuden kasvun vaiheessa uuden oppimisen ja onnistumiskokemusten saamiseen (kitaran soitto). Mielestäni potilaan terapiassa voidaan havaita ja nimetä eri vaiheita.

Vieroitusoireiden hoitovaiheessa fysioakustisella menetelmällä haettiin kipujen vähenemistä ja rentoutumista sekä kiinnittymistä osaston hoitoon ja omaan kuntoutumisen motivoimiseen. Avohoidossa alkoi uloskirjoituksen jälkeen aktiivinen työskentelyvaihe, joka kesti vuoden 2000 loppuun asti. Siinä laulaminen ja sanoitusten tekeminen auttoivat potilasta saamaan kosketusta kipeisiin asioihin ja antoi myös voimia kestää olemassa olevaa ahdistusta sekä sosiaalista turvattomuutta, jonka potilas koki kotona asuessaan. Sitä seurasi vuodenvaihteen jälkeen masennuksen sietämisen ja kestämisen vaihe, jossa jouduttiin kovasti ottamaan kantaa siihen, mitä haluan tulevaisuudelta, miten pääsen tavoitteisiin? Potilas kävi musiikkiterapiassa vuonna 2001 12 kertaa. Tuon ajanjakson aikana potilas käsitteli oman kulttuurinsa ja elämäntilanteensa vaikutusta koulussa olemiseen sekä vuorovaikutukseen läheisten ihmisten kanssa koulussa ja kotona. Potilas asui kotonaan isänsä kanssa ja sinnitteli kouluun eteenpäin. Potilas kertoi yksinäisyydestä ja kavereiden harjoittamasta henkisestä koulukiusaamisesta. Potilas pohti paljon sitä, jaksako jatkaa koulunkäyntiä, onko siihen resursseja ja motivaatiota. Välillä mieliala tuntui kohentuvan ja siihen mielestäni osa tekijöinä olivat vaikuttamassa käynnit Valkealan sairaalan fysioterapiaan ja musiikkiterapiaan. Ne suunniteltiin tarkoituksellisesti ja käytännön matkustussyistä samalle päivälle peräkkäisille ajoille. Potilas kuunteli suomalaista musiikkia: Irwiniä ja Baddingiä sekä kovasti pitämäänsä The Doorsia.

Potilas halusi rentoutua fysioakustisessa tuolissa ja ollessaan pirteämpi laulaa kuuntelemaan kappaleita mikrofoniin. Laulaminen ja soittaminen tuntuivat selvästi piristävän ja koostavan potilaan olemusta. Potilas kertoi avoimesti tuntemuksistaan ja vaikeuksistaan, mutta osasi

myös iloita hyvin menneistä hetkistä koulussa ja terapiatilanteessa. Kotona asuminen tuntui nousevan isoksi teemaksi loppuvuodesta. Potilas oli selvästi ahdistunut siitä, että kommunikaatio isän kanssa oli vaikeata ja toisaalta isän alkoholinkäyttö tuntui provosoivan potilaan ahdistusta ja masentuneisuutta entisestään.

Uuden kasvun vaihe oli motivoitunutta ja määrätietoista yritystä itsenäistyä. Se oli myös oman elämän tarkastelua lapsuuden perheestä irtaantuneena sekä elämistä vakavassa seurustelusuhteessa tyttökaverin kanssa. Lokakuussa 2001 potilas meni kihloihin ja siitä saakka hän on ollut selvästi iloisempi, energisempi ja vahvempi kohtaamaan ongelmat niin kotona kuin koulussa. Potilas loi itselleen tavoitteen valmistua ajallaan sekä muuttaa yhteiseen asuntoon tyttöystävänsä kanssa. Vuonna 2002 potilas kävi musiikkiterapiassa neljä kertaa. Koulussa potilas siirtyi pienryhmään ja sai tuetumpaa ohjausta suorittaaksensa koulutehtävänsä. Hän sai hienosti opintoviikkoja kasaan ja näytti todella motivoituneelta toteuttaakseen tavoitteensa niin koulu kuin siviilielämässä. Potilas lauloi The Doorsin kappaleita playbackina vahvistettuna minun piano- ja kitarakompeillani. Potilas opetteli kitaransointuja tehdäkseen syntymäpäivälahjaksi kihlatulleen onnittelukappaleen. Soitimme kappaleita, jotka olivat tuttuja vuosien takaa jopa ihan ala-aste ajoilta. Juttelimme kappaleista ja niiden assosiaatioista sekä niiden merkityksestä nykyhetkeen. Potilas kertoi koulukiusaamisesta, joka on ollut mukana koko kouluhistorian ajan tähän päivään saakka. Purimme tunteita ja soitimme improvisoiden. Maaliskuussa 2002 potilas muutti omaan asuntoon, hankki koiran ja teki opintojensa lopputyötä ja kävi työharjoittelussa. Kuuntelimme Rolling Stonesin ”Love is strong” – kappaletta. Lauloimme ja soitimme sitä voimakkaalla intensiteetillä musiikista nauttien. Potilas valmistui koulusta keväällä 2002 upean yrityksen ja suorituksen jälkeen. Musiikkiterapia jatkui tukea antavana terapiana osana avohoidon taustaverkostoa. Hoitovastuu siirtyi A – klinikalle syksyllä 2002.

Lopetusvaiheeseen kuuluu minusta musiikkiterapian päättäminen ja potilaan kasvun seuraaminen olemalla osa tarvittaessa aktivoituvaa sosiaalista verkostoa. Tällä hetkellä potilas on pienen eron jälkeen jälleen asumassa tyttöystävänsä kanssa uudessa kaksiossa työskennellen Parik-säätiön tuetussa työmuodossa. Potilas on menossa suorittamaan asevelvollisuuttaan armeijan harmaisiin alkuvuodesta 2004. Siihen asti musiikkiterapia on viimeisen hoitosuunnitelman mukaisesti tukemassa potilasta avohoidossa.

Tutkimusta tehdessäni koin välillä tarpeelliseksi pohtia sitä, missä mennään, mitä on tehty ja miten jatketaan. Ajattelu perustui hyvin toimintatutkimuksen ajatusmaailmaan. Toistuvaan reflektiiviseen ajattelumalliin, jossa kohdataan uusia ongelmia ja pyritään saamaan niihin vastauksia. Potilas oli 17-vuotias tullessaan musiikkiterapiaan alle viikon hoidon alkamisesta. Tehtiin suunnitelma siitä, että hän käy joka toinen päivä musiikkiterapiassa ja joka toinen päivä fysioterapiassa. Kokeilu onnistui siinä mielessä hyvin, että hoitoon sitoutuminen parantui ja kipulääkkeiden tarvitsevuus väheni huomattavasti. Avohoidossa potilas jatkoi puoli vuotta intensiivisesti ja seuraavan vuoden hyvin harvatahtisesti kerran kahdessa kuussa. Vuoden kuluttua musiikkiterapiatutkimuksesta, havaitsin mallin jälleen muuttuneen hieman realistisemmaksi. Edelleen asiakkaita tuli akuuttiosastolta huumepsykoosi diagnoosilla. Osastolle tuli uusi lääkäri, joka lähetti nuoria huumevieroituspotilaita musiikkiterapiaan. Nyt hoidon aloitus ei tapahtunut kolmen päivän sisällä sisäänkirjoituksesta, vaan kahden kolmen viikon kuluttua hoidon jo vakiinnuttua. Potilaat kävivät kaksi kertaa viikossa fysioakustisessa tuolissa ja kolme- neljä kertaa viikossa fysioterapeutilla korva-akupunktio hoidossa sekä kuntosalilla ja rentoutusryhmissä. Ei ollut mieltä järjestää huumepotilaille erikseen rentoutusryhmää, vaan annettiin huumepotilaiden mennä avoimeen rentoutusryhmään, jota fysioterapeutti ja liikunnanohjaaja pitivät kaksi kertaa viikossa.

Musiikkiterapia toimi edelleen fysioakustisen menetelmän periaatteella, jolloin kysyin asiakkaalta musiikkitoivomuksia. Kuuntelimme potilaille sillä hetkellä merkittävää musiikkia. Potilaiden valitsema musiikki oli pääosin black metallia, (Dimmu Borgir, Children of Bodom jne. sekä teknoa ja rentoutusmusiikkia). Fysioakustisen hoidon jälkeen juttelimme tuntemuksista ja arvioimme rentoutuksen tasoa ja kivunlieventymistä. Potilaat ovat pystyneet rentoutumaan hyvin sekä olemaan koko hoidon ajan tuolissa. Fysioakustinen tuoli oli päällä keskimäärin 20 min rentoutusohjelmalla. Hoidon jälkeen purimme mielikuvat, musiikista heränneet asiat sekä kuulostelimme kehon vointia suhteessa vieroitusoireisiin. Muutamien asiakkaiden kanssa soitettiin yhdessä joko syntikalla kuvionuoteista tai asiakkaat soittivat rumpuja.

Päätin keväällä 2002 kirjoittaa tämän opinnäytetyöni valmiiksi. Siihen tarvitsin taas osastonlääkärin kanssa tehtyä yhteistyötä. Ajattelin että ensimmäinen tutkimusasiakkaani

voisi hyvinkin toimia jonkinlaisen esitiedostona tai mallin testaajana, joka näyttää muotoutuvan nykyiseen malliinsa. Sairaalassa tapahtuneet tila- ja organisaatiomuutokset veivät kuitenkin niin paljon energiaa, että en kirjoitustyötä pystynyt vielä silloin käynnistämään. Hoitomallia jatkettiin vuonna 2002 mutta ajattelin silloin päättää tutkimusprojektini tähän yhteen asiakkaaseen. Yhdistettynä fysioterapiaan malli antoi mielestäni hyvän kokonaispaketin. Fyysinen aktivointi ja manuaalinen hieronta sekä korvaakupunktio hoito yhdistettynä musiikin kuuntelemisen ja fysioakustiseen menetelmään auttoivat potilaita saamaan mielekkään viikko-ohjelman ja näin sitoutumaan paremmin hoitoonsa. Varsinainen terapeutin työskentely tapahtui osastolla omahoitajakeskustelujen kautta.

Pohdin keväällä 2000 heavymusiikin merkitystä hoitosuhteessa. Mitä heavy musiikki antaa potilaalle? Se antaa voimia jaksaa ja nostaa heikkoa itsetuntoa, varsinkin silloin kun isä juo ja äiti on vakavasti sairastunut. Takana on vanhempien avioero ja ahdistus, pelko ja yksinäisyys. Onko romanikulttuuri sinänsä jo leima, miksi isä ei poikaansa ala puolustaa? Potilas peilasi rajusti isänsä kanssa, kertoi hoitosuunnitelmassa miten isä juo ja kotona on paha olla.” Kun tulen kotiin isä on autoa korjaamassa, lämmintä ruokaa ei ole. Joten menen äidin luo, siellä saa ruokaa ja siellä on myös sisko”. Äidin kanssa vietetty karaokeilta on ollut potilaalle vaikuttava kokemus. Potilaan kyky laulaa Baddingia on huikeaa. Tulee mieleeni Rainer Friman, linnun ääni joka kestää vaikka mennään yli C:n. Potilas pitää Doorsista, elokuva jossa Jimin elämäntarinaa kerrataan antaen potilaan mielikuvitukselle siivet. Hasista, marihuanaa, kuuma kesä, olutta ja viiniä, kuten Morrison vapaa ja yksinäinen. Niinhän siinä sanoitusten analyysissäkin todettiin, potilaat identifioituvat musiikkiin ja saavat siitä voimaa kun on muuten niin yksin omien ajatusten ja kasvukipujen kanssa.

Entä sitten ne henkilögalleriakuvaukset mitä Jouni Aavaluoma ja Aarre Tarkki kertoivat omassa työssään Hesperian sairaalassa. Minkälaisia malleja edustimme fysioterapeutin kanssa? Minä pitkä ja hoikka, hiljainen musiikkiterapeutti, joka haen potilaan osastolta, aukaisen oven luottamukseen, tukeen, peilaan paha oloa musiikin kautta. Olen läsnä, kuuntelen, autan kivuissa. Olenko luja ja luottamuksen arvoinen? Entä fysioterapeutti; fyysisyyden perikuva, mies joka urheilee, on sankari, vaeltaja ja isä. Perheellinen, jolla on

pikku poika. Miten hieno miehen malli ja esimerkki siitä, että voi elää parisuhteessa, turvallisesti. Malli siihen, että kuntoa pitää hoitaa.

Toimintatutkimuksen arvioinnin lähtökohtana pyrin pohtimaan sitä, miten hyvin tai millä tavoin hoitomallin kehittämiseen suunnittelemani toiminta vastasi tutkimuksen alussa kuvaamaani toimintatutkimuksen prosessinomaista toimintaa. Huomasin, että toimintatutkimuksella saadaan paljon aineistoon perustuvia tutkimustuloksia, joten siinä on grounded teoriaan verrattavia kategorioiden etsimistä. Mielestäni ainakin toiminnan kehittämisen kannalta toimintatutkimus sitouttaa hyvin osaston hoitajia osallistumaan omien potilaidensa kanssa mallin mukaiseen toimintaan. Se antaa potilaalle vaikutusmahdollisuuden, myös tutkimuksen luotettavuuden kannalta tehdyt palaverit ja hoitosuhteen tarkistukset lisää tutkimuksen validiutta.

Tämänkaltaisen tutkimusasetelman pystyy hyvin toteuttamaan erilaisissa hoitolaitoksissa missä on riittävästi henkilö-, ammatti- ja aikaresursseja. Toimintatutkimuksessa on paljon laadullisen tutkimuksen periaatteita ja aineisto onkin lähes täysin kvalitatiivista tutkimusmateriaalia. Myös kvantitatiivista tietoa löytyy kipumittarin tutkimustulosten pohjalta. Mielestäni tämä malli on hypoteettisena hoitomallina osoittanut toimivuutensa ja sitä voi soveltaa, ja olenkin soveltanut sitä osastoille tuleville huumepsykoosi asiakkaille. Toki on myönnettävä että tutkimuksessa ollut asiakkaani on lähes ideaali ”case-tapaus” koska hän oli koko hoitonsa ajan osastolla ja kävi kahden ja puolen vuoden intensiivisen jatkohoidon avohoidosta käsin.

Hoitomallia mielestäni voi soveltaa käytettävien resurssien kaltaisiksi. Valkealan sairaalassa fysioterapeutti alkoi käyttää korva-akupunktio hoitoa vuoden kuluttua tutkimuksen alkamisesta, mikä rentoutusmenetelmänä oli uusi ja nopeasti tuloksia antava. Yhdistettynä fysioakustiseen menetelmään kokonaisuus muuttui kovin rentoutuspainotteiseksi, mutta niin kuin fysioterapeutti Henry Kolmonen totesi, rentoutumisen lisääntymisen myötä kiputilojen aistiminen vähenee ja hoitoon sitoutuminen samalla paranee.

Olen sairaalassamme soveltanut musiikkiterapian osalta mallia koskemaan koko akuuttia kenttää kevään 2003 aikana. Kaikille akuuttiosastojen asiakkaille luotiin malli jossa he käyvät fysioakustisessa tuolihoitossa kaksi-kolme kertaa viikossa joka toinen päivä. Myös palautetta

omahoitajien ja hoitotiimin kanssa tiivistettiin huomattavasti. Hoitohenkilökunnan vaihduttua sekä pysyvästi että väliaikaisesti (fysioterapeutti, liikunnanohjaaja ja musiikkiterapeutti) mallia on toteutettu olemassa olevien henkilöresurssien myötä, noudattaen mallin mukaista periaatetta intensiivisestä hoidosta eli joka toinen päivä rentoutus joka toinen päivä fyysinen rentoutus, tai aktivointi ja viikoittaiset potilasraportoinnit.

Tutkimuksen eettisiksi kysymyksiksi nousevat psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät salassapito ja vaitiolovelvollisuudet. Ne ilmenevät varsinkin nyt raportointivaiheessa, jolloin mietin sitä, miten pystyn raportoimaan ilman, että potilaan henkilötiedoista voi jotain paljastua. Potilaasta tehtyjen haastattelujen perusteella tulee ilmi varsin henkilökohtaisia asioita. Voidaan myös pohtia antavatko musiikkiterapia ja fysioterapia riittävää terapeutista hoitovastetta huumeongelmallisille nuorille. Kysymyksiä liittyy myös musiikkiterapeuttina oman kliinisen työni rajaamiseen ja työn keskittämiseen tutkimukseen, jolloin aika muun musiikkiterapiayön kohdalla vähentyy. Kysymys koskee erityisesti avohoidon ja laitoshoidon sisäistä aikataulujen järjestämisestä

Tulosten yhteiskunnallinen merkitys kasvaa, mikäli malli osoittaa toimivuutensa. Saadaanko muualla myönteisiä kokemuksia musiikkiterapian ja fysioterapian yhteensovittamisessa. Fysioakustisten tuolien lisääntyessä koko ajan Suomessa tämän tutkimuksen tuloksilla sekä avohoidossa toteuttavan tutkimuksen kautta musiikkiterapian fysioakustinen menetelmä saa julkisuutta ja informaatiota.

Raportin tarkastelevat ne henkilöt, joilta aineisto on kerätty ja jotka osaltaan ovat olleet kehittämässä ja toteuttamassa yhteistä toimintatutkimushanketta, eli potilas, osastonhenkilökunta, osastonlääkäri ja tutkimuksessa mukana ollut fysioterapeutti. Toimintatutkimuksessa tämänkaltainen tarkistuskäytäntö on toteutettu niin, että raportin liiteosassa osalliset ovat voineet esittää omia näkemyksiään raporttikäsikirjoituksesta ja siitä kuinka raportissa esitetyt näkemykset kuvaavat heidän näkemyksiään toteutetusta kehittämishankkeesta.

Tämänkaltaisen tarkistusmenetelmän tavoitteena on antaa muille toimintatutkimuksen osallisille mahdollisuus kertoa, miten uskottava tutkimus heidän näkökulmastaan on ja miten

raportissa esitettävät tulkinnat vastaavat heidän näkemyksiään kehittämistyöstä. Voidaan pohtia esim. niitä ongelmia, joita tutkittavat ovat kehittämistyöhönsä osallistuessaan kohdanneet. Mikäli mahdollisia jännitteitä ilmenee tutkijan ja muiden osallisten välillä on ansiokasta, jos nämä jännitteet tuodaan esille jo varsinaisessa raportissa. Toimintatutkimuksen luotettavuustarkastelusta tulee tätä kautta toimijoiden yhteisten neuvottelujen tulos. (Heikkinen ym. 1999. 80-81.)

Tutkimuksen luonteeseen kuuluvan member checkingin puitteissa luetutin käsikirjoitusversion osaston apulaisosastonhoitajalla Katriina Niemellä. Tarkoitus oli saada osastolta huumevieroitushoitoon perehtyneen hoitajan puolueeton mielipide tutkimukseni asiasisällöstä. Apulaisosastonhoitaja Katriina Niemen (2003) mukaan tutkimus oli rakenteeltaan mielenkiintoinen ja tutkimustulokset loistavia. Katriinan mielestä on tärkeää tuoda esille myös onnistuneita huumevieroitushoidon tutkimustuloksia vaikkakin tässä tapauksessa oli vain yksi asiakas ja hänen hoitonsa kuvaaminen sekä sairaalassa että avohoidossa. Niemen mukaan on tärkeää mainita huumausaineriippuvuuden yhteydessä alkoholin ja tupakan merkitys varsinkin huumeiden käyttöön johtavissa syissä. Niemi siteerasi aiheen tiimoilta Etelä-Karjalan keskussairaalan Psykiatrian erikoislääkäri Juha Kempistä. Niemen palautteen pohjalta lisäsin Kempin pohdintoja huumeiden käytön syntytekijöistä myös teoriaosuuteen.

On olemassa vahvaa tutkimuksellista näyttöä siitä, että päihteiden käyttö on vakavissa psykiatrisissa sairauksissa muuta väestöä runsaampaa sekä päihteitten väärinkäyttäjillä on muuta väestöä enemmän psykiatrisia sairauksia. Huumeidenkäyttö lisää itsemurhariskin 8-15 kertaiseksi. Seitsemälläkymmenellä prosentilla puhtaista alkoholisteista oli muu psykiatrinen diagnoosi ja 90 prosentilla sekapähdekäyttäjistä oli muu psykiatrinen diagnoosi. 53 prosentilla huumeongelmaisista henkilöistä on todettu muutakin mielenterveysongelmaa kuten ahdistuneisuutta ja mielialaongelmia. Skitsofreniaa sairastavista nuorista miehistä prevalenssi joutumisesta päihdeongelmaiseksi on 40-70 prosenttia. Opiaattien käyttäjistä 30-50 prosentilla on vakava masennustila sekä heillä on selvästi muuta psykiatrista potilasaineistoa suurempi itsemurhariski. Kaksisuuntaisista mielialahäiriötä sairastavista potilaista joka seitsemäs on myös päihdeongelmainen. (Kempinen 2003, 1-2.)

Kemppinen (2003, 1) on tutkinut myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja määrittelee kaksoisdiagnoosipotilaan sellaiseksi, jolla on sekä psykiatrinen diagnoosi tai diagnooseja että päihdediagnoosi. Kemppisen mukaan primaarinen diagnoosi muodostuu siitä, mikä on ensiksi löydetty sairauskertomuksista. Päihdediagnoosi ja psykiatrinen diagnoosi voivat esiintyä myös omina erillisinä sairauksinaan, joilla on oma taudinkuvansa. Kemppisen mukaan on näyttöä siitä, että lapsuusajan käyttäytymishäiriöt, nuoruusiän epäsosiaalisen persoonallisuushäiriö ja päihteiden käyttäminen liittyisivät samaan geneettiseen alttiuteen. (Niemi, 2003 henkilökohtainen tiedonanto)

Niemi pohti palautteessaan myös viimevuosien aikana Buprenorfiinin korvaushoidossa käytetyn Subutexin merkitystä erityisesti väärinkäytön yhteydessä. Subutexia on alettu käyttää huumeiden kaltaisesti pistämällä sitä suonensisäisesti. Subutexia lääkehoitona käyttävät hoitomallit eivät saa vielä kuudessa kuukaudessa riittäviä hoidollisia tuloksia. Kolmasosa Subutex-lääkehoitopotilaista saa avun, kolmasosa kokee saavansa jotain apua ja kolmasosa ei koe saavansa olleenkaan hoidosta apua. Niemi on omassa koulutuksessaan ja seminaareissa vakuuttunut lääkkeettömän hoidon tärkeydestä. Kaksi vuotta kestävä psykososiaalinen lääkkeetön hoito antaa 90 prosentille huumevieroituspotilaista hyvän hoidollisen lopputuloksen. Tässä tutkimuksessa käytetty hoitomallihan tuo samanlaisia tuloksia. Seminaareissa, jotka käsittelevät huumevieroitushoitoja korostuukin vastakkainasettelu lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen kesken. (Niemi, 2003 henkilökohtainen tiedonanto)

Pyysin fysioterapeutti Henry Kolmosta kertomaan oman mielipiteensä siitä miten hyvin tutkimus kuvasi tutkimustilanteen aikana tapahtuneita asioita ja suunniteltuvaiheen kehitystyötä. Fysioterapeutti luki käsikirjoitusversion ja antoi palautteen sähköpostin kautta.

”Kiitokset Gradun kässäristä. Oli mukavaa lukea sitä ja huomata (käsittää) miten valtavan työmäärän se on sulta vaatinut. Itse olin jo unohtanut osan niistä vaiheista missä olin itse mukana. Nyt kun tuosta vaiheesta on kulunut jo jonkin aikaa, huomasin että lukiessani sitä tajusin miten hieno juttu koko prosessi oli siihen aikaan Valkealan sairaalassa. Siellähän ei ole tehty mitään vastaavaa (muistaakseni) kehitystyöprojektia satoihin vuosiin. Toivottavasti tuo työ ymmärretään käyttää siellä myös osastolla ja avopuolella, unohtamatta toiminnallista kuntoutusta. Siellä kun aina puhutaan moniammatillisesta yhteistyöstä ja siitä mitä sen pitäisi olla. Siinä on sulla nyt käsissäsi malliesimerkki yhteistyöstä ja siitä miten sen (ainakin mun mielestä) pitäisi toimia. Teksti on totuudenmukaisesti kirjoitettu ja etenee niin kuin minä sen muistan. Lääkäripulaa ja sairaalan byrokratiaa myöten!” (Kolmonen, H. 2003 e – mail vastaus).

Myös asiakkaana ollut potilas kuvaili marraskuussa 2003 lyhyesti tutkimuksen asiasisältöä luettuaan kertaalleen tutkimuksen alustavan käsikirjoitusversion läpi. Hänen mielestään tutkimuksessa oli ”asiat kohdallaan” ja ”se oli asiallinen ja eikä mitään mitä tarvis muuttaa”. Omahoitaja Juha Hjerppe totesi, että tutkimus näyttää hyvältä ja koki hieman huvittavana sen, että lainasin hänen puhetyyliään suoraan enkä muuttanut sitä kirjakielelle. Minusta Juhan puhetyyli toi tutkimukseen kivaa elävyyttä. Osaston nykyinen lääkäri oli mielissään suorista haastatteluaineistojen lainauksesta ja piti tutkimusta luettavana. Luotettavuuden arviointi kesti siis koko toimintatutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta lisäsi triangulaatiomenetelmä. Olen kolmen vuoden aikana palannut useaan otteeseen aineistoon ja ainakin nyt tuntuu että aineisto on toimintamallin kehittämisen suhteen tarkasti käyty läpi.

8. 4 Jatkotutkimuksen aiheita

Musiikkiterapian kannalta jatkotutkimushaasteena pidän soitetun ja kuunnellun musiikin analysointia eri huumevieroitushoidon vaiheissa. Millä tavalla potilaalle merkityksellinen musiikki liittyy kuntoutumiseen? Löytyykö sanoituksista lisää vihjeitä ja johtolankoja, joita seuraamalla potilaan ajatusmaailma ja ongelmat avautuvat paremmin. Peilaavatko huumevieroituspotilaiden kuuntelemat kappaleet oikeasti vieroitushoidon vaiheita? Voidaanko tässäkin tutkimuksessa viitattua sanoitusten analyysimetodia soveltaa osaksi hoitomallia? Mitä uusia mahdollisuuksia avaa musiikkiterapiassa käytetty ryhmäterapeuttinen lähestymistapa? Toisaalta jatkotutkimushaasteena pidän fysioakustisen menetelmän vaikutuksia hormonitason tuotantoon ja siinä erityisesti oksitosiinin ja endorfiinin tuotantoon. Tässä tutkimuksessa viitataan kyseiseen yhteyteen mutta tieteellinen näyttö aiheen tiimoilta puuttuu kokonaan.

LÄHTEET

- Aaltola, ym. 1999,13. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (Toim.) Siinä tutkija missä tekijä? Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena.
- Ala-Ruona, E. 1999. Fysioakustisen hoidon kehittämisprojekti Seinäjoen sairaalassa. Etelä – Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, fysiatria / musiikkiterapia.
- Ala-Ruona, E. Erkkilä, J. Jukkola, R. Lehtonen.K. 2003. Muistoissa Petri Lehikoinen 1940 – 2001. Kopijyvä oy, Jyväskylä.
- Ala-Ruona, E. 2004. Henkilökohtainen tiedonanto 15.04.2004.
- Arlene, M. 1986. Adolescents discuss themselves and drugs through music. Journal of substance Abuse treatment, vol. 3, 243-249.Baltimore / New York. ISSN 0740-5472.
- Berg, K. Miller, S. 1994. Ihmeitä tapahtuu – Alholiuongelmien ratkaisukeskeinen hoito. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset. Keuruu.
- Bruscia, K.1993. The dynamics on music psychotherapy. Barcelona Publishers.
- Dahl, P. Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – Tietoa päihteistä. YAD Young Againts Drugs ry. Pääkaupunkiseudun paikallisosasto. ISBN 951-27615-2-7.Hakapaino Oy Helsinki. 2002
- Freed, B. 1987. Songwriting with the chemically dependent. National association for musictherapy cd – rom.1987. (13-17)
- Grönfors, M.1982. Kvalitatiiviset kenttätyömenetelmät. Porvoo: WSOY
- Hairo, U, 1995. Tutkimus fysioakustisen menetelmän soveltuvuudesta katkaisuhoidon. Tutkielma musiikin maisterin tutkintoa varten. Musiikkikasvatuksen osasto, Sibelius-Akatemia.
- Hairo, U, 1998. Tutkimus fysioakustisen hoidon ja musiikkiterapian soveltuvuudesta päihdekuntoutukseen. Julkaisematon kirjallinen raportti liseniaattityön alustavista tuloksista.
- Havio, M. Mattila, R. Sinnemäki, T. Syysmeri. L. 1994. Päihteidenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1994.
- Heikkinen, H. Huttunen, R. & Moilanen, P.(toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena.
- Hermanson, T. 2001. Mitä mahdollisuuksia opioidiriippuvaisten hoidossa? Suomen lääkirilehti 46 / 2001, 4763-4766. Uusi kivipaino Helsinki.

- Hietala, E. 2003a. Fysioakustisen tuolihoidon käyttö Kiviharjun kuntoutumisklinikassa. Raportti Suomen fysioakustiikka Oy :lle. 16.5.2003. Julkaisematon
- Hietala, E. 2003b. Raportti fysioakustisen tuolihoidon käyttö karvoshovin kuntoutuskeskuksessa. Nivalassa 28.5.2003. Julkaisematon
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 6.-9.painos. dark Oy, Vantaa 2003.
- Inkinen, M. Partanen, A. Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- James, M. 1988a. Music therapy and alcoholism: Part 1. Music Therapy perspectives, 5, 60-68.
- James, M. 1988b. Music therapy and alcoholism: Part 2. Music Therapy perspectives, 5, 64-68.
- Ketola, O. 1997. Toimintatutkimuksen teoriaa. Teoksessa Ketola. O Puhevalta. Helsinki: Oy Edita AB.
- Kemppinen, J. 1999. Imatran huumehoitostrategia. Imatran kaupunki, sosiaali- ja terveyskeskus, mielenterveystyön vastuualue. Päihdehuolto. Hyväksytty Sosiaali- ja terveyslautakunnassa 8.6.1999 ja kaupunginhallituksessa 21.6.1999.
- Kemppinen, J. 2003. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito ja hoitopaikka – Teille vai meille? Kaakonlääketiedepäivät 3.10.2003 CT Centre, Kotka. Julkaisematon lähde.
- Kind, P. 1988. Heavy metal music and drug abuse in adolescent. Postgraduate medicine. Vol. 83, no5, 295-301.
- Kontula, O. Koskela, K.1992. Huumeiden käyttö ja mielipiteet huumeista. Suomi ja Eurooppa vertailussa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8 / 1992. Valtion Painatuskeskus Helsinki.
- Lehikoinen, P. 1994a. Havaintoja fysioakustisen hoidon käytöstä lääkkeettömässä katkaisuhoidossa Julkaisematon 1-3.
- Lehikoinen, P. 1994. Musiikin värähdyksistä parantavaa voimaa. Mielenterveyslehti. Vol. 33, no 4, 22- 26.
- Lehikoinen, P. 1996. Matalataajuuksinen värähtelyenergia ja musiikkiterapian Neurofysiologinen perusta. Teoksessa H. Ahonen- Eerikäinen (toim.), Taide psykososiaalisen työn välineenä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 32-34.
- Maunula, M 1998. Raportti Next Wawelle Hangonkadun kuntoutuskeskuksesta Helsingistä. Julkaisematon.

- Niemi, K. & Varinowski, A. 2003. Ihan kuin me olis puhallettu yhteen hiileen. Päihdepotilaan kohtaaminen omahoitajasuhteessa akuuttipsykiatrian osastolla. Etelä- Karjalan ammattikorkeakoulu. Täydennyskoulutus- ja kehityspalvelu. Päihdetyön erikoistumisopinnot ER6.
- Osasto 1. Potilaan hoitotyön seurantalehti ajalta 28.9.2000-27.10.2000. Julkaisematon
- Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunta 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Oy Edita AB.
- Pharmaca Fennica 2001, osa 1. lääkevalmisteet, tiivistelmä. Lääketietokeskus Oy, Helsinki 2001 Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000.
- Punkanen, M. 2002. "Matkalla mieleen ja tunteisiin". Fysioakustinen menetelmä ja musiikkiterapia huume kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto, Musiikkیتieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Punkanen, M. 2003. Hormoneista. Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse Marko@Nyanssi.net 14.10.2003
- Punkanen, M. 2003. "Matkalla mieleen ja tunteisiin". FA-menetelmä ja musiikkiterapia huume kuntoutuksessa. Teoksessa Ala-Ruona, E. Erkkilä, J. Jukkola, R. Lehtonen, K. (toim.) 2003. Muistoissa Petri Lehikoinen 1940 – 2001. Kopijyvä oy, Jyväskylä.
- Salaspuro, M. 2002. Opiatiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. Suomen Lääkärilehti 51 – 52, 5183 – 5189. Uusi kivipaino Helsinki.
- Salaspuro, M., Tiihonen, J., Holopainen, A., Hermanson, T., Myllynpää, A. 2001. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmänmuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:21. Saatavilla [www –muodossa:<URL:http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys108.htm](http://www.muodossa.fi/pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys108.htm).(Luettu 26.1.2004)
- Savander, A. (2003). Fysiokustisen menetelmän hoitokokeilu Vantaan katkaisuhoidoasemalla. Julkaisematon
- Smeijsters, H. 1996. Becoming friends with your mother. Music therapy vol .14, No.1, 61-83.
- Syrjälä, L. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä OY.
- Treder –Wolff, J. 1990. Affecting Attitudes. Music therapy in addictions treatment. Musictherapy Perspectives, vol.8, 67-71.
- Uvnäs- Moberg, K. 2001. Lugn och beröring. Oxytocinens läkande verkan i kroppen. Centraltryckeriet, Borås 2001.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Liite 1.

TUTKIMUSLUPA ANOMUS

Tekijä : Esa Ryyänen

Ammatti : Musiikkiterapeutti

Oppilaitos : Jyväskylän Yliopisto

Tutkimuksen ohjaaja : FT, Musiikkiterapian professori Jaakko Erkkilä.

Tutkimus fokus : Toimintamallin kehittäminen 18 – 25 vuotiaiden huumeita käyttävien potilaiden hoitoon.

Tutkimusmenetelmä : Toimintatutkimus, jossa musiikki – ja fysioterapian avulla haetaan toimintamallia 18 – 25 vuotiaiden huumeita käyttävien potilaiden hoitoon.

Tutkimusaikataulu : Aineiston keruu alkaa elokuussa 2000 ja päättyy marraskuussa 2000.

Tutkimuksen analysointi ja kirjoittaminen syksyllä 2000 ja keväällä 2001

Tutkimussuunnitelma hyväksytty : Jyväskylän yliopiston tutkimusseminaarissa 8. 5. 2000

Liitteenä : Tutkimussuunnitelma sekä Osasto 1 :lle jaettava toimintamalli. Musiikkiterapia-ammattikillan esite.

Valkealassa. 15. 06. 2000

Musiikkiterapeutti



Esa Ryyänen

Johtava ylilääkäri



Olavi Lounevaara

Liite 2.

TULOHAASTATTELU KAAVAKE

KIVUNTUNTEMUSTEN KUVAILU:

UNETTOMUUS:

LEVOTTOMUUS:

KYKY RENTOUTUA:

MUSIIKILLINEN HARRASTUNEISUUS:

MUSIIKIN MERKITYS ASIAKKAALLE:

LIIKUNNAN HARRASTUNEISUUS:

LIIKKUMINEN JA KUNNON YLLÄPIDON MERKITYS ASIAKKAALLE:

POTILAAN OMAT TAVOITTEET JA TOIVEET HOIDOSTA:

HOITOHENKILÖKUNNAN ASETTAMAT KOKONAISHOIDON TAVOITTEET:

MITEN HOITOMALLISTA ON TIEDOTETTU / KERROTTU POTILAALLE:

SITOUTUMINEN FYSIOTERAPIAN JA MUSIIKKITERAPIAN HOITOMALLIIN JA
SAMALLA TOIMINTATUTKIMUKSEEN:

Nimi: _____ Aika: _____ Paikka: _____

Omahoitaja: _____

Liite 3.

ARVIOINTIKAAVAKE (Perustuu potilaan haastatteluun, jotka kirjataan ja nauhoitetaan.)

TIEDONKULKU: (Miten olet saanut tietää hoitomallista?)

HOITOON SITOUTUMINEN: (Oletko hyväksynyt toimintatutkimuksessa käytettävän Hoitomallin?)

MUSIIKKITERAPIA: (Haastatellaan tunteuksia) Jännittyneisyys, kivuntuntemukset, Rentoutuminen, musiikillinen ilmaisu. Arviointia eri menetelmistä.

FYSIOTERAPIA: (Haastatellaan tunteuksia) Jännittyneisyys, kivuntuntemukset, rentoutuminen. Arviointia eri menetelmistä.

RYHMÄ. (Haastatellaan tunteuksia).

- Uudet havainnot ja huomiot itsestä ryhmän aikana. Mistä olet huomannut ne?
- Uudet voimavarat. Mistä olet huomannut ne?
- Mikä tuntui parhaalta ryhmän toiminnassa?
- Mitkä toiminnat ja / keskustelut olivat sinun mielestä parhaita oman kuntoutumisen kannalta?
- Rentoutuminen. Pystyitkö rentoutumaan.(Terapeutti arvioi)
- Vuorovaikutus ja osallistuminen keskusteluun (Terapeutti arvioi)
- Arviointia hoitomallista. (Potilas arvioi, terapeutti arvioi)
- Arviointia hoitomallista. (Potilas arvioi, terapeutti arvioi)

ARVIOINTIA HOITOMALLISTA (aika, kesto, motivoituneisuus) Hoitajat arvioivat

MUSIIKKITERAPIAN TOIMINTAMALLI OSASTOLLE 1

Määritelmiä:

- Musiikkiterapia on kuntoutusmuoto, jossa musiikin elementtejä (rytmi, harmonia, melodia, äänensävy, dynamiikka) käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Musiikkiterapia voi olla yksilö- tai ryhmäterapiaa.
- Musiikkiterapiaa käytetään sekä kokonaihoidon osana, muiden hoitomuotojen rinnalla sekä pääasiallisena hoitomuotona.
- Musiikkiterapialla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa.
- Musiikkiterapia on tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista toimintaa.

Musiikkiterapian tavoitteet:

- Pohjautuu asiakkaiden ongelmiin.
- Työskentelyä keskittymiskyvyn, minäkuvan, itsetunnon, kommunikoinnin ja itseilmaisun kanssa. Ks. Suomen musiikkiterapiayhdistyksen kotisivu. <http://www.musiikkiterapia.net>

Musiikkiterapiamenetelmät:

- Musiikin kuuntelu, Fysioakustinen menetelmä, Soittaminen, Laulaminen, Kliininen improvisointi jne. Ks. <http://www.musiikkiterapia.net>

Musiikin terapeuttinen vaikutus:

- Voidaan nostaa asioita ja tapahtumia tietoisuuteen sekä läpityöskennellä ja ratkaista erilaisia ongelmia.
- Musiikki luo turvallisuutta ja on tunteiden ilmaisukanava. Musiikin avulla voidaan läpityöskennellä vaikeita asioita symbolisen etäisyyden kautta. (Mielikuvatyöskentely)
- Musiikki vaikuttaa aivojen limbiseen systeemiin, joka säätelee ihmisen tunnetiloja. Musiikki lisää endorfiinin määrää elimistössä. Se saa aikaan mielihyvän kokemista ja vähentää kiputunteuksia.

Musiikkiterapian erilaiset mallit:

- Aktiiviorientoitunut eli supportiivinen musiikkiterapia.(laulaminen ja soittaminen)
- Oivallus- ja prosessorientoitunut eli reduktiivinen musiikkiterapia. (musiikin kuuntelu)
- Analyttis- ja katharsisorientoitunut eli rekonstruktivinen musiikkiterapia. (Keskustelut, transferenssit)

Musiikkiterapian prosessimallin tavoitteena:

- Musiikkia käytetään tunteiden ilmaisemiseen ja nimeämiseen.
- Tunteet koetaan omiksi, musiikkielämyksistä tulee tietoisia.
- Tunteet pyritään ilmaisemaan soittaen, laulaen ja improvisoiden
- Musiikillinen kommunikointi, katharsis ja verbalisointi. (ks. Musiikkiterapia kirjallisuus)

Liite 5

Henry Kolmonen, 2000-05-10
Fysioterapeutti
Valkealan Sairaala

HUUMEPOTILAAN FYSIOTERAPIA (Valkealan Sairaala, os1.)

1. FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN JA ALKUKARTOITUS

- Kartoitetaan subjektiivista kivun ja jännityksen kokemista.
- Arvioidaan lihastasapainon häiriöitä, asentomuutoksia sekä hengitystapaa.
- Arvioidaan fyysistä suorituskykyä
- Arvioidaan psykofyysistä toimintakykyä.(kehonkuva)
- Tutkimisen perusteella laaditaan sairaalahoidon fysioterapian yksilölliset tavoitteet ja suunnitellaan toteutus.

2. YKSILÖFYSIOTERAPIAN SISÄLTÖ JA TOTEUTUS

Liiketerapia

- Lihastonuksen normalisointi, lihakireyksen vähentäminen sekä fyysisen suorituskyvyn harjoittaminen (esim. kuntosali, pallopelit ja liikunta eri muodoissaan.)
 - Pehmytosakäsittely- ja hieronta.
- Rentoutus, ruumiinkuvaa eheyttävät harjoitukset.

Fysikaaliset hoidot

- Syvälämpöhoidot (ultraääni)
- Pintalämpöhoidot (lämpöpakkaukset tai lämpöpumput)
- Fysioakustinen menetelmä

Fysioterapeuttinen neuvonta.

3. HUUMEPOTILAAN FYSIOTERAPIAN TAVOITE

- Kipujen ja vieroitusoireiden sekä levottomuuden vähentyminen..
- Jännittyneisyyden väheneminen ja rentoutuminen.
- Positiivisten kokemusten löytyminen.
- Potilaan tukeminen ja motivoiminen kokonaishoidon tavoitteisiin.
- Ruumiinkuvan eheytyminen.
- Sitoutuminen hoitoon..

Liite 6
VAS – Skaala

KIVUN KOKEMINEN

Potilas :

Päivämäärä :

Ei kipuja (10 cm jana – piirtäen)

Äärimmäisen
Kivulias

Huomioita

Liite 7

VAS – Skaala

JÄNNITYKSEN KOKEMINEN

Potilas :

Päivämäärä :

Levollinen (10 cm jana – piirtäen)

Erittäin
Jännittynyt

Huomioita :