



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# PÄIHDEPALVELUIDEN LAATUA ETSIMÄSSÄ

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaiden  
kokemuksia päihdepalveluista

TEKIJÄ: **Mia Juppi**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                    |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------|
| Koulutusala<br>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |      |
| Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma<br>Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                    |      |
| Työn tekijä(t)<br>Mia Juppi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                    |      |
| Työn nimi<br>Päihdepalveluiden laatua etsimässä. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                    |      |
| Päiväys                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17.10.2016 | Sivumäärä/Liitteet | 92/4 |
| Ohjaaja<br>Sinikka Tuomikorpi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                    |      |
| Toimeksiantaja<br>Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                    |      |
| <p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Päihdeongelmien kansanterveydelliset ja -taloudelliset vaikutukset yhteiskunnassamme ovat suuret, unohtamatta päihdeongelmien mukanaan tuomaa inhimillisen kärsimyksen määrää. Päihdepalvelujärjestelmä Suomessa on monimutkainen ja hoito-<br/>ketjut pirstaleisia. Suomessa päihdepalveluiden järjestämisvastuu on kunnilla. Tavat joilla päihdepalvelut on järjestetty vaihtelevat suuresti, hoito- ja kuntoutuspaikkojen sekä hoitomenetelmien kirjo on suuri. Kehittämishaasteita päihdepalveluille asetavat mm. asiakkaiden muuttuneet tarpeet ja päihdeasiakkaiden moniongelmaisuus. Päihderiippuvuuden rinnalla esiintyy usein myös mielenterveysongelmia. Rikkinainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä asiakas voi helposti joutua siirtymään palveluiden tuottajalta toiselle.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia päihdehoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ja päihdepalvelujen laatua päihdepalvelujen käyttäjien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoite oli päihdehoidon kehittämiskohteiden löytäminen päihdepalvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen. Tämän tutkimuksen avulla löydetty tärkeimmät kehittämiskohteet olivat päihdeklinikan osalta palveluista tiedottamisen tehostaminen, hoitosuhteeseen pääsyn sujuvuuden lisääminen ja perhe- ja läheistyön kehittäminen. Päihdekuntoutuksen tärkeimpiä kehittämiskohteita olivat päihdekuntoutuksen sisällön kehittäminen, ryhmämuotoisen toiminnan lisääminen ja kehittäminen, perhe- ja läheistyön kehittäminen ja lisääminen sekä yksilöllisen työotteen lisääminen. Tutkimus tuotti käytännönläheistä tietoa, jonka avulla Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdepalveluja voidaan kehittää yhä vaikuttavampaan suuntaan. Tutkimustuloksia voidaan käyttää myös laajemmin päihdepalvelujen kehittämisen pohjana. Yhteiskunnallisesti tutkimuksella on merkitystä päihdeongelmien suuren kansanterveyttä ja -taloutta kuormittavan merkityksen vuoksi sekä sen vuoksi, että päihdepalvelut ovat murroksessa ja vaikuttavamman päihdehoidon kehittämisen on tämän päivän haaste.</p> <p>Opinnäytetyöni aihe valikoitui toimeksiantajan tarpeesta kartoittaa Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeklinikan ja -kuntoutuksen asiakastytyvyyttä sekä omasta kiinnostuksesta päihdetyön kehittämistä kohtaan. Tutkimustehtävä muotoutui kaksi osaiseksi, siten että työn teoria osuudessa kuvattiin päihdeproblematiikkaa ja päihdepalvelujen laatuun vaikuttavia tekijöitä ja tutkimusosuudessa tutkin asiakaskyselyjen avulla päihdeklinikan ja päihdekuntoutuksen asiakkaiden kokemuksia saamistaan päihdepalveluista. Kyselylomakkeet laadittiin ja analysoitiin Webropol-ohjelmalla. Kyselytutkimus toteutettiin Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeklinikan ja -kuntoutuksen asiakkaille keväällä 2016.</p> <p>Jatkotutkimus ideoita nousi esiin opinnäytetyöprosessin aikana, päihdehoidon vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä päihdeasiakkaiden/ -potilaiden näkökulmasta kannattaisi tutkia pitkällä aikavälillä. Ohjeellisen päihdehoidon mallin luominen päihdeiden sekakäyttäjille helpottaisi hoitotyötä ja tasaisi hoidon laatua. Tarpeellista olisi kartoittaa päihdepalvelut koko maan mittakavassa, missä tehdään mitään ja miten. Suuri kansallinen haaste olisi päihdetyön ohjausmallin rakentaminen.</p> |            |                    |      |
| Avainsanat: Päihdepalvelujärjestelmä, päihdehoito, päihdeasiakas, palvelun laatu, saatavuus, asiakaslähtöisyys, osallisuus, vaikuttavuus.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|------|
| Field of Study<br>Social Services, Health and Sports                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                  |      |
| Degree Programme<br>Master's Degree Programme in Management and Development for Social and Health Care Professionals                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                  |      |
| Author(s)<br>Mia Juppi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                  |      |
| Title of Thesis<br>Searching for quality of care in substance abuse treatment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                  |      |
| Date                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 17.10.2016 | Pages/Appendices | 92/4 |
| Supervisor(s)<br>Sinikka Tuomikorpi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                  |      |
| Client Organisation /Partners<br>User experiences of services provided by Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  |      |
| <p><b>Abstract</b></p> <p>Substance abuse is a major problem that impacts society on multiple levels. Not only does it place an enormous burden on both public health services and the economy, but it also affects people at an individual level – both those who abuse these substances, and those who do not. The Finnish substance abuse treatment system is complex and multi-layered, and, as a result, often fragmented. Local authorities are responsible for organizing these services and there are considerable differences in the treatments offered and treatment settings, as well as in rehabilitation arrangements. Fragmented treatment services make it more difficult to offer personalized and comprehensive care. Patients can drift between different service providers. In addition, substance abuse services are facing challenges relating to the changing needs of their users, including increases in mixed substance abuse and mental health problems.</p> <p>This study reviews secondary evidence pertaining to the factors that affect the quality of care in substance abuse treatment and investigates the perceptions of such care among service users. In addition, this paper also utilizes the knowledge and expertise of service users to identify areas of improvement in current substance abuse treatment practices. This study was commissioned by Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö in order to measure customer satisfaction among users of its clinic and rehabilitation services. At the same time, this work was driven also by my own desire to provide improved care in substance abuse treatment as part of my profession. In this study, I first describe the problems linked with substance abuse and discuss factors affecting the quality of care. To survey customer satisfaction, a questionnaire was administered to a sample of services users at Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö. Data collection was carried out in spring 2016. Wepropol software was used both for creating the questionnaire and data analysis.</p> <p>The study highlighted several areas for improvement both in the clinic and within the rehabilitation services. Key improvement areas identified for the clinic included: enhanced communication about the services provided; better and easier access for treatment programs; and continued development of family-involved therapy. Similarly, major targets for improvement in the rehabilitation services included: improved content; increased group and family therapy; and increased personalized care. These results offer practical recommendations that Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö can apply to offer higher quality care. More broadly, these findings can be used as a foundation to generate better treatment services for people suffering from substance abuse.</p> <p>Important challenges to be tackled in the future are to establish national guidelines for care in substance abuse treatment. This would not only reduce confusion among health personnel, but also ensure more equal care, especially among mixed substance abusers. In order to develop an appropriate plan of action, it would be beneficial to review all the substance abuse services offered throughout the country and to implement long-term studies to determine what factors are most critical for ensuring high quality care from the service user's perspective.</p> |            |                  |      |
| <p><b>Keywords</b><br/>Substance abuse treatment services, substance abuse treatment, substance abuser, quality of care, accessibility, customer oriented approach, participation, effectiveness</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                  |      |

## SISÄLTÖ

|      |                                                                             |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1    | JOHDANTO .....                                                              | 5  |
| 2    | OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TUTKIMUSKYSKYYMYKSET JA KESKEISET KÄSITTEET ..... | 6  |
| 2.1  | Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....                          | 6  |
| 2.2  | Opinnäytetyön keskeiset käsitteet .....                                     | 7  |
| 3    | ONGELMANA PÄIHTEET .....                                                    | 8  |
| 3.1  | Päihdehaitat .....                                                          | 10 |
| 3.2  | Päihdehoito .....                                                           | 12 |
| 4    | PÄIHDEONGELMASTA PÄIHDERIIPPUVUUTEEN .....                                  | 15 |
| 4.1  | Alkoholiriippuvuus ja alkoholismin vaiheet .....                            | 16 |
| 4.2  | Huumeiden viihdekäytöstä ja huumeriippuvuudesta .....                       | 17 |
| 5    | PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ .....                                              | 21 |
| 5.1  | Päihdepalvelujen historiaa .....                                            | 22 |
| 5.2  | Päihdepalveluita ohjaava lainsäädäntö .....                                 | 24 |
| 5.3  | Päihdepalvelujärjestelmän kehityslinjat .....                               | 26 |
| 6    | PÄIHDEPALVELUJEN LAADUN TEKIJÄT .....                                       | 28 |
| 6.1  | Palvelujen saatavuus .....                                                  | 29 |
| 6.2  | Asiakaslähtöisyys .....                                                     | 32 |
| 6.3  | Osallisuus .....                                                            | 33 |
| 6.4  | Päihdehoidon vaikuttavuus .....                                             | 35 |
| 7    | TUTKIMUSPROSESSI .....                                                      | 38 |
| 7.1  | Eettisyys ja luotettavuus .....                                             | 39 |
| 8    | TUTKIMUSTULOKSET .....                                                      | 42 |
| 8.1. | Päihdeklinikan asiakaskyselyn tulokset .....                                | 42 |
| 8.2  | Päihdekuntoutuksen asiakaskyselyn tulokset .....                            | 56 |
| 9    | JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSIA .....                             | 68 |
| 10   | POHDINTA .....                                                              | 72 |
|      | LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....                                         | 74 |

## LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje

LIITE 2 Päihdeklinikan asiakaskysely lomake

LIITE 3 Päihdekuntoutuksen asiakaskysely lomake

LIITE 4 Tutkimuslupahakemus

## 1 JOHDANTO

Päihde- ja mielenterveysongelmat heikentävät ihmisten elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä ja ne muodostavat suuren yhteiskunnallisen ja terveydellisen haasteen. Päihdeiden ongelmakäyttö koskettaa lähes jokaista suomalaista joko läheltä tai kauempaa. Asunnottomuus, työttömyys, syrjäytyminen, velkataakat, väkivalta, rikokset, lasten huostaanotot, psyykkiset ja somaattiset sairaustilat sekä kuolemaan johtavat onnettomuudet kuuluvat kaikki päihdeongelman ja päihderiippuvuuden oheisvaikutuksiin. Päihdeongelmilla on suuri kansanterveyttä ja kansataloutta kuormittava merkitys. Tämän hetkinen taloudellinen tilanne on johtanut päihdehoitoon ja -kuntoutukseen käytettävän rahoituksen merkittävään vähentymiseen, samalla kun näiden palveluiden tarve on koko ajan kasvussa. Päihdeiden sekakäyttö ja päihdeasiakkaiden moniongelmaisuus ovat asettaneet hoitojärjestelmän uusien haasteiden äärelle. (Holmila, Tigerstedt ja Warpenius 2013.)

Suomen päihdepalvelujärjestelmä on monimutkainen, sillä päihdepalveluiden järjestämisestä vastaavat sekä sosiaali- että terveydenhuolto yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Tämä johtaa usein vastuun hajautumiseen, minkä seurauksena päihdeasiakas saattaa käyttää monia palveluita samanaikaisesti. Näiden lisäksi päihdeongelmalle on tyypillistä, että hoidon tarve uusiutuu ja päihdeasiakkaiden hoito on läpi elämän jatkuva palvelujärjestelmien ketju. Tarvitaan siis yhä laadukkaampaa ja vaikuttavampaa päihdehoitoa. (Kekki ja Partanen 2008.)

Päihdehoidon hyvän laadun elementtejä ovat tutkimuksien mukaan päihdehoidon saatavuus, asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus. Nämä laadun elementit ovat tiedossa, mutta niiden siirtäminen käytännön työhön on haasteellista. Niukkenevilla resursseilla laadukkaan päihdehoidon saatavuus on heikentynyt ja tulee yhä heikkenemään tulevaisuudessa. Asiakaslähtöisyyden alkulähde on puolestaan jokaisessa ammattilaisen ja päihdeongelmaisen kohtaamisessa. Osallisuus toteutuu päihdeasiakkaan osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, sekä mahdollisuutena vaikuttaa palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen. (STM 2002; Laitila 2010 ja Morig, Martins, Partanen, Bergman, Nordling, Nevalainen (toim.) 2011.) Tutkimuksienkin valossa varmaa on se, että yhtä kaikkein parhainta ja vaikuttavinta hoitomenetelmää ei ole olemassa, vaan päihdehoito pitää suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti. Yksilöllisen ja laadukkaan päihdehoidon toteuttamiseksi tarvitaan resursseja ja moniammatillista osaamista. Hoitamaton päihdeongelma on yhteiskunnalle kallis, ja siten hoitaminen kannattaa taloudellisesti, inhimillisesti ja yhteiskunnallisesti.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tutkia päihdehoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ja tutkimuksen tavoite on päihdehoidon kehittämiskohteiden löytäminen päihdepalvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen. Tutkimuksen avulla saadaan käytännönläheistä tietoa, jonka avulla Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdepalveluja voidaan kehittää yhä vaikuttavampaan suuntaan. Tutkimustuloksia voidaan käyttää myös laajemmin päihdepalvelujen kehittämisen pohjana. Oppinäytetyön teoria osuudessa kuvataan päihdeproblematiikkaa ja päihdepalveluiden laatuun vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus osuudessa tutkitaan asiakaskyselyjen avulla Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeklinikan ja -kuntoutuksen asiakkaiden kokemuksia saamistaan päihdepalveluista. Oppinäytetyöni asiakaskysely osuus on kvantitatiivinen kysely tutkimus.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA KESKEISET KÄSITTEET

Päihdepalveluiden pirstoutuminen ja jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin kentiin näkyy monimutkaisina palvelujärjestelminä ja termien moninaisuutena. Päihdehuolto vai päihdehoito; asiakas vai potilas; termistö muuttuu hoitopaikan mukaan. Jopa päihdetyön ammattilaisia pirstaloituminen ja hoitojärjestelmien sekavuus hämmentävät. Hoitoketjut katkeilevat, päihdehoitoon jonotetaan ja jatkohoidon järjestäminen ontuu monissa kunnissa.

Pyrin käyttämään työssäni termiä päihdepalvelut tarkoittamaan päihdepalveluja rakenteellisella tasolla ja termiä päihdehoito tarkoittaen tällä päihdeongelmaisten ja päihderiippuvaisten hoitoa riippumatta siitä tapahtuuko hoito sosiaalityön tai terveydenhuollon puolella. Pyrin nimittämään päihdepalveluita tarvitsevia ihmisiä asiakkaisiksi, vaikkakin terveydenhuollon kentällä, varsinkin laitospalveluissa puhutaan potilaista.

Olen työskennellyt Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiössä sairaanhoitajana vuodesta 2011. Päihdepalvelut ovat muutoksessa, lähestyvän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen vaikutuksia päihdepalveluihin voi vain arvailla. Kokemukseni perusteella päihdepalveluiden laatu ja hoitokäytännöt vaihtelevat. Vaikuttavan päihdehoidon kehittäminen vaatii organisaatio rajoja ylittävää vankkaa yhteistyötä ja toimintojen kehittämistä asiakasnäkökulma huomioon ottaen. Päihdepalveluiden jakautuminen sosiaali- ja terveysalalle ei tulevaisuudessa takaa laadukasta päihdehoitoa. Kokemukseni mukaan päihdepalveluiden keskittäminen terveydenhuollon alaisuuteen toisi tarvittavaa terävyyttä laatuun ja toimintojen ohjaukseen. Terveydenhuolto johtoisuus mahdollistaisi paremmin mielenterveys ja päihdepalvelujen integraation sekä henkilökunnan osaamisen kehittämisen kaikissa kunnissa. Päihdehoito on muuttunut ja tulee muuttumaan yhä lääketieteellisempään suuntaan pohjautuen käsitykseen päihderiippuvuudesta sairautena.

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö on perustettu vuonna 2005 ja on esimerkki yhteistoimintaorganisaatioita. Perustajayhteisöt edustavat sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon erityispalveluiden ja kolmannen sektorin erilaisia toimintamuotoja sekä hoitoideologioita. Päihdepalvelusäätiö toimii julkisen sektorin ja kolmannen sektorin yhteistyötä sekä seudullista toimintaa kokoavana ja kehittäväenä organisaationa. Toiminnan lähtökohtana on palvelujärjestelmän kehittäminen ja palveluiden tuottaminen asiakkaiden näkökulmasta. Päihdepalvelusäätiön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä Kuopion seudun alueella. Säätiö tuottaa päihdehoito ja kuntoutuspalveluja, asiantuntijapalveluita sekä tarkoituksensa mukaan kehittämis-, koulutus-, tiedotus- ja valistustoimintaa.

### 2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoitus on tutkia päihdepalveluiden laatuun vaikuttavia tekijöitä ja tutkimuksen tavoitteena on löytää kehittämiskohteita päihdepalvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen

Laadukasta ja vaikuttavaa päihdehoitoa voidaan tarjota vain ottamalla päihdepalveluita käyttävien asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet huomioon. Asiakslähtöisyys ja osallisuus ovat päihdepalveluiden laatutekijöitä, joita pyrin tuomaan esiin tavoitteellisesti työssäni. Ilman palveluiden saatavuutta ei ole laatua ja vaikuttavaa päihdehoitoa, joten pyrin työssäni pohtimaan päihdepalveluiden saatavuuteen vaikuttavia seikkoja. Pohdin työssäni myös vaikuttavan päihdehoidon tekijöitä kehittämisenäkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat päihdetyön laatuun
2. Miten Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaat kokivat saamansa päihdepalvelun?

## 2.2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Päihde  
Alkoholi  
Huumeet  
Sekakäyttö  
Päihdeongelma  
Päihderiippuvuus  
Päihdehäiriö  
Päihdeongelmainen  
Päihderiippuvainen  
Päihdepalvelujärjestelmä  
Päihdepalvelut  
Päihdehoito  
Palvelun Laatu  
Asiakslähtöisyys  
Osallisuus  
Vaikuttavuus  
Sosiaali- ja terveyspalvelut

## 3 ONGELMANA PÄIHTEET

Päihdeongelmat ovat lisääntyneet, mutta päihdepalveluista on tingitty. Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi 2000-luvulla. Alkoholin käytön lisääntymisen nähdään tapahtuneen alkoholin hinnan laskun ja saatavuudessa tapahtuneiden muutosten seurauksena. Kulutuksen kasvu on aiheuttanut vakavien alkoholihaittojen, alkoholikuolemien ja alkoholiin liittyvän sairastavuuden kasvun sekä sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen. Huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet viime vuosina melko vakaalla tasolla. (Kekki ja Partanen 2008, 9; Varjonen 2014, 5.)

Suomessa on ollut kaksi huumeaaltoa 1960-luvulla ja 1990-luvulla. Kumpikin huumeaalto kuvautui nuoriso- ja sukupolvi ilmiönä. Suomessa 1960-luvun lopulla ensimmäisen huumeaallon aikoihin alkoi varsinainen huumeongelma näkyä kannabiksen ja LSD:n käytön ja myynnin myötä. Toinen huumeaalto alkoi 1990-luvun puolivälissä tekno- ja ravekulttuurin myötä. Se levisi ensin opiskelijakaupunkeihin ja sitä myötä huumausaineet yleistivät koko maassa. Toinen huumeaalto aiheutti Suomessa muun muassa heroinin yliannostuskuolemia. (Partanen ja Kurtelius 2013, 672; Varjonen 2014, 29 - 34, 54 - 55.)

Suomessa päihdyttävistä aineista tavallisimmat ovat alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Suomalaisten pääpäihde on yhä alkoholi. Vuonna 2015 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 8,5 litraa sata prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyt asukasta kohti. Alkoholijuomien tilastoimaton kulutus arvioitiin 2,3 litraksi asukasta kohden. Tilastoitu kulutus väheni 3,4 prosenttia ja tilastoimaton kulutus 4,2 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna kokonaiskulutus väheni 3,6 prosenttia vuoteen 2014 verrattuna. (THL 2015a)

Huumeasiakkaiden määrä on viime vuosina noussut tasaisesti, kun taas lääkkeiden käytön vuoksi hoidettujen määrä on pysynyt ennallaan. Opioidien ja amfetamiinien ongelmakäyttöä arvioivan rekisteritutkimuksen mukaan Suomessa oli 18 000–30 000 huumeiden ongelmakäyttäjää vuonna 2012. Amfetamiinien ongelmakäyttäjien määräksi arvioidaan 11 000–18 000 ja opioidien 13 000–15 000 henkilöä. Tilastotietoja verrattaessa vaikuttaa siltä, että huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on kasvanut Suomessa. (Varjonen 2014, 5, 48 – 51.)

Suomessa alkoholin käyttö ja sen käyttöön liittyvä ongelmat ovat olleet yleisempiä kuin huumeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Eri päihteiden sekakäyttö on yleistä, tyypillistä suomalaiselle päihdekulttuurille on huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö. Huumeiden käyttö on yleistynyt 2000-luvulla tasaisemman vaiheen jälkeen. Käytön yleistymisen liittyy kannabiksen käytön kasvuun ja kannabiksen kotiviljelyn yleistymiseen. Nuorimmissa ikäryhmissä kannabis on yleisin päihdehoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde. (Varjonen 2014, 31 – 34, 57.)

Muiden huumausaineiden käyttötaso on ollut melko vakaata. Poikkeuksen tekee stimulantteista ekstaasin ja kokaiinin nousu amfetamiinin rinnalle. Amfetamiinin tarjonnan ajoittaisia puutteita on korvattu metamfetamiinilla. Opiaateista bubrenorfiinin ja muiden lääkeoppioidien käyttö on sivuuttanut heroinin. Lähes kaikki Suomessa käytetyt opioidit ovat synteettisiä lääkeoppioideja, näistä kahta metadonia ja bubrenorfiinia käytetään vieroitus- ja korvaushoitolääkkeenä sekä päihteenä. Kokaiini on yleis-

tynyt parin viime vuoden Suomen markkinoilla, mutta se on edelleen melko harvinainen huumausaine Suomen markkinoilla. Ekstaasi on Suomessa suosittu huumausaine, myös LSD:ta liikkuu Suomen huumausainemarkkinoilla suhteellisen paljon ja vuonna 2013 sitä takavarikoitiin ennätysmäärä kymmenen vuoden tilastointijaksolla. (Varjonen 2014, 29 – 34, 56.)

Bubrenorfiini on ollut huumausaine kuolematilastoissa heroiniä yleisempi löydös vuodesta 2002. Epäselvää on missä määrin huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. Samoin on epäselvää, onko opioidien käytön osuus kasvanut. Opioidien ongelmakäyttäjät ovat todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumausaineiden käyttäjät. Syynä tähän on se, että opioidien vieroitusoireisiin on olemassa lääkkeellinen hoito ja opioidiriippuvaisten korvaushoitoasiakkaiden määrä on moninkertaistunut. (Varjonen 2014, 54 - 55.)

Designhuumeet eli muuntohuumeet yleistyivät Suomessa 2000-luvulla. Ne ovat synteettisesti valmistettuja, huumavaksi tarkoitettuja aineita, joiden kemiallinen kaava muutetaan. Ajatuksena on kiertää huumevalvonta. Niitä markkinoidaan ”laillisina huumeina” ja myydään statuksella ”legal high”, Ne ilmestyvät nopeasti markkinoille, leviävät nopeasti ja niiden vaikutukset ovat arvaamattomia. Internetissä niitä kaupataan nimillä ”room odorizer tai ”bathing salt”. Euroopan neuvoston päätöksellä on perustettu nopean tiedonvaihdon mekanismi sellaisia uusia psykoaktiivisia aineita varten, jotka voivat muodostaa kansanterveydellisiä ja yhteiskunnallisia uhkia. (Alho, Den Hollander, Korpi, Pihlainen ja Tacke 2011.)

Internetissä myydään poltettavaksi tarkoitettuja kasvirouheseoksia (esim. spice gold) laillisena kannabiksena. Näiden poltattavien kannabinoidireseptoriagonistien valikoima on laajentunut hyvin nopeasti. Spice-päihteet voivat laukaista psykoottisia oireita käyttäjillä. Spice on halpaa ja saatavuus helppoa ja pakkaukset houkuttelevia. Muuntohuumeiden tilaaminen internetistä on helppoa ja aineet tulevat suoraan kotiin postiluukusta. (Alho ym. 2011.)

Tuntemattomien aineiden käyttö huomataan usein hoitopaikoissa ennen kuin aineelle saadaan päihdeseulatuksista. MDPV:n käyttö huomattiin hoitopaikoissa mm. käyttäjien psyykkisen voinnin heikkenemisenä ja aggressiivisuuden lisääntymisenä. Käyttäjille ilmeni myös pistoskohtien syöpyä ja jopa laaja-alaisia märkiviä ihopaiseita. Daisy aiheutti vuonna 2010 jo lyhyen käyttöjakson jälkeen voimakasta agitoitumista ja ahdistuneisuutta, pelkotiloja ja ääniharhoja. Oireet saattoivat kestää useita päiviä ja käyttäjillä oli iholla mustelmia. Käyttäjiä joutui sairaalahoitoon psykoosien, rabdomyolysin ja siihen liittyvän munuaisten vajaatoiminnan vuoksi. GHB luokiteltiin huumeeksi jo vuonna 2001, aine on vaarallinen jyrkän annos-toksisuus-suhteen vuoksi, liian suuri annos vie helposti syvään koomaan. Useimpia muuntohuumeita ei voida todeta päihdeseulojen avulla, yliannostustilanteiden hoitaminen on vaativaa, eikä oireita tunneta tarkkaan. (Alho ym. 2011.)

Vuonna 2012 EU:N jäsenvaltiot ilmoittivat ensimmäistä kertaa EU:n varhaisvaroitusjärjestelmän kautta 73 uudesta muuntohuumeesta. Näistä aineista 30 oli synteettisiä kannabinoidireseptoriagonisteja. Muuntohuumeiden kauppapaikka on internet ja vuonna 2012 verkkokauppoja oli 693. Verkkokauppojen määrä on kasvanut ja kasvaa edelleen. (EMCDDA 2013, 28.)

### 3.1 Päihdehaitat

Alkoholin ja muiden päihteiden käytöllä on paljon erityyppisiä sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia haittavaikutuksia. Haittailmiöitä, -kokemuksia ja kustannuksia aiheutuu päihteiden käyttäjälle, ympäristölle, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Alkoholi- ja päihdehaitat eivät ole vain elämäntaparis-ki käyttäjälle, ne ovat yhteinen riski. Päihdehaitat vaikuttavat yhteisön viihtyvyyteen, yleiseen järjes-tykseen ja aiheuttavat kustannuksia. (Holmila ym. 2013, 203 - 208.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöllä on suuria taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia yhteiskunnas-samme. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kustannukset ovat vuosittain jopa 8,6 miljardia euroa. Vuonna 2013 alkoholin käyttö aiheutti julkiselle sektorille arviolta 887–1 089 miljoonan euron haitta-kustannukset ja huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille arviolta 256–330 miljoonan euron haittakus-tannukset. Huumehaittakustannukset muodostuvat pääosin haittojen hoitamisesta ja korjaamisesta. Jokaisesta huumeiden ongelmakäyttäjistä aiheutui arviolta 21 000 euron kustannukset vuonna 2010. (THL 2012; Varjonen 2014, 25 – 28; Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 36.)

Päihteiden kulutuksen kasvu näkyy lisääntyneinä sosiaalisina, terveydellisinä ja turvallisuuteen nä-kyvinä haittoina. Päihdehaitat eivät kuormita ainoastaan päihdetyön erityispalveluita vaan koko kun-nallista palvelujärjestelmää. Päihdehaitat kuormittavat monia maamme sairaaloita, päivystyksissä tapaa entistä enemmän eri päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita. (Holmila ym. 2013, 151 - 157; 174 – 181.)

Alkoholin runsas käyttö lisää sairastavuutta ja pahentaa monien sairauksien oireita. Alkoholin liika-käyttö on myös usein mukana pahentamassa syrjäytyneiden huono-osaisuuden kierrettä. Alkoholin kulutus ja käytöstä aiheutuvat haitat lisääntyivät voimakkaasti 2000-luvun alkupuolella sekä taloudel-lisen kasvun että vuonna 2004 tapahtuneen alkoholin hinnanlaskun seurauksena. Sekä miehillä että naisilla kaikkein suurin alkoholikuolleisuuden riski on pitkäaikaistyöttömillä ja työikäisillä eläkeläisillä. Merkittävä osa heistä voisikin vielä olla työelämässä, jos alkoholiongelmien eteneminen olisi osattu ajoissa pysäyttää. (THL 2015b)

Viime vuosina työiässä kuolleiden naisten ja miesten keskeiseksi kuolemansyyksi on noussut alko-holiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Vuosittain alkoholiin liittyviä kuolemia todetaan noin 3000. Vuonna 2013 alkoholin käyttöön liittyviä kuolemia oli Suomessa 2 561, joka oli 29 enem-män kuin edellisenä vuonna. Alkoholin käyttöön liittyviin kuolemiin on laskettu alkoholisairauksiin ja alkoholimyrkytyksiin kuolleiden lisäksi päihtyneenä tapaturmaan ja väkivaltaan kuolleet. ( Morig ym.2011, 51 – 56; Päihdetilastollinen vuosikirja 2015, 31 – 32.)

Suomen sairaaloissa hoidettiin vuonna 2012 huumeiden käyttöön tai lääkkeiden päihdekäyttöön liit-tyen ainakin 7 444 asiakasta. Huumesairaus oli pääasiallisena diagnoosina 4 105 asiakkaalla. Pää-tai sivudiagnoosina huumesairaus esiintyi 6 016 potilaalla. Lisäksi sairaaloissa hoidettiin yli 6 000 lääkeainemyrkytyspotilasta. Bubrenorfiinin huumausainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa vuon-na 2010. Huumekuolemat tapahtuvat usein päihteiden sekakäytön vuoksi, myös tapaturmat ja itse-murhat aiheuttavat huumekuolemia. Oikeuskemiallisen tutkimuksen paljastamia huumausainelöy-

döksiä ruumiinavauksissa oli yhteensä 352 vuonna 2013. Ainelöydösten määrä nousi 42 tapauksella edelliseen vuoteen verrattuna. (Varjonen 2014, 82 – 92; Päihdetilastollinen vuosikirja 2015.)

Tartuntatautirekisteriin kirjatut suonensisäisesti huumeita käyttävien hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Suonensisäisesti huumeita käyttävien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Rokotusohjelman mukaan A- ja B-hepatiittirokotukset saavat maksuttomasti huumeita pistämällä käyttävät, heidän seksikumppaninsa sekä samassa taloudessa asuvat henkilöt. Terveysneuvontapisteissä annettava terveysneuvonta ja neulojen ja ruiskujen vaihtaminen puhtaisiin ovat vähentäneet huumeiden suonensisäisen käyttämisen terveyshaittoja. Terveysneuvontapisteet ja muut matalan kynnyksen toiminnot ovat muodostuneet hyviksi väyliksi saada yhteys huumeidenkäyttäjiiin. Terveysneuvontapisteiden toiminta on osoittautunut kustannustehokkaaksi tavaksi vähentää huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Lääkkeellinen opioidikorvaushoito on myös tehokas huumehaittoja vähentävä hoitomuoto. (Forsell ja Nurmi 2014, 14. Varjonen 2014, 95.)

Päihderiippuvaisen läheisille päihteiden käytöstä aiheutuu mittaamattomia haittavaikutuksia. Terveystienhuollon ja viranomaisten ylläpitämät rekisterit kertovat omalla tavallaan kovan juomisen tai päihteiden käytön vakavista vaikutuksista lähipiirille. Huomattava on, että alkoholin ja päihteiden osuutta ei välttämättä kirjata järjestelmällisesti. Tämän vuoksi voidaan olettaa, että päihdehaittojen esiintyvyys ja koituneet kustannukset ovat rekisteriaineistoissa aliraportoituja. (Holmila ym. 2013, 204 – 205.) Päihderiippuvaisen ihmisen läheiset elävät jaksamisensa äärirajoilla. Päihderiippuvaisen henkilön persoonallisuus muuttuu ja hänen kykynsä hallita elämää vaikeutuu. Päihderiippuvainen käyttäytyy usein pakonomaisesti, on kriittinen, vaativa, kieltää, eristäytyy, syyttää, valehtelee ja keinoittelee saadakseen päihteitä. (Arramies 2006.)

Maritta Itäpuisto (2005) tutki väitöskirjassaan alkoholiongelmisten vanhempien kanssa eläneiden lapsuudenkokemuksia. Väitöskirjassaan Itäpuisto toteaa, että lasten selviytymiseen alkoholiongelmaisessa perheessä on kiinnitetty vain vähän huomiota ja että päihdeongelmisten perheiden lapset tarvitsevat tukea ja apua välittömästi, sillä aivan liian moni lapsi kärsii vanhempiensa alkoholinkäytöstä. Itäpuisto toteaa tutkimuksessaan että, lasten kokemia fyysisen, henkisen ja sosiaalisen väkivallan kuvauksia on erittäin paljon. Itäpuiston (2005) aineistossa kaksi ongelmaa nousevat muiden yläpuolella, humala ja väkivalta. Lapsen tietoisuus siitä mitä hänen perheessään tapahtuu, syntyy pitkän prosessin tuloksena. Lapsi saattaa oireilla monin eri tavoin sekä psyykkisesti että fyysisesti.

Päihdehuolto lain (41/1986, 7 §) perustella päihdeongelmaisen läheisen on oikeus saada tukea ja hoitoa. Holmila ym. (2013, 141) toteavat tutkimuksessaan että läheisten huomioiminen suomalaisissa päihdepalveluissa on sirpaleista, eikä läheisille tarkoitettuja palveluja ei ole tarjolla kovinkaan monessa kunnassa, vaan läheisiä autetaan osana päihdeongelman hoitoa. Läheisille tarjottavien palveluiden sisällöstä on tutkimuksen perustella hyvin vaikeaa saada tietoa, tutkittua tietoa on hyvin vähän ja palveluntarjoajien kuvaukset palveluiden sisällöstä ovat erittäin niukkoja. Päihdeongelmaisen perheen jäsenet ja päihdeongelmaisen läheiset tarvitsevat mahdollisuutta puhua ja tulla kuulluiksi. Suomessa on valtakunnallisia, kunnallisia ja järjestöjen ylläpitämiä tukimuotoja päihdeongelmaisen läheisille.

Tässä osioissa on tuotu esiin vain pieni osa ja ”raapaistu pintaa” alkoholin ja muiden päihteiden käytön aiheuttamista haitoista. Mainittakoon vielä, että alkoholin vaikutuksen alaisena tehdään merkittävä osa pahoinpitely- ja ryöstörikoksista. Huumausainerikollisuus ja huumeiden käyttöön liittyvä oheisrikollisuus esimerkiksi omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset ovat lisääntyneet. (Varjonen 2014, 105 – 107.)

### 3.2 Päihdehoito

Suomessa päihdehuollon erityispalveluiden kokonaisuuden muodostavat avohoitopalvelut ja laitosten muotoinen katkaisu- ja vieroitushoito. Pitkäkestoisempi kuntouttava laitoshoido sekä arkea tukeva päivätoiminta kuuluvat myös erityispalveluiden kenttään. Asumispalveluita järjestetään sekä sosiaalihuollon yleisinä palveluina että erityisissä päihdehuollon asumispalveluyksiköissä. Moniongelmaisten päihteiden käyttäjien, esimerkiksi raskaana olevien ja äitien, päihdepalveluja tuotetaan myös valtakunnallisesti. Päihdeongelmaisia hoidetaan myös perustason sosiaali- ja terveystieteissä. Lisäksi osa päihdeongelmallisista ja heidän läheisistään hakee apua vertaistuesta, kuten AA-ryhmistä. Suuremmissa kunnissa on yleensä monipuolisia avo- ja laitosten muotoisia erityispalveluja. Pienemmissä kunnissa on pääasiassa tarjolla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa annettavia palveluja, joita täydennetään tarvittaessa ostopalveluilla. (STM 2002, 30 – 33; 42. Stakes 2007, 12 - 13.)

Päihdehoidon vaikutuksia eri päihteiden käyttäjiin on tutkittu paljon, suurta osaa tiedosta ei ole pystytty siirtämään käytäntöön. Hoidolla pystytään tutkimusten mukaan vähentämään päihteiden käyttöä, vaikuttamaan myönteisesti psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, vähentämään tartuntatauteja, vähentämään rikollisuutta ja syrjäytymistä. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto ovat yhteistyönä määritelleet päihdetyön laatusuosituksen. (STM 2002, 16 – 17.) Kaavamainen hoitosuosituksen noudattaminen ei kuitenkaan kannata, vaan päihdehoito suunnitellaan aina yhdessä asiakkaan kanssa ja hänen lähtökohdistaan käsin (Koski-Jännes Anja 2013, 140 – 141).

Päihdeongelman hoito vaatii laaja-alaisia päihdepalveluita hoitavista ja kuntouttavista palveluista päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tähtääviin palveluihin (Kekki ja Partanen 2008, 9). Terveydenhuollossa päihteiden käytön vuoksi asioivan potilaan tai sosiaalihuollossa asioivan asiakkaan päihdehoidon tulee perustua hänen tilanteensa arviointiin ja sen pohjalta hänen kanssaan yhdessä tehtyyn hoitosuunnitelmaan. (STM 2002, 51.)

Päihdeongelman hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään lääkehoitoa ja psykososiaalisia hoitomenetelmiä. Alkoholi-, huumausaine- ja lääkeriippuvuuksien hoidossa käytetään samantyyppisiä hoitomenetelmiä. Yleisemmin käytetty psykososiaalisen hoidon muoto on hoitosuhde, joka tarkoittaa hoitavaa ja tukea antavaa vuorovaikutusta, jossa voi olla aineksia erilaisista terapeuttisista menetelmistä. Lääkäriseura Duodecimin käypä-hoito suosituksissa määritellään sekä alkoholiongelman että huumeongelman hoito. (THL 2016.)

Päihdeongelman hoidossa käytetään erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, riippuen päihdehoito- tai kuntoutus yksikön ideologiasta. Hoitomuoto täytyy valita aina yksilöllisesti, tutkimuksien perustella ei tiedetä, mikä hoitomuoto sopii potilaalle parhaiten (Alkoholiongelman hoito 2015). Kaikissa psykososiaalisissa hoito- ja kuntoutusmuodoissa tärkeitä ovat hoidon jatkuvuus, hyvä yhteistyö

sekä potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on yksi käytetyimmistä hoitomuodoista, motivoiva haastattelu ja retkahduksen esto-ohjelmat liittyvät tähän terapiaan. AA- ja NA- ja Al-anon ideologiat perustuvat 12 askeleen-ohjelmaan. Ratkaisukeskeisessä terapiassa etsitään asiakkaan voimavaroja sekä lisätään potilaan itsetuntemusta ja toimintakykyä pulmatilanteissa ja tuetaan asiakasta jatkamaan elämässä eteenpäin. Yhteisövahvistusohjelmassa (community reinforcement approach, CRA) palkitaan toivottua käyttäytymistä, etsitään tukea perheestä, työstä ja vapaa-ajasta sekä harjoitellaan sosiaalisia taitoja. Terapeuttisen yhteisöhoidon tavoitteena on elämäntavan, arvojen ja minäkuvan muutos. Systeemiteoreettinen lähestymistapa painottaa potilaan lähipiirin voimavarojen käyttöönottamista hoidossa. Psykodynaamisessa ja interpersoonalisessa terapiassa käsitellään potilaan elämänvaiheita ja ihmissuhteita, aikuisena koetut psyykkiset vaikeudet nähdään liittyvän lapsuuden, nuoruuden ja ajankohtaisen vaiheen kokemuksiin. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015; THL 2016)

Kognitiivisen terapian piiriin kuuluva motivoiva haastattelu -menetelmä on yksi päihdehoidon käytetyimmistä menetelmistä. Motivoiva haastattelu on asiakkaan omista tarpeista ja arvomaailmasta lähtevä ohjausmenetelmä, jonka tarkoitus on vahvistaa asiakkaan motivaatioita ja muuttaa haitallista ja riippuvuutta aiheuttavaa ajattelua. Muutoksen vaihemallia käytetään myös yleisesti apuna päihdehoitotyössä. Muutoksen vaihemalli perustuu ajatukseen, että muutosprosessin vaihe määrittää sen minkälaisesta hoidosta ja lähestymistavasta henkilö hyötyy sillä hetkellä. (Järvinen 2014; Päihteet puheeksi.)

Lääkehoitoa käytetään usein päihdeongelman hoidossa. Lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistelmällä hoitotulokset paranevat. Lääkehoitoa käytetään päihdekierteen katkaisuun, alkoholikouristusten ehkäisyyn, vieroitusoireiden hoitamiseen ja pitkäaikaisemmän lääkityksen aloittamiseen. Huumeongelmaisen hoidossa ei ole olemassa yhtä oikeaa lääkehoitoa, lääkityksen valinta tehdään yksilöllisesti. Opioidiriippuvaisen korvaushoito lääkkeinä käytettäviä metadonia tai buprenorfinia voidaan käyttää vieroitusvaiheessa, siirtymävaiheessa sekä pitkäaikaisena korvaushoitolääkkeenä silloin kun hoidetaan opioidiriippuvaista henkilöä. Käytännössä huumeriippuvainen käyttää usein yhtäaikaa useita päihteitä ja hoitoon tullessa lääkityksen tarve arvioidaan potilaan voinnin ja vieroitusoireiden perusteella. Huumeriippuvaisen hoito vaatii päihdelääketieteellistä asiantuntijuutta. (Päihdelinkki 2015; Aho, Salaspuro ja Savolainen 2016.)

Päihteiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuva pitäisi aina tutkia mahdollisten psykiatristen oireiden osalta. Päihde- ja psykiatriset ongelmat esiintyvät rinnakkaisina ja pahentavat toisiaan. Akuutti päihetyksellä voi estää psykiatrisen arvion tekemisen, mutta potilaan tilaa voidaan arvioida erilaisten oireseulojen avulla. Tärkeintä on potilaan kokonaistilanteen huomioiminen sekä päihde- että mielen-terveyshäiriön osalta. (Lindholm, Luoto, Koivukangas, ja Kampman 2013, 2057 - 2061; Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Kaikkia hoitomuotoja ei ole saatavilla kaikissa kunnissa ja käytännössä potilaan hoito tapahtuu kunnassa olevan tarjonnan perusteella. Pienissä kunnissa päihdehoito voi rajoittua perusterveydenhuollossa annettavaan hoitoon. Perusterveydenhuollossa päihdehoidon toteuttamisessa on ongelmallista se, että päihdeongelmaisten tunnistamisen ja päihdeongelmiin puuttumisen koetaan tuottavan vaikeuksia. (Inkeroinen ja Partanen 2006, 22 – 23.) Huomioitava on, että päihdehoitoa toteutetaan

hyvin erilaissa ympäristöissä ja henkilökunnan koulutustaustalla on merkitystä hoidon laatuun. Riikka Perälä (2012) on väitöskirjassaan tutkinut huumehaittojen politiikkaa ja käytäntöjä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että tavoissa auttaa huumeidenkäyttäjiä oli ongelmia. Avun saamisen esti byrokratia ja viileä kohtelu.

## 4 PÄIHDEONGELMASTA PÄIHDERIIPPUVUUTEEN

Päihdyttävien aineiden ja lääkkeiden väärinkäytölle on ominaista aineen toistuva käyttö tavalla, josta on erilaisia terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja. Silloin kun diagnoosina on ”alkoholin tai muiden aineiden väärinkäyttö”, päihteenkäyttö ei ole välttämättä päivittäistä, eikä henkilöllä ilmene pakonomaista tarvetta päihteen käyttämiseen. Päihteenkäyttö ei ole vielä johtanut lisääntyneen sietokyvyn kehittymiseen eikä käytön lopettamisesta seuraa krapulaa suurempia vieroitusoireita. Huomattava osa alkoholin tai päihdeiden väärinkäyttäjistä ajautuu vähitellen päihderiippuvaisiksi. (Huttunen 2015.)

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta päihdyttävästä aineesta tai aineista. Kun puhutaan pakonomaisesta, päihtymishakuisesta ja jatkuvasta päihdeiden käytöstä puhutaan vakavasta sairauksilasta. Päihderiippuvuus voi olla psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä sekä kaikkea yhdessä tai näiden yhdistelmiä (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 42; Huttunen 2015). Päihderiippuvuuden tasolle edennyt päihdehäiriö on krooninen aivosairaus, siihen liittyy retkahduksia, remissiovaiheita, päihdeidenkäyttöjaksoja ja mahdollisesti väliin hallinnassakin olevia päihteenkäyttöjaksoja. (Holopainen 2013, 147.)

Fyysinen riippuvuus tarkoittaa sitä, että päihdekäyttäjän elimistö on tottunut päihteeseen ja sietokyky eli toleranssi päihteeseen on kasvanut. Päihteen käytön lopettaminen saa aikaan vieroitusoireita. Psyykkinen riippuvuus ilmenee päihteen himoitsemisena tai pakonomaisena tapana. Sosiaalinen riippuvuus liittyy päihdeiden käyttöä vahvistaviin sosiaalisiin suhteisiin. Päihdeitä voidaan käyttää myös jotta saavutettaisiin jokin henkinen tila tai henkinen yhteys. Päihderiippuvainen henkilö voi olla riippuvainen joistakin näistä ulottuvuuksista, mutta hän voi olla riippuvainen kaikissa näissä ulottuvuuksissa. (Holmberg 2010 36 - 41.) Päihdyttävä aine voi olla henkilölle reseptoimaton lääke, alkoholi tai huume. Päihderiippuvaisella ihmisellä on pakonomainen tarve saada jatkuvasti tai aika ajoin päihdettä, eikä hän kykene hallitsemaan päihteen käyttöä. Sietokyky päihteeseen kasvaa ja käyttö jatkuu haitoista huolimatta. (THL 2014; Huttunen 2015.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on kasvamassa. Kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdeongelman lisäksi päihdeiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Alkoholi-ongelmaisista 37 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa ollut jokin päihdeistä riippumaton psykiatrinen häiriö. Huume-ongelmaisista mielenterveydenhäiriöitä esiintyy 53 %:lla. Noin puolella skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on myös päihdeongelma. Tutkimukset soittavat, että kaksoisdiagnoosit ovat hyvin yleisiä, mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaista hoitamista on hankaloittanut mm. eri hoitotahojen erilaiset toimintatavat ja yhteydenpito. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hyvä hoito on haaste. Integroitu hoito eli kummankin häiriön hoitaminen yhtä aikaa on ainakin yhtä vaikuttava kuin aiemmat hoitomallit ja yhteen hoitopaikkaan sitoutuminen ja sen myötä hoitomyöntyvyyden lisääntyminen puoltavat integroitua hoitomallia. (Aalto 2007, 1293 – 1297.)

Antti Latvala (2011, 9 - 10) on väitöskirjassaan, *Cognitive function in alcohol and other substance use disorders in young adulthood*, tutkinut kognitiivisia ja muita päihdehäiriöihin liittyviä tekijöitä nuorilla aikuisilla. Latvala toteaa tutkimuksessaan, että useat erilaiset riskitekijät biologisista yhteiskunnallisiin riskeihin ovat yhteydessä kohonneeseen päihdehäiriöiden riskiin. Päihdehäiriölle altistavia

tekijöitä on päihdehäiriön esiintyminen lähisukulaisella sekä päihteiden käytön varhainen aloittaminen ja aggressiivisuus. Latvalan tutkimuksessa tuli ilmi, että päihdehäiriöiset eroavat terveistä verro-keista monella kognitiivisen toimintojen alueella, heikompi kielellinen kyvykyys on yksi johdonmu-kaisemmista löydöksistä. Myös psykomotorisen prosessoinnin hitauden todettiin tutkimuksessa liitty-vän päihdehäiriöön. Myös useat tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, vanhempiin liitty-vät tekijät, päihteidenkäytön varhainen aloittaminen sekä koulutustasoon liittyvät tekijät olivat tutki-muksen perusteella yhteydessä päihdehäiriöihin.

Päihderiippuvuutta on lähestytty mm. kognitiivisesta näkökulmasta, psykoanalyttisen näkemykseen perustuen ja behavioristisen mallin kautta. Riippuvuutta on kuvattu biopsykososiaalisena mallina (Koski-Jännes 2004) ja opittuna toimintamallina (Ruisniemi 2006). Riippuvuutta on lähestytty psyko-logian, sosiologian, lääketieteen ja teologian näkökulmista (Ruisniemi 2006, 15 - 20). Käsittelen työssäni päihderiippuvuutta sairaustilana. Kansainvälisissä riippuvuussairauksien diagnostisissa kri-teristöissä ICD-10 ja DSM-IV päihderiippuvuus todetaan, jos henkilöllä esiintyy kuluneen vuoden aikana vähintään kolme seuraavista kriteereistä yhtäaikaisesti vähintään yhden kuukauden ajan:

- Pakonomainen halu tai himo käyttää ainetta.
  - Heikentynyt kyky hallita aineen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista.
  - Vieroitusoireet.
  - Sietokyvyn kasvu.
  - Aineen käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi.
  - Käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista.
- (Alkoholiongelman hoito, käypä hoito suositus 2015.)

#### 4.1 Alkoholiriippuvuus ja alkoholismin vaiheet

Suomalaisista 90 % käyttää alkoholia ja päihteiden ongelmakäyttäjäksi ja sitä kautta päihderiippu-vaiseksi voi kulkeutua kuka tahansa. Terveysthuollon näkökulmasta alkoholinkäyttö on ongelma silloin, kun se on niin runsasta, että terveys vaarantuu tai terveyshaittoja on jo todettavissa. (Seppä 2003.) Alkoholismi on sairaus muiden sairauksien joukossa. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yli 29-vuotiaista suomalaisista 4 prosenttia sairastaa alkoholiriippuvuutta. Lääke- ja huumeriippuvuuksien esiintyvyys on pienempi, tarkkoja lukuja ei ole olemassa. (THL 2014.)

Alkoholismi sairastuttaa viidenneksen aikuisväestöstä, puolet heistä alkoholisoituu ja kuolee ennen-aikaisesti ja toinen puoli sairastuu alkoholisairauksiin. WHO julisti jo vuonna 1952 alkoholismin sai-raudeksi, joka voidaan pysäyttää, mutta ei parantaa. Alkoholismista voidaan puhua silloin, kun hen-kilön joku elämäalue kärsii juomisesta. Alkoholismiin kuuluu juomisen hallinnan menettäminen, aja-tusten keskittyminen päihteisiin ja oman tilanteen ja alkoholismin kieltäminen jopa ennenaikaiseen kuolemaan saakka. (Arramies ja Hakkarainen 2013, 18 – 21.)

Suomessa on neljännesmiljoona alkoholista ja saman verran alkoholin suurkuluttajia. Pieni osa suomalaista ei käytä alkoholia lainkaan, suurin osa suomalaisista juo vähän ja viidennes juo kaikes-ta alkoholista 80 %. Juomistiheys on kasvanut eniten 50 – 70- vuotiaiden miesten ja naisten kes-kuudessa. Alkoholismiin altistavan geenin löytymisestä raportoitiin huhtikuussa 2011, geenin on to-

dettu lisäävän todennäköisyyttä sairastua päihderiippuvuuteen. Geeni ei yksinään tee kenestäkään alkoholista, ilman suotuisia olosuhteita. Addiktoituminen tapahtuu aina perimän ja ympäristön yhteisvaikutuksesta. (Viljamaa 2011, 7 – 8, 135 - 137.)

Alkoholiriippuvuudelle altistavien perintötekijöiden on arvioitu lisäävän riippuvuuden kehittymisen riskiä noin 50 prosenttia. Joihinkin mielenterveyshäiriöihin ja sosiaalsiin tekijöihin liittyy suurentunut riski riippuvuuksiin. Miehillä riippuvuutta todetaan enemmän. Päihderiippuvuus voi kehittyä missä iässä tahansa. Alkoholisairaus päädiagnoosien määrä on kasvanut yli 65-vuotiaiden ryhmässä sekä alle 25-vuotiailla. THL:n tilastoraportin mukaan alkoholisairauden vuoksi hoidossa olleiden keskiarvoikä oli 50,9 vuotta. Alkoholin käytön aiheuttamat sairaudet kasautuvat miehille, mutta naisten osuus näyttäisi oleva kasvamassa. Vuonna 2009 alkoholisairauden vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetuista noin 78 prosenttia oli miehiä ja 22 prosenttia naisia. (THL 2011, 6-12; THL 2014.)

Alkoholismi kehittyy asteittain. Alkoholismin alkuvaiheessa juominen on vielä mielekästä ja toleranssi eli sietokyky alkoholia kohtaan alkaa kasvaa. Alkoholismin varhaisvaiheiden kehitys kestää 7 - 10 vuotta, alkoholisti hakeutuu ensimmäisen kerran hoitoon noin seitsemän vuotta ongelmien alettua. Alkoholismin keskivaihe on nopea vaihe ennen alkoholismin loppuvaihetta. Alkoholismin keskivaihe kestää 2 - 5 vuotta. Alkoholismin keskivaiheessa ihmisen päihdeongelma alkaa ilmetä erilaisina vaihinkoina, unohtamisina, ylilyöminä ja käyttäytymisen poikkeavuuksina. Ihmisen persoonallisuus muuttuu ja yhä suurempi osa ajasta kuluu päihteiden käytön mahdollistamiseen, päihteiden käyttöön ja päihteiden käytöstä selviämiseen. Myöhäisvaiheessa alkoholisti ei enää tarvitse syytä juomiseen vaan alkoholin käyttö on jatkuvaa toimintaa. Jotta juomista ei tarvitsisi katkaista, alkoholisti valehtelee, koska alkoholistin on pakko juoda elääkseen. Alkoholismin myöhäisvaiheen oireita ovat mm. ulkoisen olemuksen muutos, elimistön jatkuva stressitila, päihtyneenä esiintyminen milloin ja missä tahansa, yksinäisyys, masentuneisuus, unettomuus, ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus. Myöhäisvaiheessa alkoholisti syö enää harvoin, mikä näkyy hänen laboratoriokoearvoissaan (mm. hemoglobiini laskee matalalle, erytrosyytit kohoavat, trombosyytit vähenevät ja maksa-arvot kohoavat). Myöhäisvaiheen alkoholistille aamu- ja krapularyypyt ovat välttämättömyys. Alkoholistilla on juomattomia ”kuivilla” olo jaksoja, yleensä katkaisuhoidojen tuloksena, mutta ilman hoitoa myöhäisvaiheen alkoholisti ei toivu. Sydämen eteisvärinäkohtaukset, haimatulehdukset, viinakrampit, juoppohulluuskoh-  
taukset ja päihtyneenä tapahtuneet onnettomuudet vievät alkoholistin sairaalahoitoon. (Kempainen 2010; Arramies ja Hakkarainen 2013, 28 -31.)

#### 4.2 Huumeiden viihdekäytöstä ja huumeriippuvuudesta

Huumausaineiden käytöllä on yhä vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten arkipäivässä, juhlintatavoissa että myös päihteiden ongelmakäytössä. Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 17 prosenttia 15 – 69 vuotiaista suomalaisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laitonta huumetta. Kokeilut keskittyvät kannabiksen käyttöön. Naisista kannabista oli kokeillut 13 prosenttia ja miehistä 20 prosenttia. (Varjonen 2014, 29 - 30.)

Varsinkin synteettisten huumeiden viihdekäyttö on lisääntynyt nuorten aikuisten keskuudessa. Viihdekäyttäjät eivät ole syrjäytyneitä ja huono-osaisia vaan yleensä ahkeria, työssäkäyviä tai opiskele-

via hyväosaisia nuoria aikuisia. Huumeiden viihdekäyttöä on esiintynyt ainakin 1930-luvulta lähtien. Underground-jazzia soittaneet muusikot käyttivät 1930-luvulla marihuanaa ja kokaiinia. Rock and roll -ilmiö 1960-luvulla ja 1970-luvun punk-kulttuuri toivat huumeiden joukkoon amfetamiinit, hallusinogeenit ja joitakin psykotrooppisia lääkkeitä. MDMA:n eli ekstaasin käyttö levisi ”rave”, ”acid house” ja ”tekno” kulttuurien mukana Eurooppaan 1980-luvulla ja 1990-luvulla ekstaasi oli levinnyt koko Eurooppaan. Viihdekäytön yhteydessä medioissa on puhuttu ekstaasikuolemista, mutta suurin huolenaihe on pitkän ajan kuluessa tapahtuvat amfetamiinityyppisten aineiden käyttämisestä aiheutuvat terveysvauriot. Muuntohuumeiden käyttäjät ovat pääasiassa nuoria viihdekäyttäjiä, mutta muuntohuumeiden käyttö on levinnyt jossakin määrin myös ongelmakäyttäjien keskuuteen. (EMCDDA 2002.)

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen raportissa (EMCDDA 2013) todetaan, että Euroopan huumeongelma on kasvussa. Uusien psykoaktiivisten aineiden, stimulanttien, heroiinin ja muiden opioidien kysyntä ja tarjonta ovat edelleen suurta, ja niiden vaikutukset kansanterveyteen ovat merkittäviä”. MDMA:n, jota myydään usein ekstaasina, käyttö on kasvussa ja noin 2,1 miljoonaa eurooppalaista nuorta aikuista (15–34-vuotiaista) kertoi käyttäneensä MDMA:ta kuluneen vuoden aikana, tämä on 1,7 % ikäryhmästä. Aine on aiheuttanut myrkytyksiä ja kuolemantapauksia. Euroopan markkinoilla olevien uusien psykoaktiivisten aineiden määrä kasvavaa jatkuvasti, ja tällä hetkellä EMCDDA seuraa yli 560 uutta psykoaktiivista ainetta. Uusista psykoaktiivisista aineista osa on todettu erittäin myrkyllisiksi ja nuoria kokeilijoita käytetään ”ihmiskoekaniineina” uusille aineille. Kannabiksen ”laillisina” korvikkeina myytävät synteettiset kannabinoidit voivat olla erittäin myrkyllisiä, ja joukkomyrkytyksistäkin on ilmoitettu. (EMCDDA 2016.)

Huumausaineiden käyttäminen ei sinänsä ole sairaus, vaan niiden aiheuttama päihtymystila aiheuttaa aivojen toiminnan ja sitä myötä käyttäytymisen muutoksia. Riippuvuus kehittyy ainealtistuksen seurauksena. Huumeriippuvuus tarkoittaa sitä että huumeiden käyttö on muuttunut hallitsemattomaksi. Huumeriippuvuus on krooninen, välillä etenevä, välillä oireeton, helposti uudelleen retkahduksen aiheuttava aivojen sairaus. Lähes kaikki huumausaineet, joiden tiedetään aiheuttavan riippuvuutta tai altistavan ihmisen väärinkäytölle, lisäävät dopamiini-nimisen välittäjäaineen vapautumista aivokuoren alla sijaitsevassa rakenteessa. Huumausaineet saavat dopamiinijärjestelmän toimimaan ylikierroksilla, jolloin toistuvan mielihyvän kokemuksen tavoittelu voi syrjäyttää muut tärkeät tavoitehakuiset toiminnot. Toistuva keskushermoston altistus huumausaineille muuttaa hermoston reagoititapaa. (EMCDDA 2009; Irti huumeista ry.)

Aineiden sietokyky alkaa kasvaa ja päihtymystilaan liittyvä mielihyvän tunne vaimenee. Huumeidenkäyttäjä joutuu lisäämään annosta ja toleranssi alkaa kehittyä. Vieroitusoireita alkaa esiintyä huumausaineen vaikutuksen vähetessä tai loppuessa. Huumeriippuvuus aiheuttaa hermoston adaptaatio oireita ja käyttäjällä on pakonomainen tarve saada huumausainetta. Piristeiden kuten amfetamiinin vaikutuksen alaisena ihminen ei nuku, eikä nälän tunnetta ole, paniikkioireilua, realiteetin tajun heikkenemistä ja jopa psykoottisia oireita voi esiintyä. Vaikeat oireet pakottavat hakeutumaan päi-vystykseen tai hoitamaan oireita rahoittavilla lääkkeillä. Vieroitusvaiheessa piristeet aiheuttavat lamaantuneen olon, kun taas hermostoa lamaavat aineet, alkoholi, bentsodiatsepiinit ja opioidit ai-

heuttavat vieroitusvaiheessa yliärttyvyytilan ja käyttäjä kokee itsensä sairaaksi. (EMCCDA 2009, Irti Huumeista ry.)

Riippuvuuteen sairastunut huumeiden käyttäjä jatkaa aineiden käyttöä kunnes jokin katastrofi aiheuttaa hoitoon hakeutumisen ja hoito motivaatio herää. Huumeidenkäyttäjällä on voimaton riippuvuuden edessä ja kokee tilansa toivottomaksi. Masennusta, itsetuhoisuutta ja itsetuhoisuuksia esiintyy usein. Terveysneuvontapisteissä tehtyjen haastattelujen perusteella enemmistö huumeidenkäyttäjistä haluaisi lopettaa huumeiden käytön, mutta riippuvuus pakottaa jatkamaan huumeiden käyttöä. (Irti huumeista ry.)

Huumeidenkäyttäjän syyllistäminen ei auta vaan hänellä pitää olla lupa ja mahdollisuus puhua. Huumeidenkäyttäjien hoidossa tarvitaan vankkaa asiantuntijuutta. Huomioitava on, että ensimmäiset hoitoyritykset lähes väistämättä epäonnistuvat ja elämäntavan muuttaminen on vaativa ja pitkä prosessi. Riippuvuutta hoidetaan lääkehoidon ja psykososiaalisten hoitojen yhdistelmällä. Lääkehoitoina käytetään yleensä joko lääkkeitä, jotka estävät riippuvuutta aiheuttavan aineen toimintaa (esim. heroini-riippuvuuden uusiutumisen ehkäisemisessä käytettävä naltreksoni) tai tekevät käytön vastenmieliseksi (esim. alkoholi-riippuvuuteen käytetty disulfirami), tai lääkkeitä, joilla korvataan riippuvuutta aiheuttava aine vähemmän haitallisella aineella (esim. buprenorfiini avusteinen opioidikorvaushoito). Metadonia tai buprenorfiinia voidaan käyttää siirtymävaiheen lääkkeenä, vieroituslääkkeenä sekä pitkäkestoisena korvaushoito lääkityksenä. Korvaushoito lääkitys on vuosia kestävä tai jopa elinikäinen hoito. (EMCCDA 2009, Irti huumeista ry.)

Psykososiaaliin hoitoihin kuuluvat mm. kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoivat haastattelut, huumeneuvonta ja 12 askeleen tukiryhmät. Ne ovat tärkeä ja hyödyllinen lisä lääkehoidolle ja pitkällä aikavälillä lisäävät onnistuneen hoitovasteen saamisen mahdollisuuksia. Uudet hoidot mm. rokotteet immunoterapian muodossa ja neurokirurgiset hoidot ovat uusia hoitomalleja huumeriippuvuuden hoidossa. Neurokirurgisiin hoitoihin liittyy suuria eettisiä ongelmia. (EMCCDA 2009, Irti huumeista ry.)

Huumeriippuvuuden aivosairauteen pohjautuva selitysmalli, haastaa näkemyksen huumeidenkäytöstä vapaaehtoisena valintana. Selitysmallin mukaan pitkittynyt huumeiden käyttö aiheuttaa muutoksia aivoissa. Huumeidenkäytön aiheuttamat aivomuutokset voivat selittää sen, miksi huumeriippuvaiset jatkavat huumeiden käyttöä mielihyvän kokemusten heikkenemisestä ja vakavista haittavaikutuksista huolimatta. Malli myös kyseenalaistaa huumeriippuvaisen kyvyn tehdä itsenäisiä tietoisia valintoja ja toimimaan niiden mukaan. (EMCCDA 2009.) Huumeiden käyttäjien hoitamisen tärkeydestä puhuttiin paljon huumeongelmien lisääntyessä. Tästä puheesta huolimatta huumerikoksista epäiltyjä tai tuomittuja oli 2000-luvulle tultaessa kaksinkertainen määrä verrattuna niihin, jotka olivat hoidon piirissä. (Kaukonen 2005, 318).

Tilastoraporttien mukaan lähes kaikki päihdehuollon huumeasiakkaat käyttivät vuonna 2014 useita ongelmapäihteitä. Huumehoidon asiakkaista 78 prosentilla oli opioidien ongelmallista käyttöä tai opioidiriippuvuus. Buprenorfiini, jota käytetään myös korvaushoito lääkkeenä, oli selvästi eniten vää-

rinkäytetty yksittäinen opioidi. Viiden ongelmallisimman päihteen joukossa oli opioidit 78 prosentilla asiakkaista, stimulantit 48 prosentilla, rauhoittavat lääkkeet 47 prosentilla, kannabis 47 prosentilla ja alkoholi 32 prosentilla aineiston asiakkaista. (Forsell ja Nurmi 2014, 1 - 7, Varjonen 2014, 55 – 58.)

Forsellin ja Nurmen tilastoraportti päihdehuollon huumeasiakkaista vuodelta 2014 kertoo, että päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (66 %) ja valtaosin 20–34-vuotiaita (61 %). Vanhemmissa ikäluokissa ja vain kannabista tai vain kannabista ja alkoholia käyttävien joukossa miesten osuus oli suurempi. Käytännössä kaikki (99 %) olivat Suomen kansalaisia. Asiakkaista joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Asiakkaista 16 % oli säännöllisessä tai satunnaisessa työssä ja heistä kolmasosa oli jonkinlaisen kuntouttavan työtoiminnan piirissä. Huumehoidon täysikäisistä asiakkaista 14 % asui alaikäisen lapsen kanssa. Alle kouluikäisten lasten vanhemmista noin 80 % oli lastensuojelun tukitoiminen piirissä. (Forsell ja Nurmi 2014, 3 – 4.) Huumeasiakkaiden koulutustaso oli matala. Suurin osa huumeasiakkaista oli ollut päihdehoidossa aiemminkin, ennen tutkimuksen teko hetkeä (83 %) ja käyttänyt huumeita myös suonensisäisesti (77 %). (Forsell ja Nurmi, 2014, 1 – 7; Varjonen 2014, 55 - 57.)

Opioidien käytöstä seuraa eniten sekä erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä, vuodeosastojaksoja että hoitovuorokausia vuodeosastolla. Opioidien käytön tarkempi diagnoosi on lähes aina opioidiriippuvuus. Stimulanttien ja kannabiksen käyttäjille tyypillisimpiä diagnooseja ovat psykoosit. Omaaloitteisesti huumehoitoon oli hakeutunut 18 prosenttia ja perusterveydenhuollon kautta hoitoon oli ohjattu 10 prosenttia asiakkaista. Kaikkein nuorimpien asiakkaiden hoitoon ohjautuminen erosi muista ikäryhmistä. Alle 20-vuotiaista asiakkaista 26 prosenttia ohjautui hoitoon lastensuojelun kautta ja 22 prosenttia muun terveydenhuollon kautta. Perhe tai ystävät olivat toimineet hoitoon ohjaajana 17 prosentilla alle 20-vuotiaista asiakkaista. Alaikäisistä eli alle 18-vuotiaista 35 prosenttia ohjautui hoitajaksolle lastensuojelun lähettämänä. (Varjonen 2014, 56 – 58.)

## 5 PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut ja on suurten muutoksien edessä, sekä lainsäädännön että palvelujen järjestämisen tasolla. Muutoksen taustalla ovat vaikuttaneet mielenterveys- ja päihdesuunnitelma sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva kunta- ja palvelurakenneuudistus. Uusimpana muutoksien aiheuttajana on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015 - 2019 eli Sote-uudistus, sen tarkoituksena on turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet koko maassa.

Suomessa päihdehoidon talvet toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Perustalvetuita tarjoavat sosiaalitaltoimi, lastensuojelu, mielenterveystoimistot, terveysteskuusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat ja psykiatriset sairaalat. Päihdehuollon erityistalvetuita jaetaan avotalveluihin, laitostalvetuihin ja kuntoutukseen sekä välimuotoisiin muihin talvetuihin, joita ovat mm. erilaiset asumistalvetuita ja ensisuojaat. (Varjonen 2014, 63 – 64; Päihdelinkki 2016.)

Erityistalvetuissa toteutetaan muun muassa päihdeongelman ja hoidon tarpeen arviointia, terapeutista avohoittoa, katkaisuhoittoa ja kuntoutusta. Päihdehuollon erityistalvetuita ovat sijoittuneet pääosin sosiaalihuollon puolelle. Erikoissairaanhoidossa voi olla päihdehuollon erityistalvetuiksi määriteltäviä osastoja tai sairaansijoja, esimerkiksi KYS:in päihdepsykiatrian poliklinikka ja osasto. Erityisiä päihdehuollon talvetuita käytetään, jos perustalvetuita eivät ole riittäviä. Näihin talvetuihin kuuluvat mm. A-klinikat, nuorisotasemat, katkaisuhoitotasemat, ensisuojaat ja talvetuasunnot. Erityistalvetuiden lähtökohdana on talvetuiden matalakynnyksisyys, asiakkaan omaehtoinen hoitoon hakeutumien ja avohoitopainotteisuus. (Varjonen 2014, 63 – 64; Päihdelinkki 2016.)

Päihdetyö Suomessa on jaettu ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Päihdehuoltolain 41/1986 tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihteen ongelmakäyttöä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Osa talvetuista on julkisia, mutta suuri osa päihdepalvetuista tuotetaan jonkin muun tahon toimesta. Järjestelmä on monimuotoinen ja pirstaleinen. Talvetuihin pääsy vaihtelee paikkakunnittain päihdepalvetuiden toteuttamistavasta riippuen. Riskinä on että jokainen talvetuntarjoaja tarjoaa asiantuntijuutta vain omasta näkökulmasta. Päihdeasiakas tarvitsee usein monenlaisia talvetuita samanaikaisesti. (Kekki ja Partanen 2008, 3; Autio ja Rauhala 2010, 17.)

Päihdehuollon erityistalvetuiden avohito on asiakkaalle maksutonta. Katkaisu- ja vieroitushoidoista asiakkaan maksettavaksi jää omavastuu osuus. Pidempiaikaista laitoshitoa ja asumistalvetuita varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen. Nämäkin käytännöt vaihtelevat kunnittain ja myös maksusitoumuksen myöntämisen perusteet vaihtelevat. Päihdepalvetuita toteuttavat sekä kunnalliset että yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat. Käytännössä ongelmat päihdehoidossa ilmenevät siten, että asiakkaiden ongelmat ja talvetujärjestelmän tarjonta eivät aina kohtaa toisiaan. Hoitoon pääsyn kynnyksistä vaikeimmiksi ovat osoittautuneet jonot talvetuihin, perustalvetuissa ongelmaksi ovat osoittautuneet tiedon ja taidon puute sekä kielteiset asenteet päihdeongelmaisii kohtaan ja erityistalvetuissa ongelmia tuottaa hoitopaikkojen fyysinen etäisyys. (Varjonen 2014, 63 – 64.)

Suomessa kunnilla on mahdollisuus päättää itsenäisesti omasta talveturakenteestaan. Kunnan keskeinen rooli ja valtion vetäytyminen päihdehoidon järjestämisestä ovat johtaneet siihen, että päihde-

hoitojärjestelmässä on suuria paikallisia eroja. Toisissa kunnissa suurimman osan päihdepalveluista tuottaa kunta. Suurimmilla paikkakunnilla on vakiintunut päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä, mutta pienillä paikkakunnilla päihdepalveluita järjestää perusterveydenhuolto. Suurissa kunnissa palveluverkostoa pidetään sekavana ja hoitoon pääsyä vaikeana. (Kekki ja Partanen 2008, 43; Aalto, Koski-Jännes ja Tammi 2009, 210 – 211; Kekki, Kuussaari, Partanen ja Stenius 2012, 168.)

Jokaisella kunnalla on päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Strategiassa määritellään, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. (STM 2002, 15.) Päihdepalveluja on toisilla paikkakunnilla tarjolla laaja kirjo. Tästä huolimatta kaikille päihdeasiakkaille ei pystytä tarjoamaan asianmukaista hoitoa. Asiakasmäärät ovat nousseet ja päihdepalveluihin käytettävä panos ei ole noussut samassa suhteessa. Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on hajautettu kunnille, mutta seurantajärjestelmät puuttuvat. Erityisesti huono osaisimmilla päihdeasiakkaila on kasvava riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin. Tutkimuksissa on tullut ilmi, että päihtymyksestä on muodostunut yhä suurempi hoitoon pääsyn este ja että hoitoon pääsy ilman ajanvarausta tai jonotusta onnistuu vain harvoin. Päihdepalvelujen laatusuosittelujen mukaan päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. (Kekki ja Partanen 2008, Aalto ym. 2009, 209 -210; Varjonen 2014, 95.)

## 5.1 Päihdepalvelujen historiaa

Suomessa päihdeongelmaisten hoito perustui pitkään työlaitospohjalta toimiviin laitoksiin, jossa hoitomuotona käytettiin ruumiillista työtä. Suomessa vuosina 1930 - 1960 alkoholipolitiikka korosti kuria, tarkkailua ja tarvittaessa eristämistä. Pakkoon perustuva päihdehoito koettiin kuitenkin toimimattomaksi. Kieltolain (1919 -1932) kumoamisen kanssa samaan aikaan 1932 tuli voimaan pakkohuoltolain korvikkeena ”hiljaisten humalaisten nuhtelulaki ” eli laki juopuneena tavatun henkilön huollosta eräissä tapauksissa. Kieltolaki ei tuottanut toivottua vaikutusta ja hallitus asetti komitean alkoholihuollon järjestämistä varten. Kieltolakia seurasi salakauppataistelu. (Kaukonen 2000, 72- 73, 76, Taarnala 2006, 219- 223.)

Alkoholilaki (1937) siirsi alkoholistien huollon kunnille, valtio kustansi laitospalveluista valtaosan. Lain toimintamuotoja olivat varoitukset, kehotukset, raittiusvalvonta, hoito työlaitoksissa ja alkoholisti parantoloissa. Alkoholista voitiin yhä hoitaa pakkokeinon ja eristää. Alkoholilain päämääränä oli palauttaa alkoholisti raittiiseen ja säännölliseen elämään ja tehdä hänestä hyödyllinen yhteiskunnan jäsen. Alkoholilaki ei toiminut toivotulla tavalla, myyntikieltoon määrätty henkilöt pysyivät ostamaan alkoholia naapurikaupungeista tai kauppaloista. Alkon hallintoneuvoston puheenjohtaja Arvo Linturi sai tehtäväkseen tarkkailuorganisaation kehittämisen. Vuonna 1947 alkoholin ostajien tarkkailutoiminta kattoi koko Suomen Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Tarkkailujärjestelmä ohjeisti että alkoholin myynti oli aina keskeytettävä, mikäli väärinkäyttöä oli epäiltävissä. Tarkkailujärjestelmää löyhennettiin vähitellen niin, että vuonna 1952 vain väkevä viinan osto oli myymälätodistuksen varassa. Keskeinen vaikuttaja Suomen alkoholipolitiikassa oli Pekka Kuusi (1917 -1989), tutkija, yhteiskuntapolitiikko ja Alkon pääjohtaja. Pekka Kuusi oli raittiuden puolestapuhuja, ”Kansalais-

ryhti- yhdistyksen perustaja ja Alkon rahoittaman ”Viinapulma” tutkimuksen tekijä. (Kaukonen 2000, 72 -75; Ahonen 2005, 12 – 14, 17, 44 – 45; Taarnala 2006, 219 -223.)

Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiö perustettiin 1950 Alkon rahoituksella. Säätiötä johti tietenkin Pekka Kuusi ja säätiön tehtävänä oli tutkimustoiminta sekä Sosiaaliministeriön ja Alkon juoppous- ja alkoholitutkimuksessa avustaminen. Vuonna 1961 tuli voimaan uusi laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta. Laki painotti vapaaehtoista hoitoa ja täsmensi pakkohoidon ehtoja. Alkoholista tuli päihteiden väärinkäyttäjää. (Kaukonen 2000, 74; Ahonen 2005, 33- 38, 51, 57; Alkoholin vuosisata 2006, 233 – 235.). Epäonnistuneen kieltolain jälkeen syntyi AA-liike, alkoholismin katsottiin nyt olevan yksilön ei-toivuttu ominaisuus. AA:n sairausmalli perustui käsitykseen pakonomaisesta alkoholinhimosta ja fyysisestä allergian kaltaisesta oirehdistuksesta alkoholia kohtaan. (Taarnala 2006, 228 – 232.)

Ammatillisuuteen perustuva päihdehuolto tarjosi vaihtoehdon pakkohoidolle ja lupasi parempia tuloksia. Ensimmäiset päihdeklinit perustettiin 1950-luvun alussa Vaasaan ja Helsinkiin ja ensimmäinen alkoholistien vastaanottolaitos avattiin Järvenpäähän 1951. A-klinit rahoitettiin Alkon tuotoilla ja A-klinikkasäätiö perustettiin A-klinikoitten kattojärjestöksi 1955. Päihdehoidon rahoituksesta vastasi alkoholiliikkeen voitot, myöhemmin valtio. Jako lakisääteisen ja vapaaehtoisen hoidon välillä oli syntynyt. Kuntien huolto- ja sosiaalilautakunnat vastasivat lakisääteisestä päihdehuollosta ja järjestöt vapaaehtoisesta hoidosta. Syntynyt kahtiajako eriarvoisti päihdehuollon asiakkaat, toiset saivat terapiaa ja toiset valvontaa, lähinnä niin että työssäkäyvät päihdeongelmaiset saivat vapaaehtoisuuteen perustuvaa hoitoa ja köyhät valvontaan perustuvaa hoitoa. A-klinikoitten toiminnan myötä päihdeongelmaa alettiin käsitellä sairautena. (Kaukonen 2000, 74 – 75; Ahonen 2005, 46 – 54; Taarnala 2006, 235 – 236.)

Suomessa oltiin ensimmäisen 1960-luvun huumeaallon myötä uudenlaisen ongelman edessä. Valtioneuvosto asetti vuonna 1968 huumeasainekomitean selvittämään huumeidenkäytön laajutta, haittavaikutuksia ja ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksia. 1970-luvulla päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä otti hoitaakseen päihdeasiakkaat. 1980-luvulle tultaessa Suomessa oli yksi maailman kattavimmista ja laitosvaltaisimmista päihdehuollon erityispalveluverkostoista. (Kaukonen 2000.) Suomessa koettiin erikoinen ilmiö 1990-luvun laman aikana, alkoholin kulutus laski, mutta päihdepalvelujen tarve kasvoi. Laman aikana palveluja supistettiin ja päihdehuolto menoissa säästettiin. Päihdehuollon hallinto ei toiminut ja hoitokustannukset nousivat. (STM 2002, 43.)

Päihdepalveluissa tapahtui merkittäviä muutoksia 1990-luvun laman jälkeen. Kunnat säästivät laitospalvelujen ostoissa ja lakkauttivat omia laitoksiköitänsä. Päihdehuoltolaitokset otettiin muuhun käyttöön tai siirrettiin järjestöille. Kunnille jäi palvelun tilaajan ja maksajan rooli ja päihdepalvelupoliitikat alkoivat menettää ohjausotettaan. 2000-luvulle tultaessa järjestöt tuottivat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista. (Kaukonen 2005, 312 - 314.) Suomessa aloitettiin vuosituhaten vaihteessa noudattamaan rajoittavan huumeasainepolitiikan rinnalle ”ideologiaan” perustuvaa huumeasainepolitiikkaa. Ensimmäinen huumeasainekäyttäjille tarkoitettu terveysneuvontapiste aloitti toimintansa vuonna 1997, haittoja vähentävä hoitopolitiikka tuli käytäntöön. Terveysneuvontapisteet aloittivat toimintansa kohulla ja kiireellä toisen huumeaallon rantautuessa Suomeen 1990-luvulla.

Terveysneuvonpisteiden perustamista vauhditti HIV- tartuntojen jyrkkä kasvu suonensisäisiä huumeita käyttävillä. (Perälä 2012, 19 – 20.)

## 5.2 Päihdepalveluita ohjaava lainsäädäntö

Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttävää turvaa. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomessa päihdepalvelujen kokonaisuudesta ja toimivuudesta. Päihdepalveluja toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluina. Päihdehoidon järjestäminen on kuntien vastuulla. Päihdehuollon järjestämisvelvollisuudesta säädetään sosiaalihuoltolaissa (1982/710) ja päihdehuoltolaissa (41/1986). Päihdehuoltolain (1986/3-7§) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelman ja hänen omaisensa riittävä ja asianmukainen hoito. Päihdehuoltolaki painottaa palveluiden järjestämistä niin, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia ja että asiakas voi hakeutua hoitoon oma-aloitteisesti. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) veloitetaan kunnat järjestämään sosiaalipalvelut, mukaan lukien päihdyttävien aiheiden väärinkäyttäjien huoltoon liittyvät palvelut. Terveysihuoltolain (1362/210) 28§:ssä säädetään terveydenhuollon päihde-työstä.

Päihdehuoltolain (41/1986) ja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella on mahdollisuus määrätä päihdeongelman tahdonvastaiseen hoitoon päihteiden käytön vuoksi. Laki määrittää tarkkaan tilanteet, joissa tahdonvastainen hoito tulee kysymykseen. Tahdonvastainen hoito voidaan toteuttaa, jos asiakas on ilman päihteidenkäytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa välittömässä hengenvaarassa päihteiden käyttönsä vuoksi tai vaarassa saada kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion. Hoitoon määräys voidaan tehdä korkeintaan viideksi vuorokaudeksi ja siihen edellytetään kahden lääkärin päätös. Toinen peruste tahdonvastaiseen hoitoon määrittämiseen on väkivaltaisuus, jos ihminen päihteiden käytön vuoksi vaarantaa väkivaltaisella tavalla perheenjäsenen tai jonkun muun terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. Väkivaltaisuudeksi katsotaan suoranaisten fyysisen pahoinpitelyn lisäksi myös toisen henkilön vapauden riisto, uhkailu tai pakottaminen. Väkivaltaisuudeksi luetaan lapseen kohdistuva, toistuva henkinen väkivalta. Käytännössä päihdeongelman tahdonvastaiseen hoitoon määrittäminen käytetään äärimmäisen harvoin.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevä asetus (22/2008) ohjaa opioidiriippuvaisen hoitoa. Korvaushoitoa voidaan antaa niille opioidiriippuvaisille asiakkaille, jotka eivät ole kyenneet vieroittautumaan muiden vieroitushoitojen avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus vieroitus- ja korvaushoidosta (33/2008) määrittelee lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteeksi joko kuntoutumisen ja päihteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja asiakkaan elämänlaadun parantamisen (STM 2008). Konkreettisemmin korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuden hoito ja psykososiaalinen kuntoutus (Huumeongelman hoito 2014).

Lääkkeen määräämisestä annettu asetus (1088/2010) määrittää kannabispohjaisten lääkkeiden määräämistä. Tartuntatautiasetuksessa (786/1986) edellytetään, että kunnallisen toimielimen tulee huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista säädetyn lain (566/2005) ja asetuksen (646/2005) mukaan päihdekuntoutujalla on oi-

keus päihdehoidon tukeen (kuntoutusrahan), jos kuntoutus on tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi.

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen. Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos (88/2010) joka sisältää säännöksen ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä (25§). Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen.

Koululaeissa (477–479/2003) opetuksen ja koulutuksen järjestäjät on veloitettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa toimimaan päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa huumausainetestien tekemisen työpaikoilla. Testin edellytyksenä on, että työnantajalla on olemassa kirjallinen päihdeohjelma, jonka tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Yksityisyydensuojasta työelämässä annettu laki (759/2004) sääntelee työnantajien oikeuksia ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta. (Varjonen, 2014, s. 14 – 15.)

Päihdeongelman hoitotakuu astui voimaan 2005. Perusterveydenhuollossa (A-klinikat, työterveys-huolto, terveyskeskukset ja vankeinhoidon terveydenhuolto) päihdeongelmien kiireettömän hoidon piiriin kuuluvat alkoholin katkaisuhoido, lääkeriippuvuuden hoito avohoidossa, komplisoimaton huumeriippuvuus, opiaattikorvaushoidojen aloitus ja toteutus sekä päihdeperheiden tuki yhdessä sosiaali-viranomaisten kanssa. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muutoksilla säädettiin, että hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta. Hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. (Varjonen 2014, 15 – 17.)

Päihdehuoltolain (41/1986, 6-8 §) mukaan jokaisen kunnan tulee huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudestaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti. Lain mukaan päihdehuollon tarkoitus on myös ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdepalveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjille, hänen perheelleen ja muille läheisille. Päihdehuoltolain lisäksi päihdeongelmaisten hoitopalveluja koskevia määräyksiä löytyy myös muusta sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsittelevästä yleisestä lainsäädännöstä ja erityislainsäädännöstä.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007) loi edellytykset kunta- ja palvelurakennemuutokselle. Uudistuksen tarkoituksena oli väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä laadukkaiden palveluiden turvaaminen asuinpaikasta riippumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmista Paras-uudistuksella pyrittiin vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon väestöpohjaa perustamalla kuntaliitoksia ja yhteistoiminta alueita. Paras uudistus tavoitteli saumatonta yhteyttä perustervey-

denhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (STM 2008b, 17, 27.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen Kaste- kehittämisohjelmassa vuosille 2008 - 2011 käsitellään päihteiden käyttöä syrjäytymisen ja huono-osaisuuden näkökulmasta ja ohjelman mukaan on sosiaali- ja terveydenhuollon hyvä yhteistyö on turvattava. Kaste-ohjelmaan liittyvät kiinteästi terveydelliset ongelmat, työllistämisvaikeudet sekä palveluiden hajanaisuus. Kaste-ohjelman pyrkimyksenä oli osallisuuden lisääminen, syrjäytymisen väheneminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen. Ohjelma pyrki vaikuttavuuden ja saatavuuden parantamiseen, alueellisten erojen vähentämiseen sekä terveyserojen kaventumiseen. (Kekki ja Partanen 2008, 36; STM 2008a, 24 – 28.)

### 5.3 Päihdepalvelujärjestelmän kehityslinjat

Suomessa päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat toimineet erillään. Päihdehuolto on ollut kytkeytyneenä sosiaalihuoltoon 1930-luvulta saakka. Sosiaalipalvelupainotteisuus ja kolmannen sektorin palveluntuottajien vahva asema on tyypillistä suomalaiselle päihdehuollolle. Mielenterveys ja päihdeongelmien hoitaminen toisistaan riippumatta on rajoittanut asiakkaan mahdollisuuksia saada tarpeenmukaista hoitoa ja on johtanut palveluntarjoajien kiistelyyn oikeasta hoitopaikasta. (Morig ym. 2011, 156.)

Päihde- ja mielenterveys palveluiden Integraatio on toteutettu osassa Suomen kuntia. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroitumisen lähtökohtana on tarve luoda laadukkaampi ja kustannustehokkaampi hoitojärjestelmä, joka pystyy vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Syynä palveluiden integroitumisen tarpeeseen on selvästi lisääntynyt mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyminen. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisema Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma painottaa mielenterveys ja päihdepalveluiden kehittämistä yhdessä, tavoitteena ”yhden oven” periaatteella peruspalveluiden tasolla toimiva palvelukokonaisuus. (Stakes 2007, 21; STM 2009; Kekki ym. 2012, 167 – 168.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto ovat yhteistyönä määritelleet päihdetyön laatusuositukset. Päihdepalvelujen laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Suositukset koskevat sekä sosiaali- että terveyspalveluissa tehtävää päihdetyötä. Jokaisella kunnalla tulee olla päihdestrategia. Strategia määrittelee miten kunnassa päihdepalvelut järjestetään ja miten päihdehaittoja ehkäistään. (STM 2002, 16 - 17.)

Päihdeohjelman painopiste on ennakoinnissa ja varhaisessa puuttumisessa. Yhteisöllisellä päihdehaittojen ehkäisyllä tarkoitetaan työyhteisöön suunnattavaa toimintaa, jonka tavoitteena on päihdehaittojen vähentäminen työpaikoilla. Alkoholiasioita tulee käsitellä työpaikalla kuten muitakin työkykyyn ja terveyteen vaikuttavia asioita. Raittiustyölaissa (828/1982) säädetään ehkäisevästä päihdetyöstä. Siinä raittiustyön tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. (TTL 2014; Varjonen 2014, 14.)

Päihdepalveluiden kehittämiseen vaikuttavat lainsäädännön lisäksi erilaiset kansalliset suositukset ja ohjelmat. Lisäksi yhteiskunnan taloudellinen tilanne, sekä samanaikaisesti globaaleista, valtakunnallisista tai paikallisista tekijöistä johtuvat muutokset vaikuttavat siihen, mihin suuntaan palvelujärjestelmiä kehitetään. Valtakunnallisissa suosituksissa kehoitetaan asiakaslähtöisyyden lisäksi ottamaan asiakkaat mukaan laatutyöhön. (Stakes, STM ja Suomen kuntaliitto 1999, 11.)

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyvä kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma *Mieli 2009–2015* (STM 2009) korostaa ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista sekä painopisteen siirtämistä palveluissa perus- ja avopalveluihin. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset kehittämissuunnitelmat, hahmotellaan tulevaisuuden järjestämismalleja sekä tehdään ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen yleistämisestä ja ohjauskeinojen kehittämisestä. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. (Varjonen 2014, s. 23.) Erityisesti kokemusasiantuntijuus ja vertaistyö, tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön uusiminen ja uudet keinot pakkohoidon vähentämiseksi ja matalakynnyksiset peruspalvelut ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen vaikuttavia linjauksia. Kehittämistyön kenttä ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi myös kolmannelle sektorille. (Varjonen 2014, 24.)

Päihdepalveluita on pyritty kehittämään lukuisten hankkeiden avulla. Pyrkimys päihde- ja mielenterveystyön integraatioon sekä päihdeongelmaisten hoidon siirtämiseen erityispalveluista perusterveydenhuoltoon ovat kumpikin olleet useiden hankkeiden tavoitteina. (Kekki ja Partanen 2008, 54- 54.) Tämä kertoo siitä, että lukuisten hankkeiden tavoitteet ja päämäärät ovat ristiriidassa ja jopa vastakkaisia tavoiteasettelussaan. Minna Savolainen totesi Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009 – 2015 raportissa, (2011, 119 - 120), että kehittämistyön tekeminen jatkuvaksi määrääkäsillä projekteilla aiheuttaa kehittämisväsymystä, alituista epävarmuutta työuran jatkuvuudesta ja jatkuvaa uusien hankeaihioiden kehittelyä sekä rahoituksen etsimistä. Minna Savolainen toteaa puheenvuorossaan myös, että hankkeiden välinen oppiminen ja hankkeissa käytettyjen käytäntöjen vakiintuminen ja leviäminen ontuu pahasti.

Sote-uudistuksen vaikutuksista päihdetyön kenttään ei ole saatavilla tarkkaa tietoa, vain arvailuja ja ennustuksia löytyy. Suomen suurimman päihdepalvelujen tuottajan A-klinikkasäätiön vuosiraportista (2015) on luettavissa, että A-klinikkasäätiön asema palveluntuottajana on jo kiristynyt. Säätiön palvelutuotantoa on siirtynyt ja on siirtymässä takaisin kuntien omaksi tuotannoksi. A-klinikkasäätiön toiminnan rahoituksessa on epävarmuutta julkisen talouden kiristymisen ja kuntien säästötoimien vuoksi. Olavi Kaukonen maalaili seminaariesityksessään (2014) tulevaisuudenkuvia päihdetyön siirtymisestä osaksi paremmin suojattuja terveyspalveluja ja järjestöpohjaisen työn vahvistumista julkisten palvelujen rinnalla. Tämä muutos on käynnissä ja saa vauhtia Sote-uudistuksen edetessä. (Kaukonen 2014; A-klinikka säätiö 2015.)

## 6 PÄIHDEPALVELUJEN LAADUN TEKIJÄT

Sosiaali- ja terveyspalveluissa laatu voidaan määrittää kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti, eettisesti, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti. Laatuun kuuluu myös kyky kohdentaa voimavarat ensisijaisesti eniten tarvitseville. Asiakkaan kokema laatu on keskeinen laadun mittaamisen kriteeri, sitä voidaan arvioida sen mukaan tuottaako palvelu sellaista palvelua, jota asiakas tuntee tarvitsevänsä. Asiakkaan kokeman laadun kannalta tärkeää on palveluiden saatavuus, sujuvuus, kohtelu sekä ammatillinen laatu. (STM 2002:3, 23 – 24; Leinonen, Pekurinen ja Räikkönen 2008, 19- 21.)

Päihdepalvelujen laatua tulee tarkastella teknisesti, prosessuaalisesti ja sisällöllisesti. Tällöin laatuun vaikuttavat myös tilat, työvälineet, viihtyvyys, toimintatavat- ja käytänteet sekä päihdeasiakkaille tarjottujen palvelujen erityisehdot ja sisällöt. Palvelun laatuun vaikuttavat myös yhteensopivuus muiden toimien kanssa, palvelun riittävyys, tasa-arvo, kustannuskehityksen ennustettavuus, henkilöstön hyvinvointi, yleinen viihtyvyys, sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, poliittinen hyväksyttävyys sekä turvallisuus. (STM 2002, 23 - 24.)

Potilasvahinkolain (L585/1986) rinnalle säädettiin laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994) sekä laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L272/2005). Näiden lakien tarkoituksena on turvata asiakkaan asema täsmentämällä ja yhtenäistämällä hoitoa ja kohtelua koskevien periaatteiden soveltamista sekä edistämällä potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua.

Palvelun laatua käyttäjälähtöisesti lähestyttäessä, määräytyy laatu asiakastyytyväisyyden mukaan. Asiakkaan näkökulmasta laadun kriteerejä ovat saavutettavuus, hyväksyttävyys, avoimuus ja vaikuttavuus (STM 2002, 23 -24). Asiakastyytyväisyystutkimuksien tuloksia voidaan käyttää palvelun laadun seurannassa ja arvioinnin apuvälineenä. Asiakastyytyväisyyttä tutkittaessa pitäisi kiinnittää huomiota myös asiakkaan kokemaan arvoon. Asiakasarvioinnin kohteena voi olla vain arvioijalle näkyvissä olevat piirteet ja ominaisuudet, esimerkiksi organisaatioin johtaminen tai muu sisäinen toiminta ei voi olla asiakkaiden arvioinnin kohde. Laatua tulee julkisissa organisaatioissa arvioida suhteessa palvelun tuottajalle asetettuihin tavoitteisiin. (Oulasvirta 2007, 21 – 24.)

Päihdepalvelujen lähtökohtana on asiakkaan ja hänen läheisensä avun, tuen ja hoidon tarve. Päihdepalvelujen periaatteita ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Hyvä ja laadukas päihdetyö on moniammatillista verkostotyötä. Laadukkaassa päihdetyössä on varmistettu ja ilmaistu, millä tavoin toiminta edistää ja tukee paikallisia ja kansainvälisiä päihde-, hyvinvointi- ja turvallisuusstrategioita. (STAKES 2006, 45 - 46.)

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan vuonna 2011. Lain tavoitteena on lisätä kansalaisten valinnanvapautta hoitopaikan ja hoitohenkilöstön suhteen, sekä osallistaa terveydenhuollon asiakkaita oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Lain keskiössä on perusterveydenhuollon vahvistaminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, asiakaskeskeisyys, terveyspalveluiden tehokas tuottaminen ja yhdenvertainen saatavuus.

Palveluiden laadun arviointi voidaan toteuttaa eri tavoin ja eri intressitahojen tavoitteesta käsin. Asiakasarvioinnissa arviointi kohdistuu asiakkaan saamaan välittömään hyötyyn ja asiointisuhteeseen ja he tekevät arviointinsa heille näkyvien ominaisuuksien ja piirteiden perusteella. (Oulasvirta 2007, 23 -24.) Arvioinnilla ei ole arvoa, jos sitä ei hyödynnetä, hyödyntämisenäkökohtaa tulee pohtia arvioinnin käynnistämisestä lähtien ja arviointiprosessi loppuu vasta tulosten hyödyntämiseen (Virtanen 2007, 227 - 229).

Asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevänsä. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, saamaansa kohtelua että ammatillista laatua. Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu asiakkaan tai potilaan tarpeet ja onko tulos hyvä ammattilaisen näkökulman mukaan. Johtamisen laatu taas kertoo, toteutetaanko palvelu sujuvasti ilman hukkakäyttöä ja virheitä, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen. (STM 2002, 23 - 24.)

Terveydenhuollon valinnoissa on aina kyse arvoista ja periaatteista, joista tärkeimmät ovat oikeudenmukaisuus, tasa-arvo sekä kustannusten ja vaikuttavuuden suhde (Morig ym. 2011, 21 - 22). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun kehittämisen taustalla ovat arvot ja eettiset näkökohdat. Kehittämisen edellytys on, että toimintaa ja saavutettavia tuloksia arvioidaan määräajoin perusteellisesti ja kriittisesti. Pohdittava on määräajoin vastaako toiminta tavoitteita ja täytyvätkö asiakkaiden tarpeet. Toiminnan tulosten seuranta, hoidon tuloksellisuuden ja pitkäaikaisvaikuttavuuden seuranta ja seurannan tulosten käyttäminen kehittämisen pohjana on oleellista toiminnan kehittymisen kannalta. (STM 2002, 23 - 24.)

Päihdepalvelujen kehittämisen taustalla vaikuttavat mm. asiakasmäärien kasvun aiheuttama paine, päihdeongelmaisten moniongelmaisuuden syveneminen ja palvelurakenteen tehottomuus vastata asiakkaiden tarpeisiin. Päihdepalveluiden järjestämisessä on huomattu alueellista eriarvoisuutta ja päihdeosaamisessa on havaittu suurta vaihtelua. (Kekki ja Partanen 2008, 55 – 56.) Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee päihdepalvelujen kehittämisen suuntaviivat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista. Palvelujen laatua valvovat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto(Valvira) ja aluehallintovirastot. (STM, päihdepalvelut.)

## 6.1 Palvelujen saatavuus

Päihdepalveluihin joustava ja helppo pääsy on päihdeongelman hoidon onnistumisen kannalta välttämätön edellytys. Päihdepalveluihin pääsyä ohjataan lakisääteisesti, säännöillä ja normeilla. Keskeisempänä ohjausinstrumenttina toimii terveydenhuoltolaki (2011). STM:n päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002), terveydenhuollon ja sosiaalialan kehittämishankkeet mm. sos. ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015 (STM 2008a), THL:n kansallinen mielen-terveys – ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015 (THL 2011), valtioneuvoston periaatepäätös huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012 – 2015 (STM 2012a) sekä ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma 2015 (STM 2015) lähtevät siitä, että päihdepalvelujen saatavuutta tulisi lisätä ja hoidon kynnystä olisi madallettava.

Käytännössä suuri osa päihdepalveluista toimii sosiaalihuollon alaisuudessa, tällöin terveydenhuoltolaissa määritellyt hoitoon pääsyn enimmäisajat jäävät huomiotta. Kiireettömän hoidon aikarajoja tulee kuitenkin noudattaa myös päihdepalveluissa, palvelun sisältämän terveyden- ja sairaanhoidon osalta. (Kuljukka, Niskala, Partanen, Kuusaari ja Vorma 2013, 3.) Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (STM 2002) kunta velvoitetaan huolehtimaan pääsyn päihdehoitoon myös virka-ajan ulkopuolella päivystysluonteisesti. Asiakkailta tulisi olla mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä ja kriisiluonteisesti. Hoitotakuu on yksi viime vuosien merkittävimmistä uudistuksista terveydenhuollossa. Sen kehittämisen taustalla ovat hoitoon pääsyssä havaitut suuret alueelliset erot. Vuonna 2005 voimaantulleella hoitotakuulla pyritäänkin takaamaan asiakkaille yhdenvertainen hoitoon pääsy asuinpaikasta riippumatta. Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa terveydenhuollon yleiset palvelut ja päihdehuollon erityispalvelut luetaan perusterveydenhuoltoon. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportissa (STM 2012b) ehdotettiin, että sosiaalihuollossa toteutettu terveydenhuolto tulisi järjestää terveydenhuoltolain perusteella eli hoitotakuun tulisi koskea myös sosiaalihuollossa sijaitsevia terveydenhuollon palveluita.

Päihteidenkäyttäjillä ja heidän läheisillään on oikeus saada jakamatonta ja yhtäläistä tarvitsemaansa tietoa, tukea, ja hoitoa. Suomen terveystalouden tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Oikeus päihdepalveluihin tarkoittaa, että palvelut tulee olla kaikkien saavutettavissa esteettömästi. Oikeus päihdepalveluihin tarkoittaa myös vaatimusta palvelujen laadusta, laatu on erilaista palvelujen käyttäjän ja tarjoajan näkökulmasta tarkasteltaessa. Lakisääteinen velvollisuus päihdepalvelujen järjestämiseen on kunnilla. Päihdehuoltolain 41/1986 mukaan kunnan on huolehdittava, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Oikeutta saada päihdepalveluita rajoittaa kuitenkin palvelujen riittämättömyys, muut tarjonnan puutteet ja asenneilmasto. (Stakes 2006, s. 27.)

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on linjannut, että käsite "itse aiheutettu" sairaus on harhaanjohtava ja siitä pitäisi luopua. Potilaan osuus sairauden syntyyn ei saisi vaikuttaa hänelle annettavaan hoitoon. Itse aiheutetuiksi luokiteltuihin sairauksiin vaikuttavat perinnöllisyys, ympäristö, toiset ihmiset, stressi, työelämä ja sosiaaliluokka. ETENE:n mukaan hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä on pitää huolta niistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan. (ETENE 2004. 9-11, 18.)

Päihdepalveluihin pääsyä hankaloittaa myös kunnittain vaihtelevat tavat päihdepalveluihin pääsemisessä ja seurannassa. Päihdepalveluiden saatavuuteen liittyvät tekijät jakautuivat Merja Halosen (2005, 53 - 54) pro gradu -tutkielman mukaan palvelujärjestelmään, palveluysikköön ja päihdeasiakkaaseen liittyviksi tekijöiksi, siten että palvelujärjestelmään liittyviksi palvelun saatavuutta estäviksi tekijöiksi kuvattiin tiedonpuute palveluista, palveluiden hajanaisuus, ja toimipisteiden yhteistyön puute. Palveluysikköön liittyviksi hoidon saatavuutta estäviksi tekijöiksi kuvattiin palveluiden saatavuus virka-ajan ulkopuolella. Asiakkaisiin liittyvinä yksilöllisinä tekijöinä erotettiin hoitomotivaatioon liittyvät tekijät, päihdeasiakkaiden luonne ja asiakkaan elämäntilanne.

Vaihtelu päihdepalvelujen saannissa saattaa tulevaisuudessa vähentyä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta uudistaessa siirrytään laajemmalla väestöpohjalla toteutettaviin palveluihin. Kuljukkan ym. (2013, 80 – 8) tutkimuksen mukaan pitkittynyt päihdehoitoon pääsy johtaa ongel-

mien vaikeutumiseen ja niiden hoitaminen myöhemmin vaatii moninkertaisia resursseja. Kokonaisuutena erityisesti akuuttipalvelujen saatavuus on vähentynyt, laitoshoidon jaksojen pituus on lyhentynyt ja päihdekuntouttavien määrä puolittunut, avohoitoon pääsy kuvautuu myös ongelmallisena. (Kaukonen 2005, 316.)

Päihdeongelmaisen suora pääsy avohoitoon suurissa kunnissa oli mahdollista siten, että moniin palveluihin saattoi hakeutua päivystysvastaanoton kautta. Akuutissa tilanteessa päihdehoitoon pääsy oli suurissa kunnissa sujuvaa, mutta ajanvarauksella tapahtuvaan päihdehoidon aloittamiseen oli viivettä. Laitosmaiseen katkaisuhoidon pääsi kokonaan jonottamatta tai 1-2 vrk odotusajalla. Alkoholin vuoksi laitosmaiseen kuntoutukseen pääsy vaihteli suurissa kunnissa muutamasta päivästä useampaan viikkoon. (Kuljukkanen ym. 2013, 80 – 81.) Kuljukkanen ym. (2013, 65 - 72) tutkimuksen mukaan huumeongelmaisten hoitoon pääsyssä oli viivettä vuosina 2011 ja 2012. Laitosmuotoiseen huumevieroitukseen jonotusaika oli muutamasta vuorokaudesta muutamaan viikkoon ja kuntouttavaan laitoshoidon muutamasta viikosta pariin kuukauteen. Huumeiden käyttäjien hoitomahdollisuuksia on kehitetty, mutta rakenteelliset ongelmat ovat kärjistyneet (Kaukonen 2005, 318).

Päihdehoidon saatavuuteen vaikuttavat myös päihdetilanne ja päihteidenkäytössä tapahtuvat muutokset. Alkoholi on edelleen suomalaisten pääpäihde, mutta sekakäyttäjien ja huumeiden käyttäjien määrän lisääntyminen sekä korvaushoitopotilaiden määrän moninkertaistuminen vaikuttavat suoraan myös hoidon saatavuuteen. Myös nuorten naisten ja ikääntyneiden osuus on lisääntynyt päihdepalveluissa, huomioitavaa on että hoitoon hakeutuvat päihdeongelmaiset ovat yhä huonokuntoisempia ja moniongelmaisempia. Nämä muutokset tulisi huomioida päihdepalveluita järjestettäessä ja kehittäessä, viime vuosina kehityssuunta on ollut laitosmuotoisista päihdepalveluista avohoito painotteiseen hoitoon päin. (Kuljukkanen ym. 2013.)

Tutkimuksessa (Mäkelä, Nieminen ja Törmä 2005) selvitettiin päihdeongelmaisten kohtaamia esteitä palveluihin hakeutumisessa ja palvelujen saannissa. Tutkimuksen mukaan päihdepalvelujen tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut, mutta ongelmana on edelleen se, että palvelut eivät ole kaikkien päihdeongelmaisten saatavilla. Tämä johtuu siitä, että päihdeongelmien lisääntyminen on kasvattanut tarvetta enemmän kuin palvelutarjonta on lisääntynyt ja myös siitä että palvelujärjestelmän toimintaperiaatteet ja sovellettavat tärkeysjärjestykset nostavat palvelujen saamisen kynnyksestä. Tutkimuksen kehittämisehdotuksena nousi esiin palvelujärjestelmän osalta, matalan kynnyksen päihdehoitopaikkojen lisääminen.

Päihdehoito- ja palvelujärjestelmän kyky tarjota palveluita muuttuvassa ja vaikeutuvassa päihdetilanteessa on riittämätön, riittämättömyys on synnyttänyt matalan kynnyksen hoitopaikkojen kysyntää. Hyviä kokemuksia on saatu mm. syrjäytyneille päihteiden käyttäjille, erityisesti huumeiden käyttäjille, suunnatuista madalletun kynnyksen palvelukonsepteista ja -yksiköistä. (Huotari, Inkeroinen, Kaakinen ja Törmä 2003, 59, 83 – 85.)

Alkoholin vieroitushoito ja siihen liittyvä oireenmukainen lääkitys on pääsääntöisesti hyvin tuloksellista ja sitä tulisi kaikissa kunnissa olla saatavilla lähipalveluna. Avopalveluiden saatavuus on yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta keskeistä. Ilman palvelujen saatavuutta ei ole vaikuttavuutta, eikä vaikuttavuutta ole ilman saatavuutta. (Kaukonen 2005, 312.) Mäkelän ym. (2005) tutki-

muksen perusteella kiireellisimmin tulisi lisätä katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuutta ja yleensä palvelujärjestelmän valmiuksia tarjota nopeasti akuuttiapua. Päihdepalvelujen saatavuuden lisääminen edellyttää peruspalveluiden valmiuksien parantamista. Huomioitava hoitojärjestelmää kehittäessä on, että hoitopaikkojen lisäämisestä saatava hyöty jää rajalliseksi, ellei jälkihoitoa ole saatavilla. Hyvin vahvasti tutkimuksessa nousi esiin myös päihdeongelmien hoitoa ja päihdeasiakkaiden palvelua koskevan koulutuksen ja osaamisen parantamisen tarve.

## 6.2 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyydestä on tehty lukuisia määrittelyjä. Kujala (2003, 76 - 79) on omassa väitöskirjassaan tutkinut ja luonut asiakslähtöistä laadunhallintamallia, jossa asiakkaan osallisuus omaan hoitoon on laadunhallintamallin perustana. Kujala (2003, 73) määrittelee asiakslähtöisyyden tavoitellottuvuudeksi, jonka toteutuessa terveydenhuollon palvelut tuotetaan asiakkaiden odotusten ja tarpeiden mukaan ja siten kun ne on laissa määritelty. Ristaniemen (2005, 123) tutkimuksessa koettiin asiakslähtöisyys ja hyvä hoito synonyymeiksi. Ristaniemi (2005, 123 - 124) on kehittänyt asiakslähtöisen työskentelyn mallin, jossa asiakslähtöisyys määritellään prosessiksi, joka sisältää suunnitelmallisuuden, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, moniammatillisen yhteistoiminnan ja arvioinnin.

Hyvärisen (2011, 69) mukaan asiakslähtöisyys merkitsee asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista lähtevää toimintaa, jonka tavoitteena on asiakkaan voimaannuttaminen, kiireetön hoito, tiedonkulun paraneminen ja vaikuttavuuden lisääntyminen. Hyvärisen tutkielman (2011, 71) mukaan asiakslähtöisyys muodostuu kontekstin perusteella. Organisaation näkökulmasta asiakslähtöisyys tarkoittaa organisaation "ulospäin kääntyneisyyttä", jolla viitataan palveluista tiedottamiseen. Kontekstin ollessa palvelutapahtumassa, asiakslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa ammattilaisen ja asiakkaan välille syntyvää vuorovaikutussuhdetta, jonka päämääränä on osallistaa asiakas palvelutapahtumaan ja niihin tavoitteisiin, joita palvelutapahtumalle asetetaan. Kun konteksti on asiakkaassa ja hänen mukaansa ottamisessa palvelutapahtumaan, tarkoittaa asiakslähtöisyys osallistamista palveluun. Osallistaminen pitää tällöin sisällään tiedon siirtymisen ammattilaisen ja asiakkaan välillä siten, että molempien tietoa käytetään hyväksi palvelutapahtumassa, ja palvelutapahtumassa syntyvillä päätöksillä on molempien toimijoiden tuki.

Hyvinvointiyhteiskunnassa sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävä asiakas ymmärretään osana demokraattista järjestelmää. "Kuluttajakansalaisuus korostaa valintojaan tekevää aktiivista asiakasta. Hän määrittää omat tarpeensa ja palvelun sisällön itse". (Niiranen 2002, 66, 70 – 72.) Tutkimusten mukaan asiakkaan osallistumista pidetään asiakslähtöisyyden keskeisenä sisältönä. Kujalan (2003, 142) mukaan osallistumisella tarkoitetaan asiakkaan kokemusta saamastaan tuesta itsehoitoon ja omalle selviytymiselle, kokemusta itsemääräämisoikeudesta, kokemusta arvostavasta kohtelusta ja kokemusta omasta asiantuntijuudesta suhteessa omaan terveyteen.

Minna Laitila on tutkimuksessaan, Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, kuvannut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuutta ja asiakslähtöisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimustuloksien mukaan asiakslähtöisyys toteutui kolmella eri tasolla. Organisaatiotasolla, niin että rakenteet ja toiminta ovat asiakslähtöisiä; asiakkaan ja työntekijän välisessä yh-

teistyösuhteessa sekä työntekijä tasolla, niin että työntekijän toiminta on asiakaslähtöistä. (Laitila 2010, 141 – 144.)

Hyvärisen (2011) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys liittyy asiakkaan mahdollisuuteen vaikuttaa omaan palveluunsa. Haasteet asiakaslähtöisyyden toteutumiselle liittyvät tutkimuksen mukaan asiakkaan kohtaamiseen. Suurin esteitä ja haasteita aiheuttava tekijä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle on toimiminen organisaation lähtökohdista käsin. Asiakaslähtöisyyden voi myös estää tiedon tai resurssien puute. Asiakkaan kuulemisen tärkeys korostuu vuorovaikutussuhteessa, jos organisaation palautejärjestelmät eivät mahdollista kuulluksi tulemistä. (Hyvärinen 2011, 65 -68.)

Sosiaali- ja terveysalan muutospaineet 2000-luvulla ovat nopeuttaneet asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämistä. Asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi on keskeistä asiakkaan näkökulman ottaminen mukaan kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys vaatii organisaatioilta kykyä uudenlaisen tiedon jakamiseen ja avoimuuteen. Asiakkaan tunne osallistumisesta syntyy ennen kaikkea vuorovaikutuksen tuloksena ja asiakaslähtöisen toiminnan avulla asiakkaiden ja ammattilaisten välille syntyy aitoa, tasarvoista ja kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. (Ahonen, Lamminmäki, Suoheimo, Suokas, Virtanen 2011, 8, 23 – 31.)

Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sosiaali- ja terveysalalla toiminnan arvoperustana, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä. Asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Palvelujärjestelmän kehittäminen asiakaslähtöiseksi onnistuu käytännössä vain jos koko järjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palveluja toisiinsa integroiden. (Ahonen ym. 2011, 11 – 12.) Vuonna 2002 julkaistuilla Päihdepalvelujen laatusuosituksilla sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto tahtovat lisätä päihdepalvelujen saatavuutta ja parantaa niiden laatua. Asiakaslähtöinen työskentelytapa on sekä eettisesti perusteltua että yhteiskunnallisesti hyödyllistä. Laatusuosituksien mukaan palveluihin pääsyn on oltava esteetöntä ja asiakas osallistuu oman hoidon tai kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (STM 2002.)

### 6.3 Osallisuus

Sosiaali- ja terveyshuollossa asiakkaiden osallisuutta hoitoon pidetään keskeisenä tavoitteena, niin myös mielenterveys- ja päihdetyössä. Suomalaisissa sekä kansainvälisissä sopimuksissa, erilaisissa suunnitelmissa, laatusuosituksissa, strategioissa ja ohjelmissa pyritään lisäämään asiakasosallisuuden hyödyntämistä palveluiden kehittämisessä. (Hämäläinen ja Leemann 2015, 1.) Palvelun käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia on pyritty turvaamaan lainsäädännöllä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ohjaa terveydenhoitoa asiakaslähtöisemmäksi. Laissa määrätään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) määrittää asiakassuhteen luottamukselliseksi ja asiakaslähtöiseksi, palvelu- ja hoitosuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Kumpikin laki korostaa potilaan ja asiakkaan asemaa ja oikeuksia sekä oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun. Vuonna 2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki korostaa entistä enemmän palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja asiakasosallisuutta.

Laitila (2010, 23 - 31) määrittää osallisuuden lähikäsitteiksi asiakaslähtöisyyden, voimaantumisen, itsemääräämisen, autonomian ja sosiaalisen inklusion. Laitilan (2010, 184 - 186) mukaan päihdeasiakkaan osallisuus toteutuu osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä osallisuutena kehittämiseen ja palvelujen järjestämiseen. Laitilan tutkimustuloksien mukaan osallisuuden toteuttaminen on yhä puutteellista ja että asiakaslähtöisyydellä ja uudella laisella jaetulla asiantuntijuudella voidaan tukea asiakkaan osallisuutta. Kaikilla tasoilla pitäisi kiinnittää huomiota palveluiden käyttäjien riittävään tiedonsaantiin sekä järjestelmän tasolla antaa tietoa siitä, mihin asiakkaana ja palvelukäyttäjänä on mahdollisuus vaikuttaa. Kehittämiseen ja palvelujen järjestämiseen osallisuuden lisääminen voisi tapahtua kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen kautta. Osallisuutta voidaan lisätä työntekijöiden koulutuksen kautta sekä palvelujen käyttäjien, työntekijöiden, oppilaitosten, päättäjien ja muiden toimijoiden mukaan ottamisena kehittämistyöhön. Laitila toteaa tutkimuksessaan myös, että ellei palveluiden käyttäjiä oteta mukaan kehittämistyöhön, ei tapahdu aitoa muutosta ja palveluiden käyttäjien voimaantumista.

Osallisuus on keino saavuttaa laadukkaampia palveluita sekä se on itsessään päämäärä. (Morig ym. 2011, 139). Tavoitteena asiakasosallisuuden edistäminen lisää palveluiden eettisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, keinona asiakasosallisuuden edistäminen kehittää yleisesti palveluiden tehokkuutta ja parantaa laatua (Hämäläinen ja Leeman 2015, 4 - 6). Niirasen (2002, 63, 71 - 74) mukaan osallistuminen edellyttää sitä, että asiakkaalla on itsellään osallistumisen edellytykset ja toteaa, että heikoimmassa asemassa olevat kansalaiset ovat heikoimmilla myös vapauksissa ja valintojen tekemisessä. Osallistumisen edellytyksiä ovat, tieto, oikeusturva, mahdollisuus valvoa päätöksentekijöiden toimintaa sekä näiden lisäksi taito, halu ja kyky osallistumiseen. Niiranen toteaa, että asiakkaan osallisuus ja osallisuuden konkretia punnitaan silloin, kun työntekijä pohtii asiakkaan kanssa toiminnan vaihtoehtoja eli ne punnitaan silloin kun asiakas kohtaa palvelujärjestelmän ja sen edustajan.

Osallisuuden ja ulkopuolisuuden kokemukseen vaikuttavat yksilön omasta elämänhistoriasta sekä päihdepalvelujärjestelmän toiminnasta ja rakenteista nousevat asiat. Niirasen (2002, 67) mukaan osallistuminen on paitsi poliittisiin oikeuksiin kytkeytyvää edustuksellista ja suoraa demokraattista prosessia, myös asiakkuuden kautta toteutuvaa osallistumisen, oppimisen ja valtaistumisen mahdollisuutta. Makkonen (2006, 6) toteaa artikkelissaan, että osallisuuden ja ulkopuolisuuden arvioiminen ei ole yksiselitteistä tai suoraviivaista. Tärkeää olisi miettiä palvelujärjestelmän taholta: millaiset seikat työntävät asiakasta ulos osallisuudesta, syrjäyttävät, torjuvat ja poistavat hänet hoidonpiiristä.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan osallistumismahdollisuudet ovat melko kehittymättömiä. Osallistumismahdollisuuksien kehittäminen on yksi keskeinen Sote-uudistuksen tavoite, vain 15 prosenttia sosiaali- ja terveysjohtajista arvioi osallisuuden toteutuvan melko hyvin tai hyvin ehdotetussa Sote-rakenteessa. Useimmin sosiaali- ja terveydenhuollon osallistumis- ja vaikuttamiskeinoina on käytetty asiakaspalautteen keräämistä. (Hakkarainen, Londén, Peltosalmi 2015, 67 - 69, 83 - 84.) Laitilan (2010, 21 - 23) mukaan osallisuuden toteutumiseen tarvitaan taloudellisia resursseja ja asianmukaisia tiloja asiakkaiden osallisuuden ja omaehtoisen toiminnan mahdollistamiseksi. Tarvitaan myös yhtenäistä ohjeistusta, sääntöjä ja käytäntöjä ja riittävää tiedon saantia.

Asiakasosallisuus tarkoittaa, että asiakas osallistuu aktiivisesti palvelun suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakasosallisuuden edistämisen eri tapoja ja me-

netelmiä ovat mm. asiakkaan palvelu/hoito suunnitelma laatiminen, asiakastytyväisyyskyselyt, asiakaskyselyt, asiakkaiden ryhmähaastattelut, systemaattisen palautteen kerääminen asiakastyöstä, asiakasraadit ja työpajat. (Leemann ja Hämäläinen 2015, 7.)

Jaana Hallamaa (2008) toteaa pitämässä Etenen juhlaseminaarin puheenvuorossa, että ”rahaa ja resursseja jakamalla voidaan saada paljon aikaan, mutta rajattomakaan voimavarat eivät kuitenkaan takaa sitä, että ihmisen ääni kuuluisi ja sitä kuunneltaisiin. Ratkaisevaa on asenne: päättäjien, työntekijöiden ja potilaiden oma halu kuunnella ihmisen ääntä. Jos laiminlyö yhdenkin näistä maan hiljaisista, menettää jotain olennaista ihmisyydestä ja loukkaa koko palveluyhteisöä.”

#### 6.4 Päihdehoidon vaikuttavuus

Vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamista, tavoitteet voivat olla sekä yksilö- että yhteisötasoisia (STM 2002). Päihdeongelmien hoito on vaikuttavaa yhteiskunnan tasolla sekä yksilötasolla saavutetulla raittiudella mitaten. Hoitotulosta voidaan pitää hyvänä, mikäli hoidetuista 10 - 15 prosenttia on raittiina vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Päihteen käytön vähentämisessä onnistuu kaksinkertainen määrä hoitoon päässeistä asiakkaista. (Kaukonen 2005, 311.) Kokonaan raittiiden osuus vuoden kuluttua hoidon päättymisestä ylittää harvoin 15 % riippumatta käytetystä hoito-ohjelmasta, mikäli asiakkaita ei pyritä valikoimaan (STM 2002).

Hoidollisesti kolme tavallisinta terveydenhuollon mielenterveyshaastetta ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus ja päihdeongelma. Kaikki voivat kytkeytyä toisiinsa tai esiintyä erillisinä. Kaikkien näiden ongelmien hoito on erilaista. Asiakkaan tarpeet pitää kohdata ja arvioida yksilöllisesti, hyvä hoito edellyttää hoitokeinojen yksilöllistä pohtimista ja vankkaa ammattitaitoa hoitavalta henkilökunnalta. (Morig. ym 2011, 177 - 178.) Minkään hoidollisen lähestymistavan ylivertauisuutta ei ole onnistuttu osoittamaan tai valikoimaan onnistuneesti erityishoitoihin niihin parhaiten sopivia asiakkaita” (Kaukonen 2005, 312). Päihdepalveluiden vaikuttavuuden kannalta tärkeintä on muutosprosessin aikaansaaminen asiakkaan käyttäytymisessä. Retkahdukset takaisin päihteen käyttöön kuuluvat päihdeongelman luonteeseen. Päihteen käytön lopettamisen jälkeen päihderiippuvaisen elämään jää tyhjiö ja ilman sosiaalista tukea ja vertaistukea päihderiippuvainen altistuu takaisin päihteen käyttöön luisumiseen. (Aalto ym. 2009, 32 – 44.)

Kuusiston ja Saarnion katsauksessa (2012) päihdehoidon yleisistä tekijöistä todetaan, että psykoterapia- ja päihdetutkimuksen piirissä ei eri hoitomenetelmien välillä ole todettu juuri eroja tuloksellisuudessa ja huolimatta käytetystä hoitomenetelmästä päästään hyvin samankaltaiseen lopputulokseen. Kuusiston ja Saarnion tutkimuksen päätuloksina tuli ilmi, että toimiva yhteistyösuhde ja asiakkaan positiiviset odotukset ovat merkityksellisiä tuloksellisuuden selittäjiä. Tutkimuksessa myös todettiin, että terapeuttien välillä on eroja, jotka vaikuttavat heidän tuottamansa hoidon tuloksellisuuteen. Sekä alkoholin että huumeiden käyttäjien hoidossa pysymiseen ja myös asiakkaiden hoidon jälkeiseen selviytymiseen näyttävät vaikuttavan erityisesti hoitosuhteen laadulliset ominaisuudet, ei niinkään hoidon viitekehys (STM 2002, 52 - 54).

Saila Lempiäisen (2008, 74) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä kuvataan päihdehoidon asiakkaiden kokemuksia päihdehoidosta. Tutkimuksessa nousivat esille päihdeongelmaisen

oma motivaatio ja muutoksen halu ohjaavana tekijänä hoitoon suhtautumiseen. Esiin nousi myös aikaisemman onnistuneen päihdehoidon merkittävyys hoitoon uudestaan hakeutumiselle sekä henkilökunnan ammattitaidon ja vertaistuen tärkeys. Lempiäisen (2008, 74) tutkimustuloksissa tulee esiin leimaavan ja ennakkoluuloisen kohtelun hoitomotivaatiota vähentävä vaikutus, sekä maksusitoumuskäytännön ja oman hoitoon vaikuttamisen hankaluus. Päihdehoitoon ohjausta pidetään tutkimustuloksien mukaan puutteellisena, päihdehoitopaikoista ei ole tutkimuksen mukaan tarpeeksi tietoa tarjolla eikä perusterveydenhuollossa ymmärretä päihdeongelman luonnetta eikä päihdeongelmaa aina tunnisteta. Jonottaminen hoitoyksiköihin ja avohoitoon koettiin rankkana. Akuutin päihdeongelman todettiin estävän hoidon saamisen mielenterveysongelmaan.

Käypä hoito suosituksissa todetaan, että hyvä hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin ja että hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot vaikuttavat ilmeisemmin hoitotulokseen. Suosituksessa todetaan, että psykososiaalinen hoito vähentää päihdeongelman aiheuttamia kokonaiskustannuksia. Kriteereitä, joiden perusteella voitaisiin valita päihdeongelmaiselle parhaiten sopiva hoitomuoto, ei tunneta. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015; Huumeongelmaisen hoito 2015.) Päihdeongelman hoito on pohjimmiltaan asiakkaan ja työntekijän välistä yhteistoimintaa. Tutkimusten mukaan työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhde vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja tuloksellisuuteen. (Kuusisto ja Saarnio 2012, 298.) Myös Kaukonen toi ilmi artikkelissaan (2012) että hoidon ja kuntoutuksen yksilötason vaikuttavuus löytyy asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhteesta. Työntekijän vuorovaikutustaidot ja kyky rakentavaa ja motivoivaa vuorovaikutukseen näyttävät oleellisilta edellytyksiltä hoidossa pysymiselle ja hoidosta hyötymiselle.

Kohderyhmän mukaan ottaminen toiminnan suunnitteluun samoin kuin sen osallistuminen ja vaikutusvalta toteutukseen lisäävät kaikenlaisten interventtien vaikuttavuutta (STAKES 2006). Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen on tärkeää päihdehoidossa. Yksi oleellinen siinä huomioon otettava seikka on asiakkaan muutosvalmius. Muutosvalmius on yksi hoitosuunnittelun keskeisistä aspekteista, koska asiakkaat eivät ole hoitoon tullessaan samanlaisessa valmiudessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitosisällöt muokataan mahdollisimman yksilöllisiksi. (Saarnio ja Knuutila 2006, 37 – 39.)

Päihdekuntoutuksella on sekä kustannuksia säästäviä että pitkäaikaisvaikutuksia. Psykoterapiatutkimuksessa on havaittu asiakkaan ja työntekijän välisen työskentelysuhteen olevan yksi keskeinen tekijä hoidon tuloksellisuudessa. Työntekijän vuorovaikutukselliset ominaisuudet, kuten empatia, aitous, asiakkaan kunnioittaminen, konkreettisuus sekä terapiasuhteen vuorovaikutuksen laatu olivat myös Saarnion (2006) avopäihdehoidossa toteutetun tutkimuksen mukaan olennaisesti hoidon jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Päihdepalvelujen yhteiskunnallinen vaikuttavuus on heikentynyt samalla kun päihteiden kulutus on kasvanut. Erityisesti palvelujen ulkopuolella on jäänyt ja jäämässä mielenterveysongelmista kärsivät päihdeongelmaiset ja vankilatuomion saaneista työelämän ulkopuolella olevat, joiden elämään päihteidenkäyttö kuuluu tiiviisti. (Kaukonen 2005, 320). Päihdekuntoutukseen hakeutuvien valintaan käytetään useissa kunnissa paljon aikaa, vaikka mitään tutkimuksellista näyttöä ei ole siitä ketkä tai minkä tyyppiset päihdeongelmaiset kuntoutuksesta hyötyvät. Huomioitavaa on, että huono-

osaisimpien auttamisesta syntyy suuri hyöty kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. (Kaukonen 2012.)

## 7 TUTKIMUSPROSESSI

Tutkimuskohteen valinta perustui ensisijaisesti omaan kiinnostukseen päihdetyön kehittämistä kohtaan ja osaksi toimeksiantajan tarpeeseen kartoittaa Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdekliniikan ja -kuntoutuksen asiakastytyvääsyyttä. Teoria osuudessa tutkittiin päihdepalveluiden laatuun vaikuttavia tekijöitä ja päihdeproblematiikkaa. Päihderiippuvuuden ja päihteiden ongelmallisesta käytöstä aiheutuvien haittojen tutkiminen antaa pohjan ymmärtää vaikuttavien päihdepalvelujen merkityksen sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia päihdepalveluiden laatuun vaikuttavia tekijöitä ja tutkimuksen tavoitteena oli kehittämiskohteiden löytäminen päihdepalvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen. Tutkimuksen lähestymistapa oli jo alkuvaiheessa selkeä, koska tutkimuksen tarkoituksena oli saada käytännönläheistä tietoa päihdetyön kehittämisen pohjaksi. Kvantitatiivinen lähestymistapa kuvaa ja tulkitsee tutkimuskohdetta tilastojen sekä numeroiden avulla ja koska määrällisessä tutkimuksessa kiinnostuksen kohde on vertailussa, syy- ja seurantasuhteissa sekä numeerisissa tuloksissa. (Heikkilä 2014.)

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui Survey, koska menetelmän avulla saadaan sellainen tutkimusaineisto, joka kuvaa laajojen joukkojen käsityksiä, mielipiteitä ja asenteita. Menetelmän heikkous on se, että haastateltavan omakohtaiset havainnot saattavat johdattaa hänet vastaamaan tavalla, jota hän olettaa odotettavan tai haluttavan, vaikka itse ajattelisi toisin. Menetelmän heikkoutena on myös se, että tutkimus kohdistuu vain tutkimushetken tilanteeseen, Survey kuvaa vain tietyn hetken tilannetta, mutta ei sen ajallisia muutoksia (Laine ja Myyrä 2002, 32 – 36.) Päihdekuntoutuksen asiakaskyselyn vastaamisaikana vastauksiin voidaan olettaa vaikuttaneen kuntoutuksessa tapahtuneet henkilöstö muutokset sekä kyselyn toteuttamishetkellä ollut henkilöstön vajuus tilanne.

Kyselylomakkeet laadittiin ja analysoitiin Webropol-ohjelmalla. Kyselylomakkeeseen päädyttiin, jotta saataisiin kerättyä mahdollisimman suuri otanta. Kyselyn eli surveyn tarkoituksena on koota suu-rehko määrä tietoa kysely- tai haastattelulomakkeella satunnaisotannalla valituista tutkimuskohteista (Välisalo 2013). Tutkimuksen aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laadituilla kyselylomakkeilla (liite 1 ja 2). Asiakaskysely lomakkeet laadittiin teoriasta nousseiden päihdepalveluiden laatuun vaikuttavien tekijöiden, hoidon saatavuus, asiakaslähtöisyys, asiakkaiden osallisuus ja päihdetyön vaikuttavuus, ympärille. Lisäksi kyselylomakkeiden pohjana käytettiin useita valmiita tutkimuspaketteja, niitä muokaten ja yhdistellen. Laadin kaksi erilaista asiakaskyselylomaketta, kumpaankin tutkimuskohteeseen omansa. Kyselylomakkeiden laadinnassa pyrittiin selkeyteen ja pitämään kysymyssarjat lyhyinä, muistaen kuitenkin että kysymysten avulla on saatava vastaukset tutkimusongelmiin. Asiakaskysely lomakkeet testattiin, niin että lomakkeet esitäyttii neljä päihdeasiakasta, kaksi päihdetyön ammattilaista ja kaksi täysin tutkimusaiheeseen perehtymätöntä henkilöä. Kyselylomakkeen suunnittelu tulisi tehdä yhdessä haasteltavien kanssa, koska juuri heidän ajatusmaailmansa on kyselyn kohteena, ja tutkija itse saattaa usein olla liian ”syvällä” käsittelemässään aiheessa (YAMK-tutkinnon metodifoorumi). Lomakkeita muokattiin saatujen kommenttien perusteella ja karsittiin lomakkeista pois vielä vastaajien taustatietoihin liittyviä kysymyksiä, joilla ei ollut merkitystä tutkimustuloksien analyysin kannalta.

Päihdeklinikan kyselylomakkeessa (liite 2) kartoitetaan asiakkaan päihdeklinalalla käynnin syytä ja asiakkaan käyttämiä päihteitä (kysymykset 1-2), palvelujen saatavuutta (kysymys 3) asiakaslähtöisyyttä (kysymys 4) sekä hoidon vaikuttavuutta (kysymys 5) ja asiakkaan kokemuksia yhteistyöstä ja osallisuudesta (kysymys 6). Päihdekuntoutuksen asiakaskyselylomakkeessa (liite 3) kartoitetaan asiakkaan päihdeklinalalla käynnin syytä ja asiakkaan käyttämiä päihteitä (kysymykset 1-2), kuntoutuksen sisältöä (kysymys 3), asiakaslähtöisyyttä (kysymys 4), kuntoutuksen vaikuttavuutta (kysymys 5) ja yhteistyötä ja osallisuutta (kysymys 6). Lomakkeiden lopussa oli vielä kysymys, johon vastaajat voivat halutessaan kirjoittaa vapaasti omia ajatuksiaan, kehittämisehdotuksia, toiveita ym. (kysymys 7). Kyselylomakkeen liitteenä oli asiakkaille tarkoitettu saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyöstä sekä kyselylomakkeesta tarkemmin

Asiakaskyselyt toteutettiin touko- ja kesäkuun 2016 aikana. Vastaukset kerättiin paperilomakkeilla ja vastaukset syötettiin käsin Webropol-ohjelmaan. Paperilomakkeiden käyttäminen oli harkittu valinta, koska päihdeasiakkaat eivät välttämättä koe nettikyselyyn vastaamista mielekkäänä tai mahdollisena. Paperilomakkeita oli jaossa päihdeklinalalla ja päihdekuntoutuksessa. Päihdeklinalalla myös siten, että hoitosuhdetyöntekijät antoivat kyselylomakkeita asiakkailleen, jolloin asiakkaat täyttivät kyselyn ja palauttivat sen saman tien hoitosuhdetyöntekijälle. Kumpaankin tutkimuspaikkaan oli järjestetty vastauksia varten laatikot, johon kyselylomakkeet palautettiin. Päihdeklinalan asiakaskyselyyn vastasi 58 asiakasta ja päihdekuntoutuksen asiakaskyselyyn vastasi 12 kuntoutujaa. Päihdeklinalalla asiakaskyselyyn vastaajien määrä oli hyvä, hyvään otoskokoon vaikutti osaltaan henkilökunnan motivoitunut asenne asiakaskyselystä kertomiseen. Päihdekuntoutuksessa vastaajien määrä jäi melko pieneksi. Tähän saattoi vaikuttaa se, että päihdekuntoutuksessa kerätään kuntoutujilta palautetta jokaisen kuntoutusjakson jälkeen. Useaan kyselyyn yhtaikainen vastaaminen koettiin ehkä työlääksi. Tutkijan läsnäolo ajoittain tutkimuskohteessa ja motivointi vastaamiseen olisi voinut nostaa vastaajien määrää, toisaalta Kvantitatiivisessa tutkimuksessa objektiivisuus katsotaan saavutettavan sillä, että tutkija nimenomaan pysyy erillään haastateltavasta kohteesta eikä ryhdy kysymyksen ulkopuoliseen vuorovaikutukseen lainkaan. (Tilastokeskus.)

Survey-tutkimuksessa lähtökohta on määrällisessä tutkimuksessa, mutta tuloksen analysointi voidaan tehdä laadullisesti tai määrällisesti, riippuen kysely- ja haastattelumenetelmistä. (Välisalo 2013.) Aineiston analysointi tehtiin Webropol-ohjelmalla. Tutkimustulokset esitettiin graafisesti ja pyrittiin saamaan mahdollisimman helposti luettavaan muotoon. Opinnäytetyöni on työelämlähtöinen, joten tutkimustulosten käytettävyyden näkökulma oli ensisijainen tutkimustulosten esitystapaa valittaessa. Tutkija päättää itse, esitetäänkö tutkimustulokset graafisesti, esimerkiksi taulukkojen tai kuvien avulla. Lisäksi niitä käsitellään aina myös numeraalisesti sekä sanallisesti. Tulokset kerrotaan objektiivisesti, eli niihin ei tutkija pysty vaikuttamaan. Määrällisessä tutkimuksessa kuvataan tärkeimmät tutkimuksen tulokset ja tuloksia pohditaan tutkijan oman ammatti- ja tieteenalan pohjalta. (Vilkka 2007, 118–148.)

## 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi ja oikein huomioon otetuiksi, on vaativa tehtävä (Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 27). Opinnäytetyössä käytetyt tiedonhankintamene-

telmät ja tutkimusmenetelmät ovat hyvän tieteellisen tutkimusetiikan mukaisia. Hirsijärven ym. (2009, 25) mukaan hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on perusedellytys tutkimuksen luotettavuudelle ja uskottavuudelle.

Tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta voidaan arvioida määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin johdonmukaisuutta ja mitaustulosten toistettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa aineiston analyysi mittarit ovat päteviä eli ne mittaavat sitä, mitä niiden on tarkoitus mitata. Määrällisessä tutkimuksessa täytyy varmistaa etukäteen validiteetti eli mittaako mittari juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kyselytutkimuksissa siihen vaikuttaa se, miten onnistuneesti kyselylomakkeen kysymyksien avulla saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Kysymyslomakkeet tehtiin vain tätä tutkimusta varten. Tutkimuslomakkeet tehtiin huolellisesti, pohtien luotettavuutta, loogisesti etenevää sisällöllistä selkeyttä ja helposti ymmärrettävyyttä. Tutkimuslomakkeet esitettiin ennen käyttöönottoa ja vastaajien huomioiden pohjalta lomakkeisiin tehtiin korjauksia. Esitestauksella pyrittiin selvittämään olivatko vastausvaihtoehdot ymmärrettäviä ja selkeitä. Tutkimuksen sisäinen validiteetti liittyy tutkimusprosessin sisäiseen luotettavuuteen ja sitä voidaan lisätä kuvaamalla tutkimusprosessi ja määrittelemällä käsitteet mahdollisimman tarkasti. Tämän opinnäytetyön sisäistä validiteettia pyrittiin tehostamaan kuvaamalla tutkimusprosessi ja tulokset mahdollisimman avoimesti ja tarkasti. (Hiltunen 2009; Heikkilä 2014.)

Tutkimuksen reliabiliteetti voidaan jakaa kahteen osatekijään, jotka ovat stabiliteetti eli pysyvyys ja konsistenssi eli yhtenäisyys. Stabiliteetissa on kysymys mittarin tai menetelmän pysyvyydestä ajassa. Epästabiilissa mittarissa tai menetelmässä näkyvät olosuhteiden ja vastaajan mielialan ynnä muiden satunnaisvirheiden vaikutukset helposti. Mittarin eduksi luetaan se, että se mittaa kokonaisuudessaan samaa asiaa ts. mittarin konsistenssi on hyvä. Reliabiliteetin varmistamiseksi otoksen on oltava tarpeeksi suuri ja edustava. Päihdekliniikan asiakaskyselyyn vastanneiden lukumäärä oli riittävä, mutta Päihdekuntoutuksen asiakaskyselyyn vastanneiden määrä oli ainoastaan tyydyttävä. (Heikkilä 2014; Hiltunen 2009)

Kyselylomakkeeseen täyttäminen oli vapaaehtoista. Asiakakkaan luettavana oli saatekirje, jossa selostetaan opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin palautelaatikoon, jotka avattiin vain tutkijan toimesta. Vastaajien anonymiteetti turvattiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyölle annettiin asianmukainen tutkimuslupa (Liite 4). Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkittavien henkilöiden suojaan kuuluu, että tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja menetelmät. Osallistujien oikeuksien turvaaminen, tutkimustietojen luottamuksellisuus sekä osallistujien nimettömyyden säilyminen ja henkilösuoja kuuluvat tutkimuksen eettiseen perustaan. (Tuomi 2008, 145 - 146.)

Tieteen tarkoitus on antaa kuva todellisuudesta ja etsiä totuutta tutkimuksen avulla (Karjalainen, Launis, Pelkonen ja Pietarinen 2002, 34–41). Työssä on käytetty mahdollisimman uutta ja ajankohdasta lähdemateriaalia kriittisesti arvioiden. Tutkimuksen tekijöiltä vaaditaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Hallamaa, Lötjönen 2002, 373.) Opinnäytetyö prosessi on toteutettu huolellisesti tieteellisiä periaatteita noudattaen. Asiakaskysely lomakkeiden vastaukset ajettiin käsin

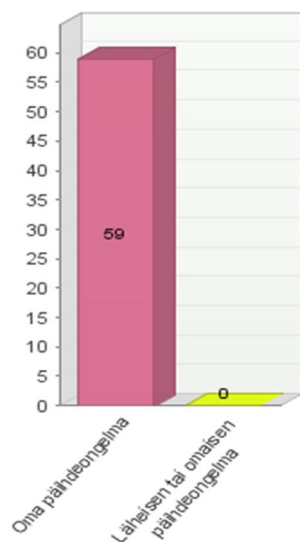
Webropol-ohjelmaan, virheiden mahdollisuus minimoitiin tarkistuksilla. Saatu aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla, johon pääsy vaatii käyttäjätunnuksen ja salasanan.

Päihderiippuvuutta tutkittaessa on huomioitava aiheen sensitiivisyys ja tutkimuksen mahdollisesti aiheuttavat riskit ja haitat on huomioitava. (Kuula 2006, 56) Tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmiseen, on riskinä tutkimuksen kohteen vahingoittaminen. Tutkimukseen osallistuvia täytyy suojata mahdollisilta haitoilta. (Pietarinen 2002, 62.) Päihdeongelmaiset ovat marginaaliryhmä ja Virokannaksen (2004, 19) mukaan marginaaliryhmiä tutkittaessa tulisi pohtia, miten tutkijat tuotoksillaan ylläpitävät leimaavaa keskustelua ja käsityksiä tutkimiensa ryhmien ongelmallisuudesta. Opinnäytetyö prosessissa pyrin tutkimaan päihdeongelmaa ja sen hoitoa sekä yksilö -että yhteiskunnan tasolta ja tuomaan esiin omaa asiantuntijuutta hyödyntäen päihdeproblematiikkaa monesta eri näkökulmasta ennakkoasenteita välttäen.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

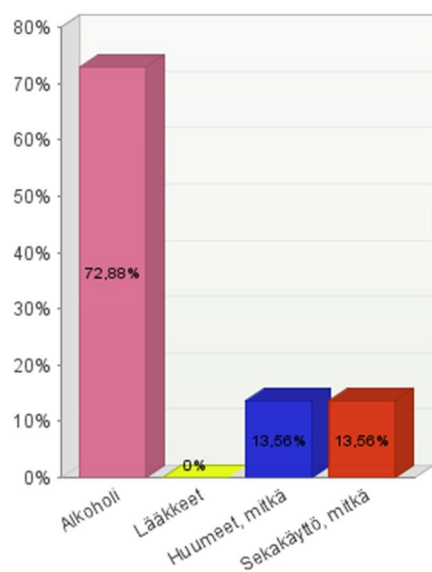
### 8.1. Päihdeklinikan asiakaskyselyn tulokset

KUVIO 1. Käynnin syy (n=59)



Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin Päihdekllinikalla *asioimisen syytä*. Kaikki 59 vastaajaa ilmoittivat asioimisen syyksi oman päihdeongelman. Kaksi vastaajaa ilmoitti asioimisen syyksi oman päihdeongelman lisäksi läheisen päihdeongelman, lisäämällä tiedon kysymyksen seitsemän avoimeen vastauskenttään.

KUVIO 2. Käyttämäni Päihteet (n=59)



Toisessa kysymyksessä kysyttiin *asiakkaan päihdekäytöstä*. Kyselyyn vastanneista 43 eli 72,9 % ilmoitti asioivansa päihdekllinikalla alkoholin käytön vuoksi. Huumeiden käytön vuoksi asioivia oli vas-

tanneista 8 eli 13,6 %. Jos vastaaja ilmoitti asioivansa päihdekllinikalla huumeiden käytön vuoksi, kysyttiin mitkä ovat asiakkaan käyttämät huumausaineet. Huumausaineista asioinnin syyksi vastaajat nimesivät bubrenorfiinin, amfetamiinin, opiaatit ja kannabiksen. Yksi vastaajista nimesi käyttävänsä bentsodiatsepiineja ja bubrenorfiinia. Yksi vastaajista ilmoitti asioinnin syyksi piristeiden käytön ja yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Sekakäytön asioinnin syyksi ilmoittaneita oli 8 eli 13,6 %. Sekakäytön asioinnin syyksi ilmoittaneita pyydettiin nimeämään käyttämänsä päihteet. Käytetyistä päihteistä alkoholi, huumeet (ekstaasi, bubrenorfiini, kannabis, tutkimuskemikaalit) ja lääkkeet olivat vastanneiden asioinnin syynä siten, että vastaajista kolme ilmoitti asioinnin syyksi alkoholin ja lääkkeiden sekakäytön. Kaksi vastaajaa ilmoitti asioinnin syyksi alkoholin ja useamman huumausaineen käytön. Kolme kyselyyn vastanneista asioivat päihdekllinikalla alkoholin, huumausaineiden sekä lääkkeiden sekakäytön vuoksi.

Yksikään vastaajista ei ilmoittanut asioivansa päihdekllinikalla ainoastaan lääkkeiden väärinkäytön vuoksi. Vastaajista 13 eli 13,6 % ilmoitti päihdekllinikalla asioinnin syyksi huumeet, joko ainoana päihteenä tai yhdessä alkoholin ja lääkkeiden kanssa. Vastaajista yhteensä yhdeksän ilmoitti päihdeiden sekakäytön asioinnin syyksi, koska huumeet käyttämäkseen päihteeksi ilmoittaneista nimesi käyttävänsä kahta tai useampaa päihdettä huumausaineen lisäksi.

TAULUKKO 1. Palvelujen saatavuus (n=59)

|                                                          | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Palveluista oli helppo saada tietoa                      | 1<br>1,69%        | 5<br>8,47%                | 4<br>6,78%   | 24<br>40,68%                | 25<br>42,37%        | 59       | 4,14      |
| Otin yhteyttä päihdeklinalle oma-aloitteisesti           | 4<br>7,02%        | 7<br>12,28%               | 3<br>5,26%   | 9<br>15,79%                 | 34<br>59,65%        | 57       | 4,09      |
| Ensikontakti Päihdeklinalle järjestyi helposti           | 1<br>1,72%        | 5<br>8,62%                | 2<br>3,45%   | 9<br>15,52%                 | 41<br>70,69%        | 58       | 4,45      |
| Hoitosuhde käynnistyi riittävän nopeasti                 | 3<br>5,08%        | 7<br>11,86%               | 3<br>5,08%   | 18<br>30,51%                | 28<br>47,46%        | 59       | 4,03      |
| Päihdeklinalle oli helppo tulla                          | 2<br>3,39%        | 4<br>6,78%                | 2<br>3,39%   | 20<br>33,9%                 | 31<br>52,54%        | 59       | 4,25      |
| Aukioloajat olivat minulle sopivat                       | 1<br>1,69%        | 2<br>3,39%                | 0<br>0%      | 11<br>18,64%                | 45<br>76,27%        | 59       | 4,64      |
| Käynnit päihdeklinalle toteutuivat sopivalla tiiviydellä | 1<br>1,75%        | 1<br>1,75%                | 1<br>1,75%   | 12<br>21,05%                | 42<br>73,68%        | 57       | 4,63      |
| Yhteensä                                                 | 13<br>3,19%       | 31<br>7,6%                | 15<br>3,68%  | 103<br>25,25%               | 246<br>60,29%       | 408      | 4,32      |

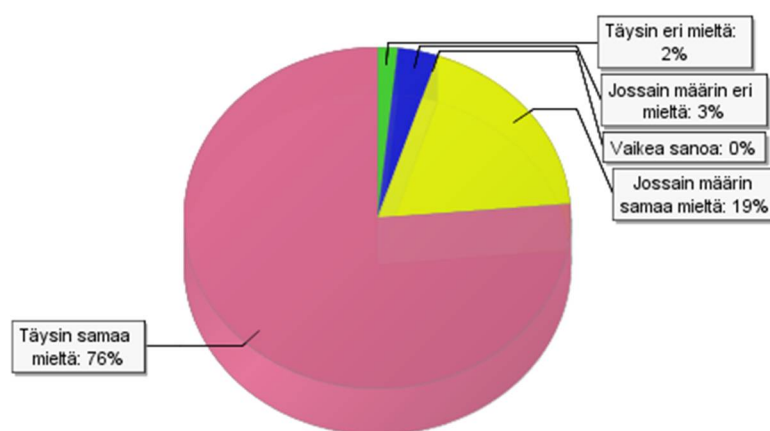
Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin Päihdeklinalle asioivien mielipiteitä *palveluiden saatavuudesta* seitsemän väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Palveluiden saatavuuden asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 60 % vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa, joten kokonaisuudessaan Päihdeklinalle asiakkaat olivat tyytyväisiä palveluiden saatavuuteen. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 25 %. Täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 3 % vastanneista. Palveluiden saatavuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,32. Kahteen väittämään vastasi 57 vastaajaa ja yhteen 58 vastaajaa.

Tämän tutkimuksen mukaan palveluiden saatavuuden osalta kehittämisalueita ovat palveluista tiedottamisen tehostaminen ja hoitosuhteiden käynnistämisen nopeuttaminen. Myös päihdeklinikan sijaintiin ja kulkuyhteyksien sujuvuuteen kannattaa jatkossa kiinnittää huomiota.

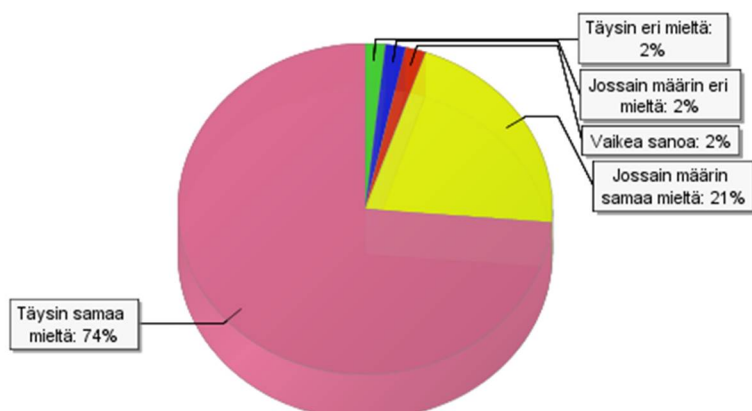
Alla on yksityiskohtaisemmin purettuna ne asteikkokysymyksen väittämät, joihin vastaajien asennoituminen oli suopeinta (KUVIO 3 ja 4) ja vähiten suopeinta (KUVIO 5, 6 ja 7). Aukioloaikoihin vastaajat olivat kaikkein tyytyväisempiä kaikista palveluiden saatavuutta mittaavista väittämistä (KUVIO 3). Toiseksi tyytyväisempiä asiakkaat olivat Päihdekllinikalla käyntien tiheyteen (KUVIO 4). Vähiten tyytyväisiä vastaajat olivat hoitosuhteen käynnistymisen nopeuteen (KUVIO 7) palveluista helposti tiedon saamiseen (KUVIO 6) sekä päihdeklinalle tulemisen helppouteen (KUVIO 5).

KUVIO 3. Aukioloajat olivat minulle sopivat



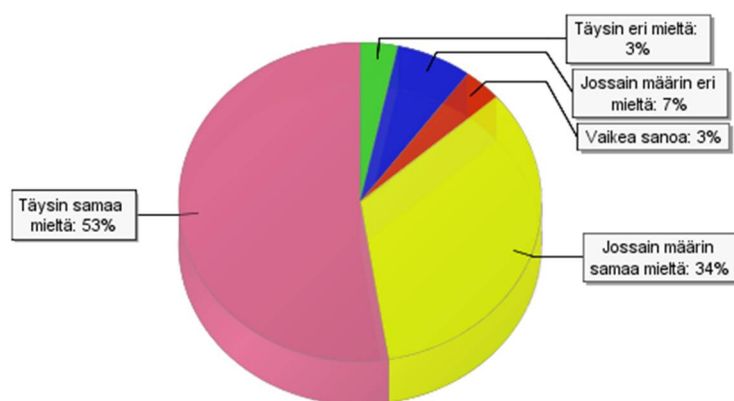
Asiakkaiden käsitykset aukioloaikojen sopivuudesta olivat muita kysyttyjä osa alueita suopeammat. Päihdeklinalle asioivista 45 eli 76 % oli täysin samaa mieltä väittämän *aukioloaikojen sopivuudesta* kanssa. Väittämän keskiarvo on 4,64.

KUVIO 4. Käynnit päihdeklinalle toteutuivat sopivalla tiiviydellä



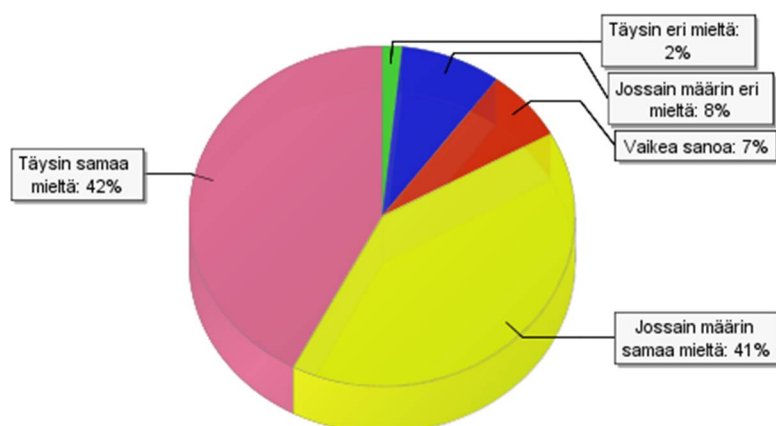
Päihdeklinikan asiakkaat pitivät päihdeklinalle *käyntien tiiviyyttä* sopivana, niin että vastaajista 74 % oli täysin samaa mieltä väittämästä. Väittämän keskiarvo on 4,63.

KUVIO 5. Päihdeklinalle oli helppo tulla



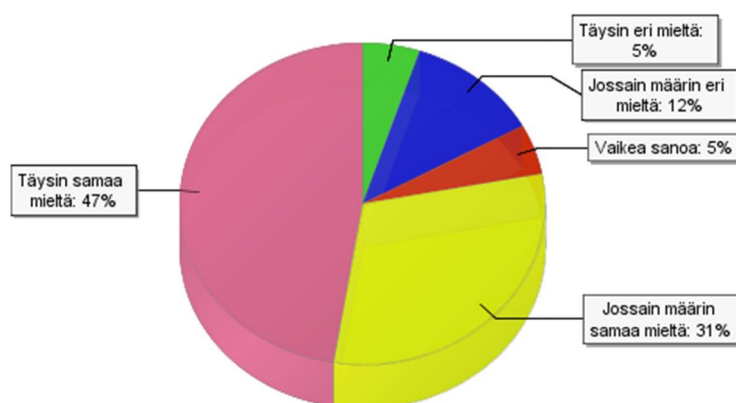
Vastaajista 53 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *päihdeklinalle on helppo tulla*. Jokseenkin samaa mieltä, oli vastaajista 34 %. Väittämän keskiarvo jäi kolmen matalimman keskiarvon joukkoon, ollen 4,25.

KUVIO 6. Palveluista oli helppo saada tietoa



Vähemmän suopeasti asiakaskyselyyn vastanneet suhtautuivat väittämään, *palveluista oli helppo saada tietoa*, vastaajista 42 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, jossain määrin samaa mieltä oli vastaajista 41 %. Väittämän keskiarvo oli 4,14.

KUVIO 7. Hoitosuhde käynnistyi riittävän nopeasti



Vastaajista 47 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *hoitosuhde käynnistyi riittävän nopeasti*. Vastaajista 31 % oli jokseenkin samaa mieltä tästä väittämästä. Tämän väittämän keskiarvo jäi tutkituista osa- alueista heikoimmaksi, keskiarvon ollessa 4, 03.

TAULUKKO 2. Asiakslähtöisyys (n=59)

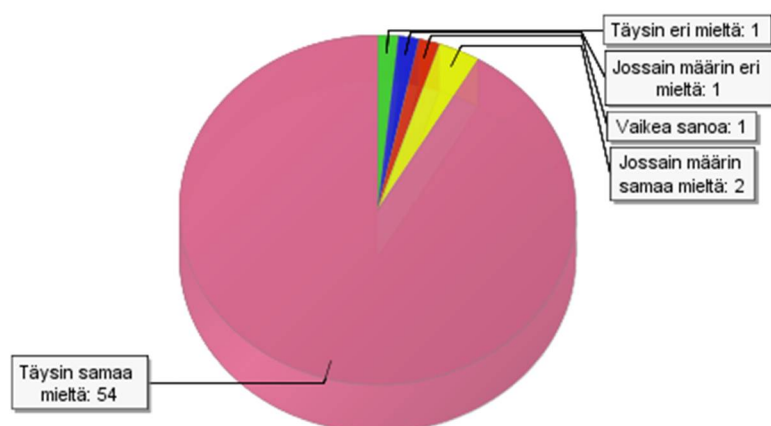
|                                                               | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Minuun suhtauduttiin ystävällisesti                           | 1<br>1,69%        | 1<br>1,69%                | 1<br>1,69%   | 2<br>3,39%                  | 54<br>91,53%        | 59       | 4,81      |
| Pystyin puhumaan asioistani luottamuksellisesti               | 1<br>1,69%        | 2<br>3,39%                | 1<br>1,69%   | 4<br>6,78%                  | 51<br>86,44%        | 59       | 4,73      |
| Henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista                  | 1<br>1,69%        | 0<br>0%                   | 1<br>1,69%   | 8<br>13,56%                 | 49<br>83,05%        | 59       | 4,76      |
| Työntekijälläni oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen | 1<br>1,69%        | 1<br>1,69%                | 1<br>1,69%   | 5<br>8,47%                  | 51<br>86,44%        | 59       | 4,76      |
| Tulin ymmärretyksi                                            | 1<br>1,69%        | 1<br>1,69%                | 2<br>3,39%   | 10<br>16,95%                | 45<br>76,27%        | 59       | 4,64      |
| Tulin kuulluksi                                               | 1<br>1,69%        | 1<br>1,69%                | 2<br>3,39%   | 5<br>8,47%                  | 50<br>84,75%        | 59       | 4,73      |
| Sain yksilöllistä palvelua                                    | 1<br>1,69%        | 0<br>0%                   | 1<br>1,69%   | 8<br>13,56%                 | 49<br>83,05%        | 59       | 4,76      |
| Yhteensä                                                      | 7<br>1,69%        | 6<br>1,45%                | 9<br>2,18%   | 42<br>10,17%                | 349<br>84,5%        | 413      | 4,74      |

Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin Päihdekllinikalla asioivien mielipiteitä *palvelun asiakslähtöisyydestä* seitsemän väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Palveluiden saatavuuden asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 85 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa, joten kokonaisuudessaan Päihdeklinikan asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä palveluiden asiakslähtöisyyteen. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 10 %. Täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli vain 1,7 % vastanneista. Palveluiden saatavuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,74. Vastanneista 86 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *työntekijöillä on riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen*. Vastaajista 83 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *sain yksilöllistä palvelua*. Tämän tutkimuksen mukaan Päihdeklinikan asiakkaat ovat hyvin tyytyväisiä palveluiden asiakslähtöisyyteen ja kehittämisalueena voisi todeta olevan tämänhetkisen asiakslähtöisyyden tilan säilyttämisen.

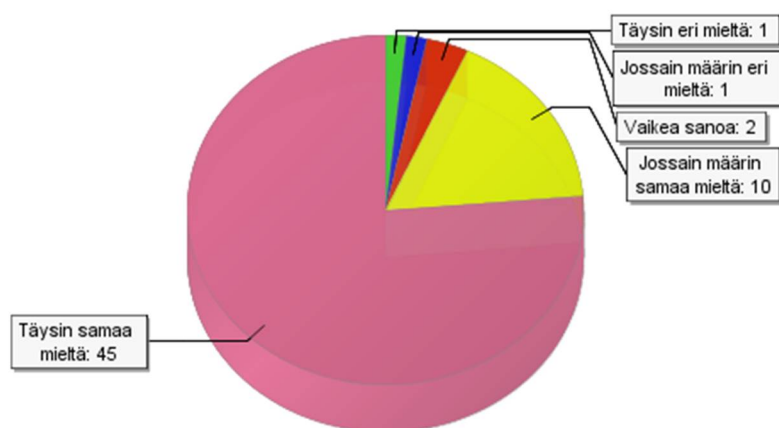
Alla on yksityiskohtaisemmin purettuna asteikkokysymyksen väittämät, joihin vastaajien asennoituminen oli suopeinta (KUVIO 8)) ja vähiten suopeinta (KUVIO 9.). Vastaajista 92 % koki, että heihin oli suhtauduttu ystävällisesti. Tämän kysymyksen väittämistä vähemmän suopeasti vastaajat suhtautuivat väittämään, tulin ymmärretyksi, 76 % vastaajista oli tämän väittämän kanssa täysin samaa mieltä (KUVIO 9).

KUVIO 8. Minuun suhtauduttiin ystävällisesti



Vastaajista 92 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *minuun suhtauduttiin ystävällisesti*. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 2 % vastaajista. Väittämän keksiarvo oli 4.81.

KUVIO 9. Tulin ymmärretyksi



Tähän väittämän suhtautuminen oli vähiten suopeinta, vastaajista 76 % oli samaa mieltä väittämän *tulin ymmärretyksi* kanssa, vaikkakin 17 % vastaajista oli joksenaikin samaa mieltä väittämän kanssa. Väittämän keskiarvo oli 4.64.

|                                                    | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani       | 0<br>0%           | 1<br>1,69%                | 1<br>1,69%   | 14<br>23,73%                | 43<br>72,88%        | 59       | 4,68      |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista | 0<br>0%           | 1<br>1,69%                | 4<br>6,78%   | 8<br>13,56%                 | 46<br>77,97%        | 59       | 4,68      |
| Sain riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehtoista    | 0<br>0%           | 2<br>3,39%                | 3<br>5,08%   | 15<br>25,42%                | 39<br>66,1%         | 59       | 4,54      |
| Elämäntilanteeni on kohentunut                     | 0<br>0%           | 1<br>1,69%                | 7<br>11,86%  | 14<br>23,73%                | 37<br>62,71%        | 59       | 4,47      |
| Päihdekäyttöni on vähentynyt                       | 2<br>3,45%        | 2<br>3,45%                | 3<br>5,17%   | 12<br>20,69%                | 39<br>67,24%        | 58       | 4,45      |
| Terveydentilani on kohentunut                      | 1<br>1,72%        | 1<br>1,72%                | 8<br>13,79%  | 17<br>29,31%                | 31<br>53,45%        | 58       | 4,31      |
| Mielialani on kohentunut                           | 1<br>1,69%        | 3<br>5,08%                | 6<br>10,17%  | 16<br>27,12%                | 33<br>55,93%        | 59       | 4,31      |
| Vastuu itsestäni on lisääntynyt                    | 0<br>0%           | 1<br>1,69%                | 4<br>6,78%   | 22<br>37,29%                | 32<br>54,24%        | 59       | 4,44      |
| Suhteeni perheeseeni ja läheisiini on parantunut   | 1<br>1,72%        | 4<br>6,9%                 | 10<br>17,24% | 11<br>18,97%                | 32<br>55,17%        | 58       | 4,19      |
| Olen selvinnyt arkipäivän asioista paremmin        | 1<br>1,69%        | 0<br>0%                   | 6<br>10,17%  | 18<br>30,51%                | 34<br>57,63%        | 59       | 4,42      |
| Olen toimintakykyinen                              | 0<br>0%           | 3<br>5,08%                | 2<br>3,39%   | 19<br>32,2%                 | 35<br>59,32%        | 59       | 4,46      |
| Yhteensä                                           | 6<br>0,93%        | 19<br>2,94%               | 54<br>8,36%  | 166<br>25,7%                | 401<br>62,07%       | 646      | 4,45      |

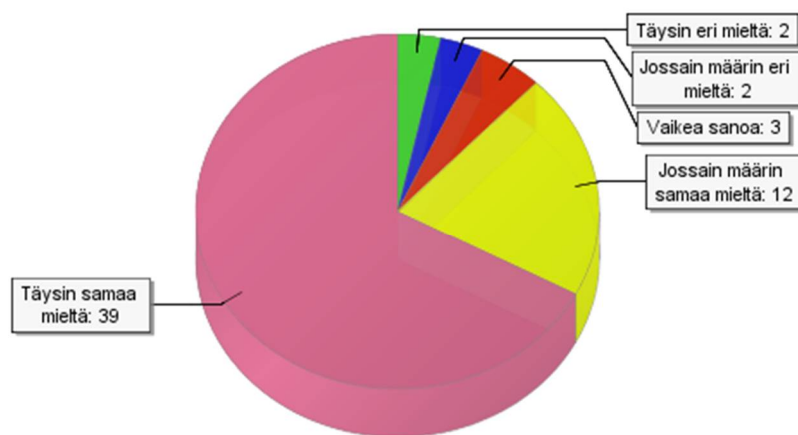
Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin Päihdekllinikalla asioivien mielipiteitä *hoidon vaikuttavuudesta* yksitoista väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Hoidon vaikuttavuuden asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 62 % vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 26 %. Väittämistä täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 1 % vastanneista. Hoidon vaikuttavuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,45. Parhaat keskiarvot olivat väittämällä, *olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani* sekä *sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista*, kummankin väittämän keskiarvon ollessa 4,68. Kolmeen väittämään vastasi 58 vastaajaa.

Tämän tutkimuksen mukaan hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi kehittämistä vaativia osa-alueita ovat asiakkaiden perhe- ja läheissuhteiden huomioiminen hoidossa, siten että asiakkaiden perheen ja/tai läheisten mukaan ottaminen päihdeongelmaisen hoitoprosessiin tehostuisi siten että, päihdeongelmaisen perheelle ja/ tai läheisille olisi tarjottavissa monipuolisempia hoito- ja tukimuotoja. Kehittämisaalueina näkisin myös *mielialani ja terveydentilani on parantunut* väittämiin perustuen (keskiarvo kummallakin väittämällä 4,31) yhä kokonaisvaltaisemman hoitotyön kehittämisen.

Kiinnittäisin huomiota väittämään *päihdekäyttöni on vähentynyt*, 67 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja lähes 24 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, vain 2 % vastaajista oli sitä mieltä, että päihdekäyttö ei ollut vähentynyt (KUVIO 10). Väittämän kokonaiskeskiarvo oli 4,45. Alla olevassa kuviossa (KUVIO 10)) on esitetty väittämän vastausjakauma yksityiskohtaisesti.

KUVIO 10. Päihdekäyttöni on vähentynyt



Väittämään *päihdekäyttöni on vähentynyt*, 67 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 21 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, vain 3 % vastaajista oli sitä mieltä, että päihdekäyttö ei ollut vähentynyt. Väittämän kokonaiskeskiarvo oli 4,45.

TAULUKKO 4. Yhteistyö ja osallisuus (n=59)

|                                                 | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|-------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Yhteistyö työntekijäni kanssa oli onnistunutta  | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 1<br>1,72%   | 4<br>6,9%                   | 53<br>91,38%        | 58       | 4,9       |
| Mielipiteeni ja toiveeni otettiin huomioon      | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 1<br>1,69%   | 8<br>13,56%                 | 50<br>84,75%        | 59       | 4,83      |
| Hoitoani suunniteltiin yhdessä                  | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 1<br>1,69%   | 7<br>11,86%                 | 51<br>86,44%        | 59       | 4,85      |
| Sain osallistua minua koskevaan päätöksentekoon | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 1<br>1,75%   | 9<br>15,79%                 | 47<br>82,46%        | 57       | 4,81      |
| Läheiseni otettiin mukaan hoitoprosessiini      | 13<br>22,41%      | 2<br>3,45%                | 8<br>13,79%  | 19<br>32,76%                | 16<br>27,59%        | 58       | 3,4       |
| Tiedän miten hoitoni tulee jatkumaan            | 0<br>0%           | 1<br>1,69%                | 5<br>8,47%   | 20<br>33,9%                 | 33<br>55,93%        | 59       | 4,44      |
| Yhteensä                                        | 13<br>3,71%       | 3<br>0,86%                | 17<br>4,86%  | 67<br>19,14%                | 250<br>71,43%       | 350      | 4,54      |

Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

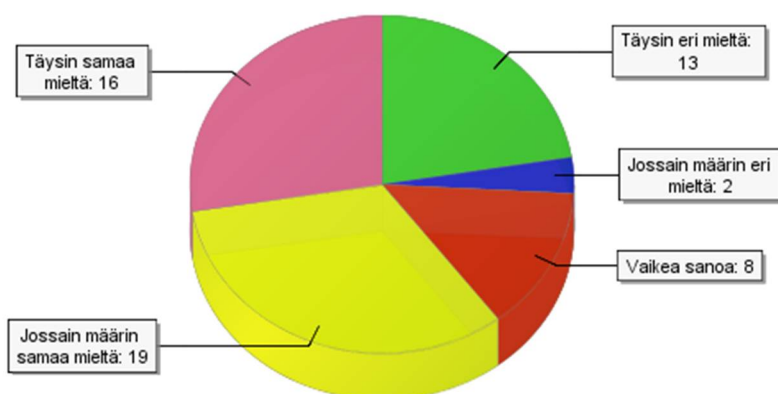
Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin Päihdekllinikalla asioivien mielipiteitä *yhteistyöstä ja osallisuudesta* kuusi väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Yhteistyötä ja osallisuutta mittaavan asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 71,5 % vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 19 %. Väittämistä täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 3,7 % vastanneista. Yhteistyön ja osallisuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,54. Kahteen väittämään vastasi 58 vastaajaa ja yhteen 57 vastaajaa.

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä *yhteistyöhän työntekijänsä kanssa* sekä *hoidon yhdessä suunnitteluun*. Heikoimman keskiarvon sai väittämä, *läheiseni otettiin mukaan hoitoprosessiin*, keskiarvon ollessa 3,4. Väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 27,6 % vastaajista (kuvio 6.1).

Tämän tutkimuksen mukaan yhteistyön ja osallisuuden kehittämisen alueita ovat läheisten huomioiminen ja mukaan ottaminen päihdeongelman hoitoprosessiin ja siten läheisten tuki- ja hoitomuotojen kehittäminen (KUVIO 11). Sama kehittämistarve tuli ilmi kysymyksessä hoidon vaikuttavuudesta (TAULUKKO 3).

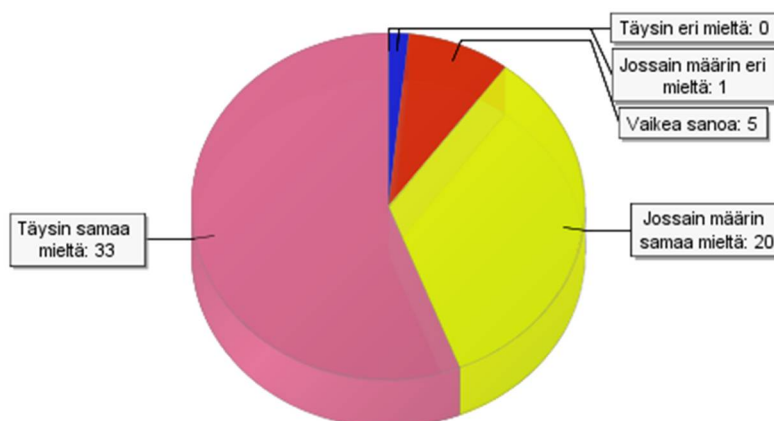
Kehittämisaikana perustuen väittämään, *tiedän miten hoitoni tulee jatkumaan*, on hoidon suunnitelmallisuuden lisääminen. Täysin samaa mieltä tämän väittämän kanssa oli 56 % vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 34 %. Väittämän vastausjakauma on esitetty tarkemmin alla olevassa kuvioissa (KUVIO 12).

KUVIO 11. Läheiseni otettiin mukaan hoitoprosessiini



Väittämän *läheiseni otettiin mukaan hoitoprosessiini*, kanssa täysin samaa mieltä oli 28 % vastaajista. Jossain määrin samaa mieltä oli 33 % vastaajista. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 22 % vastaajista. Väittämän keskiarvo 3,4, jäi yhteistyön ja osallisuuden asteikkokysymyksen väittämistä heikoimmaksi

KUVIO 12. Tiedän miten hoitoni tulee jatkumaan



Väittämän kanssa *tiedän miten hoitoni tulee jatkumaan*, täysin samaa mieltä oli 56 % vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 34 %. Vastaajista 8 % koki, että väittämään on vaikea sanoa vastausta. Väittämän keskiarvo oli 4.4.

7. Onko mieleesi tullut ajatuksia hoitoosi liittyen, esim. kehittämisehdotuksia, toiveita ym. KIITOS VASTAUKSISTASI

Seitsemäs kysymys oli avoin kysymys, johon oli mahdollista kirjoittaa kehittämisehdotuksia, toiveita ymv. Kuusi vastaajaa vastasi tähän kysymykseen.

Vastaajien määrä: 6

- o Tapaamiset hoitajan kanssa tiiviimmin. Puhelinkeskustelua "hädän" hetkellä. Pidemmät aukioloajat ja myös iltaisin ja viikonloppuisin.
- o Palvelujen saatavuudesta tietoa paremmin.
- o Korvaushoitoon nopeammin!
- o Käynnin syynä myös läheisen päihdeongelma.
- o Käynnin syynä myös läheisen päihdeongelma.
- o Palveluista tiesin jo vanhastaan. Kävin itse tapaamassa hoitajaa ensikontaktina. Hoitosuhteen oli parin kuukauden jono. Päihdekäyttöni on loppunut kokonaan. Somaattisia sairauksia on paljon. En halunnut läheisiäni mukaan hoitooni. Infoa voisi olla enemmän julkisilla paikoilla ja mikä tärkeintä vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta voisi tiedotteissa korostaa enemmän.

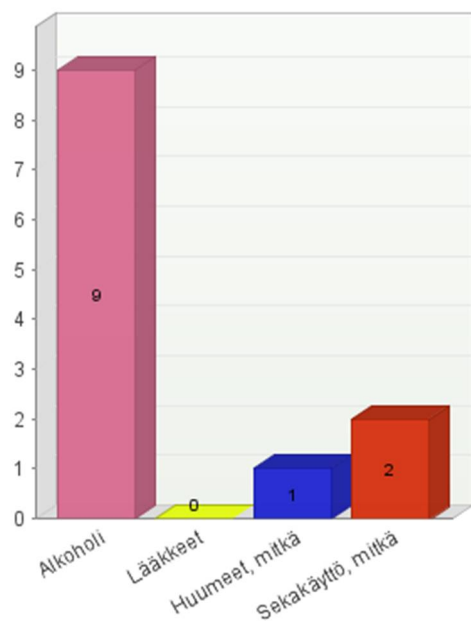
Taulukko 5. Hoidon vaikuttavuus asiakkaan käyttämän päihteen mukaan, ristiintaulukointi (n=59)

|                                                    | Käyttämäni pähteet |                         |                            |
|----------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------|
|                                                    | Alkoholi<br>(N=43) | Huumeet, mitkä<br>(N=8) | Sekakäyttö, mitkä<br>(N=8) |
| Olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani       | 4,65               | 4,75                    | 4,75                       |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista | 4,84               | 4,13                    | 4,38                       |
| Sain riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista    | 4,58               | 4                       | 4,88                       |
| Elämäntilanteeni on kohentunut                     | 4,49               | 4,25                    | 4,63                       |
| Päihdekäyttöni on vähentynyt                       | 4,62               | 3,38                    | 4,63                       |
| Terveystilani on kohentunut                        | 4,38               | 3,63                    | 4,63                       |
| Mielialani on kohentunut                           | 4,35               | 3,5                     | 4,88                       |
| Vastuu itsestäni on lisääntynyt                    | 4,44               | 4,13                    | 4,75                       |
| Suhteeni perheeseeni ja läheisiini on parantunut   | 4,1                | 4                       | 4,88                       |
| Olen selvinnyt arkipäivän asioista paremmin        | 4,44               | 3,88                    | 4,88                       |
| Olen toimintakykyinen                              | 4,56               | 3,63                    | 4,75                       |

Asiakkaan käyttämän päihteen vaikutuksesta hoidon vaikuttavuuden osa-alueisiin on huomattavissa yllä olevassa taulukossa. Käytetyllä päihteellä ei ollut mainittavaa vaikutusta asiakkaan hoitomotivaatioon. Huumeet päihteeseen ilmoittaneiden ja alkoholin ja päihteiden sekakäytön ilmoittaneiden välillä syntyi eroa vaikuttavuuden osa-alueilla. Huumeet päihteeseen ilmoittaneet kokivat saaneensa vähemmän riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista ja hoitovaihtoehdoista. Huumeiden käyttäjät kokivat elämäntilanteensa, mielialansa ja terveystilansa kohentuneen vähemmän ja päihdekäytön vähentyneen vähemmän kuin alkoholin ja päihteiden sekakäyttäjät. Päihteiden sekakäytön ilmoittaneet kokivat suhteen perheeseen ja läheisiin parantuneen enemmän kuin alkoholin ja huumeiden käyttäjät sekä kokivat selviytyneensä arkipäivän asioista paremmin kuin verrokkiryhmät.

## 8.2 Päihdekuntoutuksen asiakaskyselyn tulokset

KUVIO 13. Käyttämäni päihteet (n=12)



Avoimet vastaukset: Huumeet, mitkä

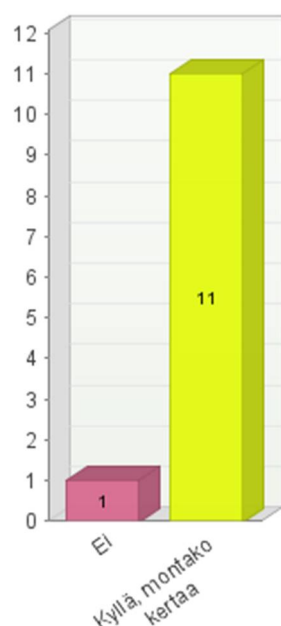
- amfetamiini, ekstaasi

Avoimet vastaukset: Sekakäyttö, mitkä

- amfetamiini, ekstaasi, alkoholi
- alkoholi, lääkkeit, huumeet

Päihdekuntoutuksen asiakaskyselyyn vastasi 12 kuntoutujaa. Vastaajista 9 oli päihdekuntoutusjaksolla alkoholin käytön vuoksi, kaksi päihteiden sekakäytön vuoksi ja yksi vastaajista huumeiden käytön vuoksi. Vastaajista ei yksikään ilmoittanut olevansa kuntoutuksessa pelkästään lääkkeiden väärinkäytön vuoksi. Jos vastaaja ilmoitti olevansa kuntoutuksessa huumeiden tai päihteiden sekakäytön vuoksi kysyttiin mitkä ovat asiakkaan käyttämät päihteet. Huumeiden käytön vuoksi kuntoutusjaksolla oli yksi vastaaja, joka vastasi käyttävänsä amfetamiinia ja ekstaasia. Toinen sekakäytön kuntoutuksen syyksi ilmoittaneista vastasi käyttävänsä amfetamiinia, ekstaasia ja alkoholia ja toinen alkoholia, lääkkeitä ja huumeita.

KUVIO 14. Oletko ollut Päihdepalvelusäätiön kuntoutus jaksolla aiemmin (n=12)



Avoimet vastaukset: Kyllä, montako kertaa

- 2
- 2
- 3
- 3
- 4
- 5
- 5
- 6
- 7
- 7

Toisessa kysymyksessä kysyttiin onko päihdekuntoutuja ollut aikaisemmin päihdekuntoutuksessa. Jos vastaaja ilmoitti olleensa aiemmin kuntoutuksessa, pyydettiin vastaajaa ilmoittamaan kuinka monta kertaa vastaaja on ollut aiemmin päihdekuntoutuksessa. Yksitoista vastaajaa eli 91.7 % vastaajista ilmoitti olleensa päihdekuntoutuksessa aiemminkin. Vastaajista 10 ilmoitti aiempien päihdekuntoutusten lukumäärän, yksi vastaaja jätti vastaamatta. Kaksi vastaajista oli ollut 2 kertaa aiemmin päihdekuntoutuksessa ja kaksi vastaajaa ilmoitti olleensa aiemmin 3 kertaa päihdekuntoutuksessa. Yksi vastaajista oli ollut neljä kertaa päihdekuntoutuksessa, kaksi vastaajaa oli ollut aiemmin viisi kertaa kuntoutuksessa, yksi vastaajista oli ollut päihdekuntoutuksessa aiemmin kuudesti ja kaksi seitsemästi.

TAULUKKO 6. Kuntoutuksen sisältö (n=12)

|                                                                    | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Ryhmämuotoinen kuntoutus oli minulle sopiva kuntoutumismuoto       | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 6<br>50%                    | 6<br>50%            | 12       | 4,5       |
| Ryhmiä aiheet tukivat kuntoutumistani                              | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 7<br>58,33%                 | 5<br>41,67%         | 12       | 4,42      |
| Ryhmiä oli riittävästi                                             | 2<br>16,67%       | 1<br>8,33%                | 0<br>0%      | 6<br>50%                    | 3<br>25%            | 12       | 3,58      |
| Päivissä oli tarpeeksi sisältöä                                    | 1<br>8,33%        | 3<br>25%                  | 0<br>0%      | 4<br>33,33%                 | 4<br>33,33%         | 12       | 3,58      |
| Ympäri vuorokautinen kuntoutus oli minulle sopiva kuntoutumismuoto | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 4<br>33,33%                 | 8<br>66,67%         | 12       | 4,67      |
| Sain tukea muilta kuntoutujilta                                    | 0<br>0%           | 2<br>16,67%               | 0<br>0%      | 4<br>33,33%                 | 6<br>50%            | 12       | 4,17      |
| Sain riittävästi yksilöllistä tukea työntekijöiltä                 | 2<br>16,67%       | 2<br>16,67%               | 1<br>8,33%   | 2<br>16,67%                 | 5<br>41,67%         | 12       | 3,5       |
| Sain riittävästi lääkärin palveluja                                | 0<br>0%           | 2<br>16,67%               | 0<br>0%      | 2<br>16,67%                 | 8<br>66,67%         | 12       | 4,33      |
| Sain riittävästi sosiaalityöntekijän palveluja                     | 0<br>0%           | 2<br>16,67%               | 2<br>16,67%  | 1<br>8,33%                  | 7<br>58,33%         | 12       | 4,08      |
| Yhteensä                                                           | 5<br>4,63%        | 12<br>11,11%              | 3<br>2,78%   | 36<br>33,33%                | 52<br>48,15%        | 108      | 4,09      |

Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin päihdekuntoutuksessa olevien kuntoutujien mielipiteitä *kuntoutusjakson sisällöstä* yhdeksän väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Kuntoutuksen sisältöä tutkivan asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 48 % vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämien kanssa. Jossain

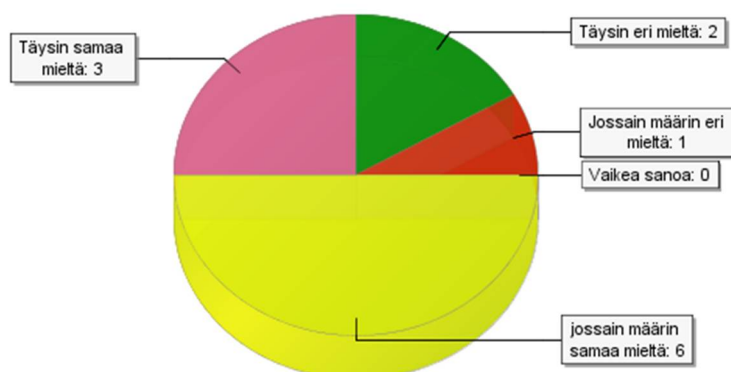
määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 33 %. Väittämistä täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 4,6 % vastanneista. Hoidon vaikuttavuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,09. Tutkimuksen perusteella kuntoutusjaksojen sisällössä on kehitettävää.

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä ympärivuorokautiseen kuntoutukseen, keskiarvolla 4,67 ja kuntoutuksen ryhmämuotoisuuteen, keskiarvolla 4,5. Vähiten tyytyväisiä vastaajat olivat yksilöllisen tuen määrään, keskiarvo 3,5 sekä kuntoutusjaksojen päivien sisältöön, keskiarvolla 3,58 ja ryhmien lukumäärään, keskiarvolla 3,58.

Tämän tutkimuksen mukaan kuntoutuksen sisällössä kehittämistä vaativia osa-alueita ovat kuntoutusjakson päivien sisällön kehittäminen (KUVIO 16) ja ryhmämuotoisen toiminnan lisääminen (KUVIO 15) Erityistä huomioita vaatii yksilöllisen tuen määrän lisääminen kuntoutusjakson aikana (KUVIO 17). Huomiota kiinnittäisin myös sosiaalityöntekijän palvelujen saatavuuden lisäämiseen.

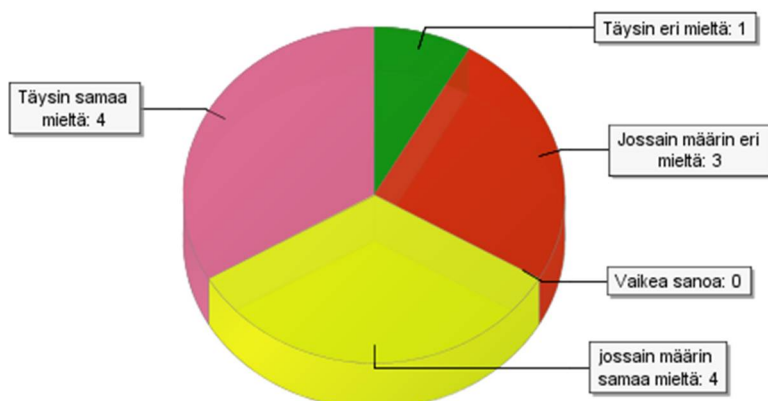
Alla tarkemmat vastausjakaumat kuvioina väittämistä, jotka saivat kuntoutusjakson sisältöä tutkivan asteikkokysymyksen väittämistä matalimmat keskiarvot ja ovat näin kehittämiskohteita

KUVIO 15. Ryhmiä oli riittävästi



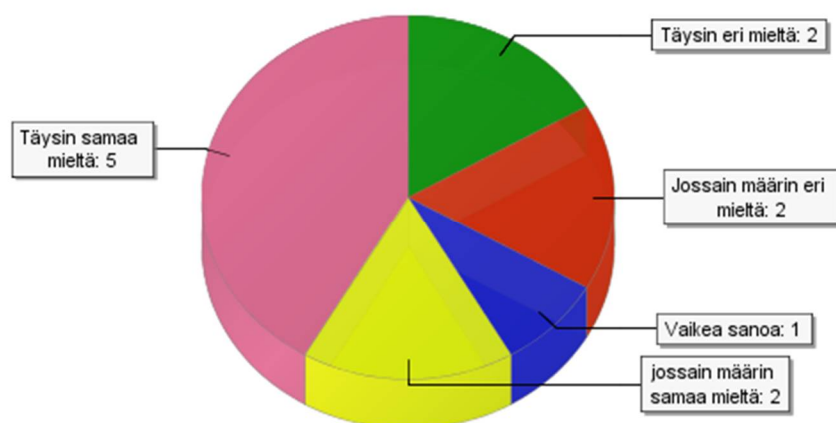
Vastaajista 25 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *ryhmiä oli riittävästi*. Jossain määrin samaa mieltä oli 50 % vastaajista. Täysin eri mieltä oli 17 % vastaajista. Väittämän keskiarvo oli 3,58.

KUVIO 16. Päivissä oli tarpeeksi sisältöä



Vastaajista 33 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *päivissä oli tarpeeksi sisältöä*. Jokseenkin samaa mieltä oli 33 % vastaajista, jossain määrin eri mieltä oli 25 % vastaajista ja täysin eri mieltä 8 % vastaajista. Väittämän keskiarvo oli 3.58.

KUVIO 17. Sain riittävästi yksilöllistä tukea työntekijöiltä



Vastaajista 42 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *sain riittävästi yksilöllistä tukea*. vastaajista 17 % oli täysin eri mieltä tämän väittämän kanssa. Väittämän keskiarvo jäi kuntoutuksen sisältöä mittaavan asteikkokysymyksen väittämistä heikoimmaksi, keskiarvo 3,5.

TAULUKKO 7. Asiakslähtöisyys (n= 12)

|                                                              | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista                 | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 9<br>75%            | 12       | 4,75      |
| Työntekijöillä oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen | 0<br>0%           | 4<br>33,33%               | 0<br>0%      | 4<br>33,33%                 | 4<br>33,33%         | 12       | 3,67      |
| Sain yksilöllistä palvelua                                   | 0<br>0%           | 4<br>33,33%               | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 5<br>41,67%         | 12       | 3,75      |
| Minuun suhtauduttiin ystävällisesti                          | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 4<br>33,33%                 | 8<br>66,67%         | 12       | 4,67      |
| Minut hyväksyttiin omana itsenäni                            | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 9<br>75%            | 12       | 4,75      |
| Pystyin puhumaan asioistani luottamuksellisesti              | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 9<br>75%            | 12       | 4,75      |
| Tulin ymmärretyksi                                           | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 9<br>75%            | 12       | 4,75      |
| Tulin kuulluksi                                              | 0<br>0%           | 1<br>9,09%                | 0<br>0%      | 3<br>27,27%                 | 7<br>63,64%         | 11       | 4,45      |
| Yhteensä                                                     | 0<br>0%           | 9<br>9,47%                | 0<br>0%      | 26<br>27,37%                | 60<br>63,16%        | 95       | 4,44      |

Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

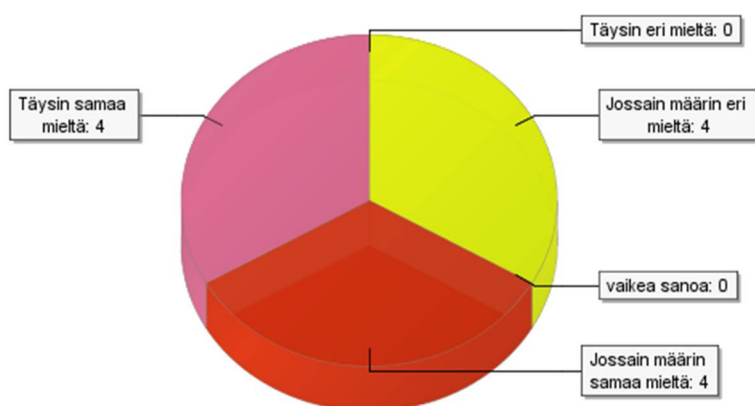
Neljännessä kysymyksessä kysyttiin Päihdekuntoutujien mielipiteitä *kuntoutuksen asiakslähtöisyydestä* kahdeksan väittämää sisältävällä asteikkokysymyksellä. Palveluiden asiakslähtöisyyden asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 63 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämien kanssa ja jokseenkin samaa mieltä vastanneista väittämien kanssa oli 27.4 %. Jokseenkin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 9,5 % Täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita ei ollut. Tutkimustuloksien perusteella Päihdekuntoutuksen asiakkaat olivat tyytyväisiä kuntoutuksen asiakslähtöisyyteen. Kokonaiskeskiarvo oli 4,44.

Huomioitavaa on, että 75 % vastanneista oli täysin samaa mieltä väittämistä, *henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista, minut hyväksyttiin omana itsenäni, pystyin puhumaan asioistani luottamuksellisesti sekä tulin ymmärretyksi*. Vastaajat olivat eniten eri mieltä väittämän, *työntekijöillä oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen* (keskiarvo 3.67) kanssa sekä väittämän *sain yksilöllistä palvelua*, kanssa (keskiarvo 3.75).

Tämän tutkimuksen mukaan yksilöllisen työotteen lisääminen lisäisi asiakaslähtöisyyttä.

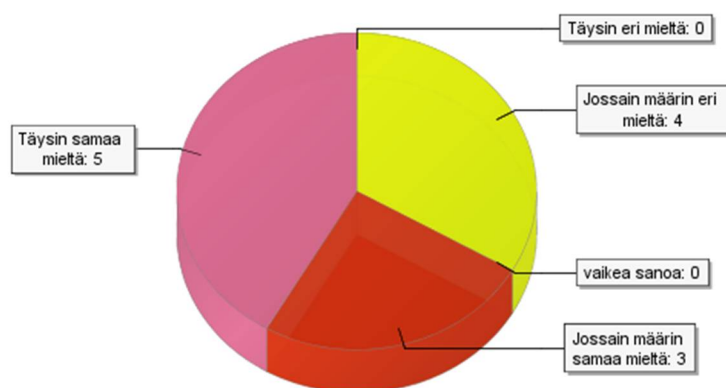
Alla on yksityiskohtaisemmin purettuna asteikkokysymyksen väittämät, joihin vastaajien asennoituminen oli vähiten suopeinta ja ovat siten asiakaslähtöisyyden lisäämisen kehittämisalueita.

KUVIO 18. Työntekijöillä oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen



Vastaajista 33 % oli täysin samaa mieltä väittämän, *työntekijöillä oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen*, kanssa. Jokseenkin samaa mieltä oli vastaajista 33 % ja 33 % oli väittämästä jossain määrin eri mieltä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa ei ollut yhtään vastajaa. Väittämän keskiarvo oli asiakaslähtöisyyden asteikkokysymyksen väittämistä heikoin, 3.67.

KUVIO 19. Sain yksilöllistä palvelua



Vastaajista täysin samaa mieltä oli 42 % väittämästä, *sain yksilöllistä palvelua*. Jossain määrin samaa mieltä oli vastaajista 25 % ja jossain määrin eri mieltä oli 33 % vastaajista. Täysin eri mieltä väittämän kanssa ei ollut yhtään vastajaa. Väittämän keskiarvo oli 3.75.

TAULUKKO 8. Vaikuttavuus, n= 12

|                                                                            | Täysin eri<br>mieltä | Jossain<br>määrin<br>eri mieltä | Vaikea<br>sanoa | Jossain<br>määrin<br>samaa<br>mieltä | Täysin<br>samaa<br>mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------------------|----------|-----------|
| Olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani                               | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 0<br>0%         | 0<br>0%                              | 12<br>100%                | 12       | 5         |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista fyysiseen terveyteeni   | 0<br>0%              | 4<br>33,33%                     | 0<br>0%         | 5<br>41,67%                          | 3<br>25%                  | 12       | 3,58      |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista psyykkiseen terveyteeni | 1<br>8,33%           | 3<br>25%                        | 1<br>8,33%      | 3<br>25%                             | 4<br>33,33%               | 12       | 3,5       |
| Päihteidenkäyttöni on vähentynyt                                           | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 0<br>0%         | 4<br>33,33%                          | 8<br>66,67%               | 12       | 4,67      |
| Elämäntilanteeni on kohentunut                                             | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 0<br>0%         | 5<br>41,67%                          | 7<br>58,33%               | 12       | 4,58      |
| Mielialani on kohentunut                                                   | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 0<br>0%         | 4<br>33,33%                          | 8<br>66,67%               | 12       | 4,67      |
| Terveydentilani on kohentunut                                              | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 1<br>8,33%      | 3<br>25%                             | 8<br>66,67%               | 12       | 4,58      |
| Vastuu itsestäni on lisääntynyt                                            | 0<br>0%              | 0<br>0%                         | 2<br>16,67%     | 3<br>55%                             | 7<br>58,33%               | 12       | 4,42      |
| Olen selvinnyt arkipäivän asioista paremmin                                | 0<br>0%              | 1<br>10%                        | 0<br>0%         | 4<br>40%                             | 5<br>50%                  | 10       | 4,3       |
| Suhteeni läheisiin on parantunut                                           | 1<br>9,09%           | 2<br>18,18%                     | 1<br>9,09%      | 2<br>18,18%                          | 5<br>45,45%               | 11       | 3,73      |
| Olen toimintakykyinen                                                      | 1<br>10%             | 0<br>0%                         | 3<br>30%        | 2<br>20%                             | 4<br>40%                  | 10       | 3,8       |
| Yhteensä                                                                   | 3<br>2,36%           | 10<br>7,87%                     | 8<br>6,3%       | 35<br>27,56%                         | 71<br>55,91%              | 127      | 4,26      |

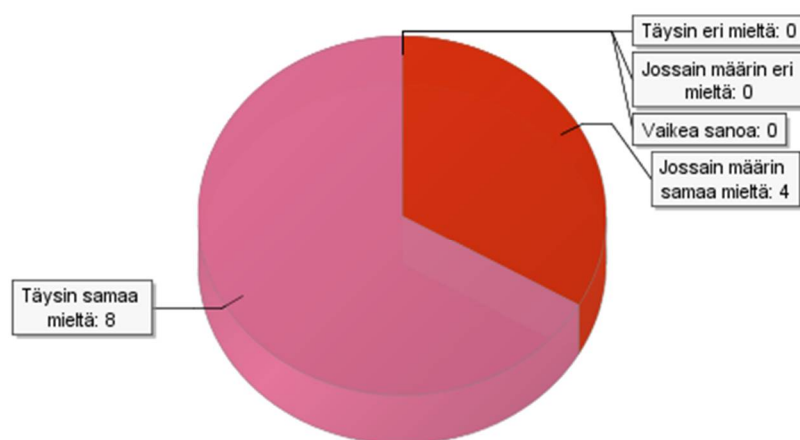
Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin päihdekuntoutujien mielipiteitä *hoidon vaikuttavuudesta* yksitoista väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Hoidon vaikuttavuuden asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin vastaajista 56 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämien kanssa. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa vastanneita oli 27,6 %. Väittämistä täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 2,4 % vastanneista. Hoidon vaikuttavuuden kokonaiskeskiarvo oli 4,26. Kahteen väittämään vastasi kymmenen vastaajaa ja yhteen väittämään yksitoista vastaajaa.

Paras keskiarvo oli väittämällä, *olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani*, kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä tästä väittämästä. Vastaajista liki 70 % oli täysin samaa mieltä väittämistä, *päihdekäyttöni on vähentynyt* (KUVIO 20) ja *mielialani on kohentunut*. Kummankin väittämän keskiarvon ollessa 4,67.

Tämän tutkimuksen mukaan hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi kehittämistä vaativia osa-alueita ovat väittämien, sain riittävästi tietoa *päihteidenkäytön vaikutuksista psyykkiseen terveyteeni* (keskiarvo 3,5) ja *fyysiseen terveyteeni* (keskiarvo 3,58) perusteella, ryhmien sisältöjen kehittäminen nämä osa-alueet huomioiden. Kehittämisaikana on myös, *suhde läheisiini on parantunut* väittämään perustuen, (keskiarvo 3,73) perhe- ja läheistyön lisääminen. Huomiota kiinnittäisin myös, *olen toimintakykyinen* (keskiarvo 3,8) väittämän perusteella, toiminnallisten ryhmätöiden kehittämiseen.

KUVIO 20. Päihteidenkäyttöni on vähentynyt



Vastaajista 67 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, *päihteidenkäyttöni on vähentynyt*. Jossain määrin samaa mieltä oli vastaajista 33 %. Väittämän keskiarvo oli 4,67.

TAULUKKO 9. Yhteistyö ja osallisuus (n=12)

|                                                                       | Täysin eri mieltä | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä | Yhteensä | Keskiarvo |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------|
| Yhteistyö henkilökunnan kanssa oli onnistunutta                       | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 0<br>0%      | 3<br>25%                    | 9<br>75%            | 12       | 4,75      |
| Kuntoutusjaksolle suunniteltiin henkilökohtaiset tavoitteet           | 0<br>0%           | 0<br>0%                   | 1<br>8,33%   | 5<br>41,67%                 | 6<br>50%            | 12       | 4,42      |
| Mielipiteeni ja toiveeni otettiin huomioon                            | 0<br>0%           | 1<br>8,33%                | 5<br>41,67%  | 0<br>0%                     | 6<br>50%            | 12       | 3,92      |
| Pystyin vaikuttamaan kuntoutuksen sisältöön                           | 0<br>0%           | 2<br>20%                  | 2<br>20%     | 4<br>40%                    | 2<br>20%            | 10       | 3,6       |
| Läheisilleni annettiin mahdollisuus osallistua kuntoutumisprosessiini | 2<br>16,67%       | 1<br>8,33%                | 3<br>25%     | 2<br>16,67%                 | 4<br>33,33%         | 12       | 3,42      |
| Minulle on suunniteltu jatkohoito                                     | 1<br>8,33%        | 0<br>0%                   | 1<br>8,33%   | 4<br>33,33%                 | 6<br>50%            | 12       | 4,17      |
| Yhteensä                                                              | 3<br>3,7%         | 6<br>7,41%                | 15<br>18,52% | 22<br>27,16%                | 35<br>43,21%        | 81       | 3,97      |

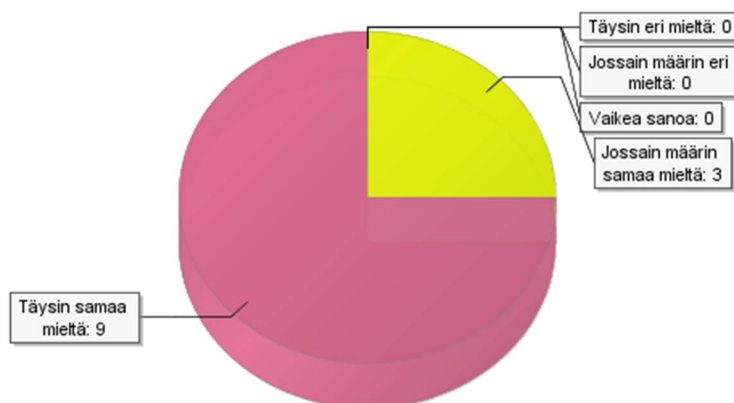
Keskiarvo perustuu vastausvaihtoehtojen järjestykseen arvosta (1) eteenpäin. *Täysin eri mieltä* arvo on yksi (1) ja vaihtoehdon *täysin samaa mieltä* arvo on viisi (5). Väittämän kanssa ollaan samaa mieltä sitä enemmän mitä suurempi väittämän keskiarvo on.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin Päihdekuntoutuksen asiakkaiden mielipiteitä *yhteistyöstä ja osallisuudesta* kuusi väitettä sisältävällä asteikkokysymyksellä. Yhteistyötä ja osallisuutta mittaavan asteikkokysymyksen kaikkiin väittämiin 43 % vastaajista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väittämien kanssa. Jossain määrin samaa mieltä väittämien kanssa oli vastaajista 27 %. Väittämistä täysin eri mieltä vaihtoehdon valinneita oli 3,7 % vastanneista. Yhteistyön ja osallisuuden kokonaiskeskiarvo oli 3,97. Yhteistyön ja osallisuuden asteikkokysymyksen kokonaiskeskiarvo jäi tutkituista osa-alueista heikoimmaksi.

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä *yhteistyöhän henkilökunnan kanssa*, keskiarvo 4.75 (KUVIO 21) sekä *henkilökohtaisten tavoitteiden suunnitteluun*, keskiarvo 4.42. Heikoimman keskiarvon sai väittämä, *läheisilleni annettiin mahdollisuus osallistua kuntoutumisprosessiini*, keskiarvo 3,4 (KUVIO 22). Vähemmän suopeasti vastaajat suhtautuivat väittämään *pystyin vaikuttamaan kuntoutukseni sisältöön*, keskiarvo 3,5 (KUVIO 23). Yhteen asteikkokysymyksen väittämään vastasi 10 vastaajaa ja yhteen 11 vastaajaa.

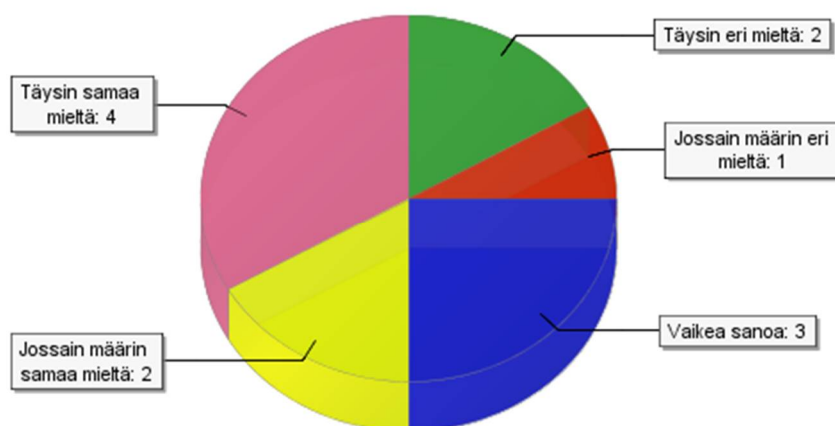
Tämän tutkimuksen mukaan yhteistyön ja osallisuuden kehittämisen alueita ovat läheisten huomioiminen ja mukaan ottaminen kuntoutusprosessiin ja siten läheisten tuki- ja hoitomuotojen kehittäminen. Kehittämisaikana on myös *osallisuuden ja yhteistyön lisäämisen* siten, että kuntoutujia otettaisiin entistä enemmän mukaan kuntoutuksensa sisällön suunnitteluun. Kiinnittäisin huomiota myös väittämään *minulle on suunniteltu jatkohoito*, keskiarvo 4,17 (KUVIO 24) väittämään perustuen, jatkohoito suunnitelman täsmällisempään ja tavoitteellisempaan suunnitteluun. Tämän väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli puolet väittämään vastanneista.

KUVIO 21. Yhteistyö henkilökunnan kanssa oli onnistunutta

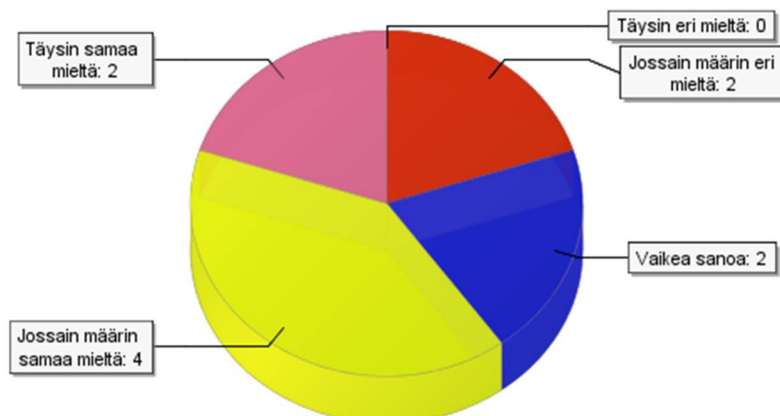


Vastaajat pitivät *yhteistyötä henkilökunnan kanssa* onnistuneena, vastaajista 75% oli väittämästä täysin samaa mieltä ja 25 % vastaajista oli jossain määrin samaa mieltä. Väittämän keskiarvo oli 4.75, joka oli paras keskiarvo yhteistyön ja osallisuuden asteikkokysymysten väittämien keskiarvoista.

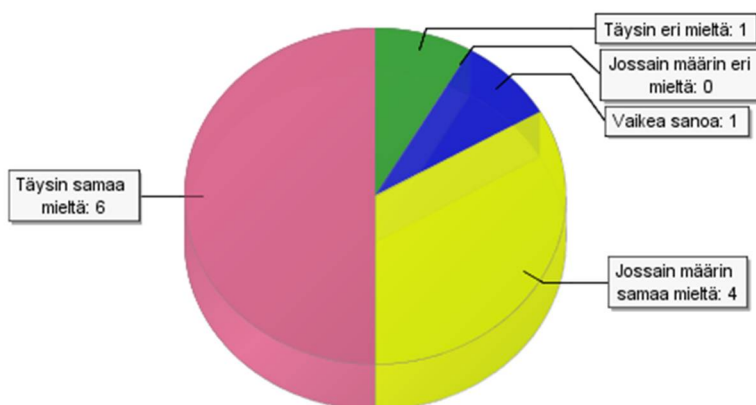
KUVIO 22. Läheisilleni annettiin mahdollisuus osallistua kuntoutumisprosessiini



KUVIO 23. Pystyin vaikuttamaan kuntoutuksen sisältöön



KUVIO 24. Minulle on suunniteltu jatkohoito



7. Onko mieleesi tullut ajatuksia hoitoosi liittyen, esim. kehittämisajatuksia, toiveita ym.

KIITOS VAUSTAUKSISTASI!

Seitsemäs kysymys oli avoin kysymys, johon oli mahdollista kirjoittaa kehittämisehdotuksia, toiveita ymv. Kuusi vastaajaa vastasi tähän kysymykseen.

Vastaajien määrä: 6

- o Kiitoksia koko henkilökunnalle!
- o Omahoitaja keskustelu tulisi olla myös hoidon alussa.
- o Henkilökunnan sairastapauksen takia päivät menee olemiseksi, toimintaa ei ole.
- o Vapaamuotoinen keskustelu sunnuntaisin ryhmänä satunnaisista aiheista ohjaaja mukana. Hyvillä keleillä ulkoilma istuntoja
- o Kuntoutuksen taso on laskenut! Lisää ryhmiä!!! Kotona ehtii katsomaan TV:tä. leiripäivä hyvä. KIITOS
- o Viikonloput ovat kokkailuineen ym. ajanhukkaa. Sekin aika voitaisiin käyttää tehokkaasti hyödyksi käsittelemällä asiaa

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSIA

Tutkimusaiheen merkityksellisyys muodostavat päihdeongelmien lisääntyminen ja monimutkaisuus (Kekki ja Partanen 2008; Varjonen 2014) ja se että päihdeongelmilla on suuria terveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia yhteiskunnassamme (THL 2012; Morig 2012; Varjonen 2014; Päihdetilastollinen vuosikirja 2015). Suomessa päihdehoito on kehittynyt pakkoon perustuvasta hoidosta vapaaehtoisuuteen perustuvaan hoitoon vajaassa sadassa vuodessa. Kehitys on ollut hidasta ja hoitomenetelmien kirjavuus kertoo sen, ettei vieläkään tiedetä miten päihderiippuvuutta pitäisi vaikuttavasti hoitaa. Päihdehoidon vaikutuksia on tutkittu paljon, mutta tietoa ei ole pystytty siirtämään käytäntöön tai päihdepalvelujärjestelmän sirpaleisuus ei ole sitä mahdollistanut. Suomessa päihdepalvelujärjestelmä on hajanainen ja eri kunnissa päihdepalvelut järjestetään eri tavoin ja hoitoon pääsy vaihtelee (Kekki ja Partanen 2008; Autio ja Rauhala 2010). Pienissä kunnissa päihdehoidon tarjonta voi rajoittua ainoastaan terveyskeskuksen vuodeosastolla annettavaan hoitoon. Tällöin kunnan sisällä voidaan hoitaa käytännössä vain alkoholin katkaisuhoidon, muut palvelut tuotetaan ostopalveluina. Maksusitoumuskäytännöt vaihtelevat kunnittain ja voivat olla melko jäykkiä ja hitaita. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio on käynnissä ja tahtotila olisi saada integrointi leviämään koko Suomeen (Stakes 2007, STM 2009 ja Kekki 2012). Päihde- ja mielenterveysongelmat esiintyvät usein yhdessä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito on useissa Suomen kuntia huonolla tasolla, päihdeongelma saattaa estää avun saamisen psyykkiseen ongelmaan.

Tutkimuksen perusrungoksi muodostui neljä teoriasta noussutta päihdetyön laadun tekijää; päihdehoidon saatavuus, asiakaslähtöisyys, asiakkaiden osallisuus ja päihdetyön vaikuttavuus. Näiden teoriasta nousseiden päihdehoidon laadun tekijöihin pohjautuen etsin kehittämiskohteita asiakaskyselyjen avulla. Päihdepalveluiden saatavuudesta on todettu, että päihdepalvelujärjestelmän kyky tarjota palveluita muuttuvassa ja vaikeutuvassa päihdetilanteessa on riittämätön (Päihdepalvelujen laatusuosituks 2002; THL 2011 ja STM 2015). Päihdehoidon saatavuutta määrittelevät lait ja asetukset ja saatavuuden merkitystä on tähdennetty tutkimuksissa, hankkeissa ja toimintaohjelmissa. Tästä huolimatta päihdepalvelut Suomessa ovat sirpaleisia sekä eriarvoisia alueellisesti ja joskus yksilöllisesti (Halonen 2005; Kaukonen 2005; Mäkelä ym. 2005 ja Kuljukka 2013). Tämän tutkimuksen tutkimustulosten mukaan Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeklinikan palveluiden saatavuuden osalta kehittämisalueita olivat palveluista tiedottamisen tehostaminen ja hoitosuhteiden käynnistämisen nopeuttaminen. Myös palveluiden sijainti ja kulkuyhteydet näyttäytyivät tutkimustuloksien mukaan merkittävänä tekijänä palveluiden saatavuudelle. Palveluista tiedottamiseen ja markkinointiin on Päihdepalvelusäätiössä panostettu kahden viimeisen vuoden aikana paljon. Tiedottamisen tehostamista voitaisiin tehdä vielä lisää verkostoihin päin, siten että päihdepalveluihin ohjaus toteutuisi entistä tehokkaammin. Olisiko uudenlaisen hoitopolku mallin luominen ja jalkauttaminen tarpeellista. Päihdeklinalalla hoitosuhteeseen pääsyn nopeuttaminen vaatii lisää henkilöstöresursseja. Päihdekuntoutuksen osalta huomioitava tutkimustulos oli, että yli 90 % vastaajista oli ollut aiemminkin päihdekuntoutuksessa. Tämä johtuu osaksi siitä, että kuntoutusprosessi jatkuu perusjakson jälkeen intervallijaksoilla pidemmän aikaa. Toisaalta taas uusien kuntoutusprosessiin pääseiden kuntoutujien määrä todentuu tutkimushetkellä siten, että tutkimushetkellä päihdekuntoutuksessa oli yksi ensikertalainen. Päihdekuntoutukseen pääsemisen kynnyksiä pitäisi madaltaa ja pullonkauloja pois-

taa, pohtien esimerkiksi kuntoutushaastattelujen tarpeellisuutta nykyisessä muodossaan. Kuntoutusta kannattaisi kehittää niin, että se voisi toteutua myös päivämuotoisena nykyisen ympärivuorokautisen kuntoutuksen rinnalla.

Asiakaslähtöisyys on merkittävä päihdepalveluiden laadun tekijä. Tutkimuksen ja aikaisempien tietojen perusteella asiakaslähtöisyyden alkulähde on jokaisessa ammattilaisen ja päihdeongelman kohtamisessa. Mahdollisuus olla osallisena omaan hoitoon on asiakaslähtöisyyden perusta (Kujala 2003). Asiakaslähtöisyys tarkoittaa suunnitelmallista asiakkaan tarpeista lähtevää yksilöllisiin tavoitteisiin tähtäävää moniammatillista toimintaa (Ristaniemi 2005 ja Hyvärinen 2011). Asiakaslähtöisyys toteutuu Laitilan (2010) mukaan kolmella eri tasolla, työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhteessa, työntekijä tasolla sekä organisaatiotasolla. Asiakaslähtöisyyden lisäämisen ja kehittämisen perustana on se, että asiakkaan näkökulma otetaan kehittämistoimien pohjaksi. Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeklinikan asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä palveluiden asiakaslähtöisyyteen ja kehittämisalueena voisi todeta olevan tämänhetkisen asiakaslähtöisyyden tilan säilyttämisen. Päihdekuntoutuksen asiakkaat kokivat asiakaslähtöisyyden toteutuvan hyvin. Varsinkin henkilökunnan osaamiseen ja ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä, myös luottamuksellisuuteen ja omana itsenä hyväksytyksi tulemiseen oltiin tyytyväisiä. Tutkimustuloksien mukaan Päihdekuntoutuksen asiakaslähtöisyyden lisääminen toteutuisi yksilöllisyyden lisäämisellä. Ryhmämuotoiseen kuntoutukseen yksilöllisyyttä voitaisiin lisätä omahoitajuutta tehostamalla, huomioitava on että yksilöllisyyden toteutuminen vaatii riittäviä henkilöstöresursseja tai muutoksia nykyiseen toimintaan.

Päihdetyössä asiakasosallisuuden pitäisi olla keskeinen tavoite. Osallisuuden kokemus lisää päihdetyön vaikuttavuutta esimerkiksi siten, että osallisuuden toteutuessa päihdeasiakas on itse toimija, ei vain toiminnan kohde. Asiakasosallisuus lisää myös eettisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä (Hämäläinen ja Lemm 2005). Osallisuus toteutuu päihdeasiakkaan osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä osallisuutena kehittämiseen ja palvelujen järjestämiseen. Asiakaslähtöisyydellä ja uudella laisella jaetulla asiantuntijuudella voidaan tukea asiakkaan osallisuutta (Laitila 2010). Osallisuuden toteutuminen vaatii riittäviä resursseja ja tiedonsaantia. Tämän tutkimuksen mukaan Päihdeklinikan yhteistyön ja osallisuuden kehittämisalueita olivat läheisten huomioiminen ja mukaan ottaminen päihdeongelman hoitoprosessiin. Sama kehittämistarve tuli ilmi hoidon vaikuttavuutta mittaavassa asteikkokysymyksessä. Kehittämiskohteeksi nousi tutkimustulosten mukaan myös hoidon suunnitelmallisuuden lisääminen. Päihdepalvelusäätiössä on aloitettu tänä syksynä läheisryhmä. Hoitosuhdetekijät toteuttavat asiakkaan tai verkoston toiveesta perhe- ja paritapaamisia. Perhe- ja läheistyön kehittäminen jatkuu. Hoidon suunnitelmallisuuden lisäämiseksi tarvittaisiin uudistettu hoitosuunnitelma, joka tehtäisiin yhdessä asiakkaan kanssa.

Tutkimustulosten mukaan hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi kehittämistä vaativia osa-alueita olivat asiakkaiden perhe- ja läheissuhteiden huomioiminen hoidossa, siten että asiakkaiden perheen ja/tai läheisten mukaan ottaminen päihdeongelman hoito/ kuntoutus prosessiin tehostuisi siten että, päihdeongelman perheelle ja/ tai läheisille olisi tarjottavissa monipuolisempia hoito- ja tukimuotoja. Sama kehittämistarve tuli ilmi asiakkaan osallisuutta mittaavassa osioissa. Kehittämiskohteena näkisimme myös tutkimustulosten pohjalta yhä kokonaisvaltaisemman hoitotyön kehittämisen. Kokonaisvaltaisuus vaatii resursseja ja ennen kaikkea mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyön tiivistämistä.

tä tai integraatiota. Päihdekuntoutuksen sisällössä kehittämistä vaativia osa-alueita olivat tutkimustulosten mukaan kuntoutusjakson päivien sisällön kehittäminen, ryhmämuotoisen toiminnan lisääminen ryhmien sisällön kehittäminen, varsinkin tietouden saaminen päihteiden vaikutuksista fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen oli tutkimuksen mukaan vajavaista. Erityistä huomioita vaatii yksilöllisen tuen määrän lisääminen kuntoutusjaksojen aikana, kuten aikaisemminkin totesin. Huomiota kiinnittäisin myös sosiaalityöntekijän palvelujen saatavuuden lisäämiseen. Tutkimuksen mukaan asiakkaiden toimintakykyyn vaikuttavilla toimilla lisättäisiin vaikuttavuutta, joten kehittämisajatuksena esittäisin myös toiminallisten ryhmien lisäämisen. Kehittämisalueena on myös osallisuuden ja yhteistyön lisääminen siten, että kuntoutujia otettaisiin entistä enemmän mukaan kuntoutuksensa sisällön suunnitteluun. Tutkimustulosten perusteella kiinnittäisin huomiota myös jatkohoito suunnitelman täsmällisempään ja tavoitteellisempaan suunnitteluun. Huomioitava seikka oli myös se, että yli 90 % vastaajista oli ollut päihdekuntoutuksessa useita kertoja aiemmin.

Päihdehoidon vaikuttavuus muodostuu monen tekijän yhteisvaikutuksesta. Vaikuttavuutta voidaan mitata yksilö – ja yhteisötasolla, yksilötasolla mitattaessa vaikuttavuus hoidettavan on henkilökohtainen kokemus. Aiempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella hyvä hoitosuhde ja vuorovaikutus ovat yhteydessä hoidon vaikuttavuuteen (Kuusistä ja Saarnio 2012; Kaukonen 2005; Saarnio 2006). Huomioitavaa oli, että tutkimuksen mukaan päihdekäyttö oli vähentynyt päihdekliniikan asiakkaila niin, että lähes 70 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja lähes 25 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, vain 2 % vastaajista oli sitä mieltä, että päihdekäyttö ei ollut vähentynyt

Ristiintaulukoinnin mukaan käytetyllä päihteellä ei ollut mainittavaa vaikutusta asiakkaan hoitomotiivaatioon. Huumeet päihteeseen ilmoittaneiden ja alkoholin ja päihteiden sekakäytön ilmoittaneiden välillä syntyi eroa vaikuttavuuden osa-alueilla. Huumeet päihteeseen ilmoittaneet kokivat saaneensa vähemmän riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista ja hoitovaihtoehtoista. Huumeiden käyttäjät kokivat elämäntilanteensa, mielialansa ja terveydentilansa kohentuneen vähemmän ja päihdekäytön vähentyneen vähemmän kuin alkoholin ja päihteiden sekakäyttäjät. Päihteiden sekakäytön ilmoittaneet kokivat suhteen perheeseen ja läheisiin parantuneen enemmän kuin alkoholin ja huumeiden käyttäjät sekä kokivat selviytyneensä arkipäivän asioista paremmin kuin verrokkiryhmät.

Menetelmänä kyselytutkimus sopi hyvin kehittämiskohteiden löytämiseen. Päihdepalveluiden käyttäjien kokemustiedon ja ajatusten mukaan ottaminen kehittämistyöhön on ensiarvoisen tärkeää laadukkaiden ja vaikuttavien päihdepalveluiden rakentamisessa. Tämän tutkimuksen tuloksena löytyi kehittämiskohteita, kuten tutkimuksen tavoitteena oli. Tutkimus tuotti käytännönläheistä tietoa, joiden avulla Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdepalveluja voidaan kehittää yhä vaikuttavampan suuntaan. Tutkimustuloksia voidaan käyttää myös laajemmin päihdepalvelujen kehittämisen pohjana. Yhteiskunnallisesti tutkimuksella on merkitystä, koska päihdeongelmilla on suuri kansanterveyttä ja kansataloutta kuormittava merkitys. Päihdepalvelut ovat murroksessa ja vaikuttavamman päihdehoidon kehittäminen on tämän päivän haaste.

Jatkotutkimusehdotuksia:

- Tutkia pitkällä aikavälillä päihdehoidon vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä päihdeasiakkaiden/ potilaiden näkökulmasta

- Luoda ohjeellinen päihdehoidon malli päihteiden sekakäyttäjille.
- Kartoittaa päihdepalvelut koko maan mittakaavassa, mitä tehdään missäkin ja miten?
- Rakentaa päihdetyön ohjausmalli

## 10 POHDINTA

Päihdepalvelujen tarve on kasvanut ja päihdeongelman hoito monimutkaistunut. Päihdepalvelujen laatuun vaikuttavien seikkojen tutkiminen päihdepalvelujen käyttäjien näkökulmasta antaa kehittämiseen näkökulman, jota tarvitaan päihdepalvelujen kehittämiseksi vaikuttavampaan suuntaan. Olen tuonut tutkimuksessani esiin päihdeproblematiikkaa laajemmasta näkökulmasta, koska ilman tätä käsittelyä päihdetyön laadusta ja vaikuttavuudesta puhuminen olisi kuin ”veden kaatamista hanhen selkään”. Se, mikä on laadullisesti hyvää ja vaikuttavaa päihdehoitoa ja miten päihdepalvelut pitäisi jatkossa järjestää, ei varmasti ratkea tämän opinnäytetyön myötä. Toivon kehittämistyön jatkuvan ja että tämä opinnäytetyö avaisi edes yhdet silmät.

Tässä tutkimuksessa on tuotu esiin päihdepalvelujen laatuun vaikuttavia tekijöitä eri näkökulmista ja pyritty tuomaan päihdepalveluiden käyttäjien ääni kuuluviin. Oman työkokemuksen myötä saatu ymmärrys päihdepalveluiden tilasta vaikutti tutkimusaiheen valintaan. Työssäni päihdeongelmaisten parissa olen ihmetellyt varsinkin päihdehoidon rakenteellista pirstaloituneisuutta, hoitoketjujen katkeilua sekä päihdeasiakkaiden ja-potilaiden ”juoksuttamista” luukulta toiselle, myös yleisissä asenteissa on korjaamisen varaa. Olen kohdannut tilanteita, joissa huumeriippuvaisen nuoren hoidon aloitus on viivästynyt viikkoja ja jopa kuukausia ”luukulta” toiselle juoksuttamisen vuoksi. Myös kankeat ja hitaat maksusitoumuskäytännöt hidastavat monessa kunnassa hoidon aloituksia. Hoidon aloituksen viivästyessä hoitomotivaatio saattaa kadota, psyykinen ja fyysinen tilanne heikketä ja huumekierre syvetä. Olen kohdannut myös tilanteita, joissa päihteidenkäyttäjä olisi tarvinnut psykiatrisen sairauden vuoksi psykiatrisista hoitoa, jota ei ole saanut päihderiippuvuuden vuoksi. Suomessa ollaan valmiita menettämään turhaan ihmishenkiä, perheiden hätä ja tuska eivät ole päättäjille jostain syystä välittyneet eivätkä päihdeammattilaisten äännet ole kuuluneet.

Yleinen asenne päihderiippuvuudesta itse aiheutettuna sairautena on osaltaan vaikuttamassa tahtotilaan päihdepalvelujen yhtenäistämiseen ja vaikuttavan päihdehoidon kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ei tule luultavammin muuttamaan sirpaleista palvelurakennetta, eikä päihdehoidon ohjausta saada yhäkään rakennettua. Toive olisi, että alueelliset erot päihdepalveluiden saatavuudessa ja laadussa saataisiin koko valtakunnan tasolla yhtenäisemmiksi uudistuksien myötä. Ymmärrän päihderiippuvuuden sairautena, joka lievemmillään kaventaa ihmisen elämää ja pahimmillaan supistaa sen päihteiden hankkimisen ja käyttämisen ympärille. Päihderiippuvainen ihminen on hoitoon tullessaan usein rikki, avuton, tuskainen ja keinoton. Hoitoon hakeutumisen hetkellä on ihmisestä otettava ”koppi”, koska jo ensikontaktilla on suuri merkitys hoitovasteeseen. Päihdeongelmainen ihminen on yleensä tyytyväinen saamaansa hoitoon ja tukeen. Silti päihderiippuvaisen henkilön tie vie aina joskus katkolta Alkoon tai vieroituksesta piikille. Ymmärrys päihderiippuvuudesta aivojen sairautena antaa ymmärryksen tälle ilmiölle.

Hoitoon kelpaavien valikointi ja ennakoarvointi siitä ketä kannattaa hoitaa tai kuntouttaa ei toimi tutkimuksien mukaan, eikä ole eettisesti eikä hoidollisesti perusteltua. Se kuka raitistuu tai pääsee ”kuiville” on arvoitus, jota me päihdetyön ammattilaisetkaan emme koskaan voi etukäteen tietää.

Tutkimuksien mukaan työntekijän ja päihdeasiakkaan tai -potilaan vuorovaikutuksella on suuri merkitys hoitoonohjauksessa ja hoidossa. Sairaalan päivystykseen kuukauden sisällä kymmenettä kertaa päihtymystilan vuoksi hakeutuva henkilö, ei varmasti herätä positiivisia tunteita hoitohenkilöstössä. Päihdeosaamisessa on suuria puutteita, eikä hoitoonohjausta aina tapahdu. Päihderiippuvaisen henkilön elämässä jokainen hetki voi olla se ratkaiseva käännekohta kohti toipumista, vaikka se kahdeskymmenes katkaisuhuolto tai seitsemäs huumevieroitus.

Päihdetyössä työskentelevältä vaaditaan vankkaa ammattitaitoa ja ymmärrystä päihderiippuvuudesta sairautena. Lisäksi pitää ymmärtää päihdeproblematiikan ympärille kietoutuvat ilmiöt, johon myös päihdetyöhön tuleva työntekijä on tarpeellista perehdyttää. Ymmärrys siitä, että vaikka puhutaan riippuvuussairauksien hoitamisesta, ilmiö on kuitenkin erilainen riippuen käytetystä pähteestä. Päihdetyössä tarvitaan myös mielenterveysosaamista, lääkeosaamista sekä ennen kaikkea hyvät kohtaamis- ja vuorovaikutustaidot. Kokonaisvaltaista ymmärrystä ja osaamista päihdeongelman hoidon ei saa missään muualla kuin käytännön työssä. Ihmisten elämäntarinoita kuuntelemalla nousee se ymmärrys jota vaaditaan asenteiden muuttumiseen.

Tämän tutkimuksen tekeminen oli raskas mutta mielenkiintoinen prosessi. Oma näkemys päihdepalveluista on laajentunut. Pirstaloituneisuus, alueellinen eriarvoisuus ja hoitomenetelmien kirjo hämentää yhä enemmän ja ihmetystä herättää se, onko päihdepalveluista kokonaiskuvaa millään taholla. Prosessin aikana heräsi ajatuksia siitä miten päihdehoitoa pitäisi kehittää asiakaslähtöisempään ja osallisuuden mahdollistavaan suuntaan. Näkisin jatkossa merkityksellisenä, mutta erittäin haasteellisenä työnä päihdepalvelujen kartoittamisen koko maan mittakaavassa, mitä tehdään missäkin ja miten? Pitäisikö koko päihdehoidon kenttä ”puhdistaa” ja luoda uudelleen ja olisiko ohjausinstrumentti luotavissa.

Tutkimusprosessin osalta oppimiskokemus oli mittava. En ole ennen tehnyt määrällistä tutkimusta, joten survey-tutkimuksen teko ollut tuttua. Kyselylomakkeiden laatimiseen meni paljon aikaa ja silti huomaan, että esimerkiksi päihdekuntoutuksen osalta jäi kysymättä kuntoutukseen pääsyyn vaikuttavia seikkoja joita johtopäätöksiä kirjoittaessani olisin kaivannut. Jos aloittaisin tutkimuksen teon alusta, yhdistäisin tutkimukseen laadullisen tutkimuksen elementtejä, jolloin saatu tieto olisi syvempää ja kertovampaa. Tutkimuksen tulokset kertovat Päihdepalvelusäätiön asiakkaiden kokemuksista saamistaan päihdepalveluista tietyllä hetkellä, rajattuna aikana. Tämän vuoksi tutkimustulokset eivät ole suoraan yleistettävissä, vaan motivoivat jatkotutkimuksen tekemiseen laajemmalla otannalla.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AALTO, Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim 123, 1293 - 1298. [Viitattu 2016-08-28]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>

AALTO, Mauri, KOSKI-JÄNNES, Anja (toim) ja TAMMI, Tuukka 2009. Irti Päihdeongelmista. Porvoo: WS Bookwell Oy.

AHO Tellervo, SALASPURO Mikko ja SAVOLAINEN Annikki 2006. Huumeongelman hoito. Käypä hoito suositus. Potilasversiot. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00056>

AHONEN Jukka 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1995 - 2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

AHONEN, Päivi, LAMMINMÄKI, Sara, SUOHEIMO, Maria, SUOKAS, Markku ja VIRTANEN, Petri 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki

ALKOHOLIONGELMAISEN HOITO 2015. Käypä hoito suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu [2016-07-07]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>

A-KLINIKKASÄÄTIÖ 2016. A-klinikkasäätiön vuosiraportti 2015. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa : <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosiraportti15.pdf>

ALHO, Hannu, DEN HOLLANDER, Bjornar, KORPI, Esa, PIHLAINEN, Katja, SIMONJOKI, Kaarlo ja TACKE, Ulric 2011. Muunto- eli designhuumeet Suomessa. Artikkel. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127(19): 2027- 36. Duodecimlehti nro 19/2011. [Viitattu 2016-08-28]. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99806](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99806)

ALKOHOLIN VUOSISATA 2006. Suomalaisten alkoholiolojen käännteitä 1900-luvulla. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Historiallinen arkisto 122. Toimittajat: Kilpiö, Kaaarina, Kuusi, Hanna ja Peltonen Matti. Helsinki: Hakapaino Oy.

ARRAMIES, Mika 2006. Riippuvuussairaudet ja hoidot. [Viitattu 2016-08-28]. Saatavissa: <http://avominne.fi/riippuvuussairaudet/paihderiippuvuus/>

ARRAMIES Mika ja HAKKARAINEN Tuulikki 2013. Viimeinen pisara. Toipumisen avaimet – tietoa alkoholismista ja läheisriippuvuudesta. Latvia: Jelgava.

AUTIO Kaarina ja RAUHALA Henna 2010. Avoimet ovet. Miten toiminta tukee nuoria huumeidenkäyttäjiä ja mitä he tarvitsevat asiakkaina? Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja. B-raportti 41. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

HUUMEONGELMAISEN HOITO 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito-suositus. [Viitattu 2016-07-28].

Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=kht00044>

EMCDDA 2002. Euroopan huumausaineiden ja niiden käytön seurantakeskus. Tilannekatsaus 6/2002. Teemana huumeet. Huumeiden viihdekäyttö, kekeinen haaste EU:lle. [Viitattu 2016-09-01].

Saatavissa: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/211/Dif06fi\\_63538.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/211/Dif06fi_63538.pdf)

EMCDDA 2009. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen tilannekatsaus. Teemana Huumeet. no 1 /2009. Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto © Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. [Viitattu 2016-09-05]. Saatavissa:

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001FIC\\_WEB\\_161415.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001FIC_WEB_161415.pdf)

EMCDDA 2013. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2013. Euroopan huumeraportti 2013. Suuntauksia ja muutoksia. [Viitattu 2016-09-01]. Saatavissa:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/964/TDAT13001FIN1.pdf>

EMCDDA 2016. Euroopan huumausaineiden ja niiden käytön seurantakeskus. Uutistiedote EU:n Lisbonissa sijaitsevalta huumevirastolta. [Viitattu 2016-09-01]. Saatavissa:

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights\\_EDR2016\\_FI\\_Final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights_EDR2016_FI_Final.pdf)

ETENE 2004. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Autonomia ja heitteillejättö. [Viitattu 2016-07-20] Saatavissa:<http://www.etene.org/dukumentit/ETENE10fin.pdf>. s. 9-11, 18.

FORSELL Marjatta ja NURMI Tuula 2014. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Tilastoraportti. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-12]. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126907/Tr17.pdf?sequence=4>

HAKKARAINEN, Tyyne, LONDEN, Pia, PELTOSALMI, Juha 2015. Sosiaalibarometri. Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksista. SOSTE (Suomen Sosiaali- ja terveys Ry). Helsinki. [Viitattu 2016-09-12]. Saatavissa:

[http://www.soste.fi/media/kuvat/julkaisut/sosiaalibarometri2015\\_nettiin.pdf](http://www.soste.fi/media/kuvat/julkaisut/sosiaalibarometri2015_nettiin.pdf)

HALONEN, Merja 2005. Päihdepalveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja palveluihin ohjautuminen asiakkaiden kuvaamana. Pro gradu. LTK. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun Yliopisto. [Viitattu 2016-07-16]. Saatavissa: [http://projektit.a-klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen\\_0.pdf](http://projektit.a-klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen_0.pdf)

HALLAMAA, Jaana 2008. Kuuluuko ihmisen ääni teveydenhuollossa. Julkaisussa ETENE 2008. Miten käy maan hiljaisten? Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 10-vuotiseminaari Helsinki 8.10.2008. ETENE-julkaisuja 23. Helsinki 3-36. [Viitattu 2016-08-11]. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+23+Miten+k%C3%A4y+maan+hiljaisten.+Julkaisu+ETENEn+10-vuotiseminaarin+alustuksista.pdf/dec7524c-7558-409f-a984-483071e02eb8>

HALLAMAA, JAANA, ja LÖTJÖNEN, SALLA 2002. Suomalainen tiedeyhteisö ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 2002

HALONEN, Merja 2005. Pro gradu. Päihdepalveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja palveluihin ohjautuminen asiakkaiden kuvaamana. LTK. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun Yliopisto. [Viitattu 2016-07-16]. Saatavissa: [http://projektit.a-klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen\\_0.pdf](http://projektit.a-klinikka.fi/huuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen_0.pdf)

HAVIO, Marjaliisa, INKINEN, Maria ja PARTANEN, Airi 2009. Ihmisen riippuvuus-käyttäytyminen. Teoksessa Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria ja Partanen, Airi (toim.). Päihdehoitotyö. 5.–6. painos. Helsinki. Tammi

HEIKKILÄ, Tarja 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. [Viitattu 2016-09-2015]. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

HILTUNEN, Leena 2009. Validitetti ja reliabilitetti. Graduryhmä. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 2016-09-15]. Saatavissa: [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf)

HIRSIJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi

HOLMBERG, Jan. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita

HOLMILA, Marja, WARPILA Katariina ja TIGERSTEDT Christoffer (toim.) 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. [Viitattu 2016-08-05]. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1)

HOLOPAINEN, Antti 2013. Teoksessa Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito ja politiikka nyt ja 2040. Peltoniemi Teuvo (toim). Helsinki: Lönnberg Painot oy.

HUTTUNEN, Matti 2015. Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö. Läärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. [Viitattu 2016-07-20]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00194](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194)

HUOTARI, kari, INKEROINEN Tiia, KAAKINEN, Juha ja TÖRMÄ, Sinikka 2003. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman huumeiden vastaisen työn ja matalan kynnyksen palvelujen merkitys. Sosiaalikehitys 2003. Helsinki: Pekan Offset Oy. [Viitattu 2016-08-09]. Saatavissa: <http://docplayer.fi/842303-Ray-n-rahoittaman-huumeiden-vastaisen-tyon-ja-matalan-kynnyksen-palvelujen-merkitys.html>

HUUMEONGELMAISEN HOITO 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito-suositus. [Viitattu 2016-07-28].

Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00044>

HÄMÄLÄINEN, Riitta-Maija ja LEEMAN, Lars (2015). Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Sosiaalinen osallisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Viitattu 2016-07-08]. Saatavissa:

[https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti\\_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6](https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6)

HYVÄRINEN, Hannu 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-suomen yliopisto. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa:

[http://publications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110374/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110374.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf)

INKEROINEN, Tiia ja PARTANEN, Airi. Päihdepalvelujen tila 2005. Sosiaali ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) Työpapereita 7/2006. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa:

[http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75928/TP7\\_2006.pdf?sequence=1](http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75928/TP7_2006.pdf?sequence=1)

IRTI HUUMEISTA RY. Huumeriippuvuus on aivojen sairaus. Artikkelin perustuu Järvenpään sosiaalisairaalan ylilääkäri Antti Holopaisen artikkeliin Irti 1/2007 -lehdessä. [Viitattu: 2016-09-06]. Saatavissa:

[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/riippuvuus/fyysinen\\_psykkinen\\_ja\\_sosiaalinen\\_riippuvuus/huumeriippuvuus\\_on\\_aivojen\\_sairaus](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/fyysinen_psykkinen_ja_sosiaalinen_riippuvuus/huumeriippuvuus_on_aivojen_sairaus)

ITÄPUISTO, Maritta 2005. Kokemuksia alkoholi ongelmaisten vanhempien kanssa elämästä lapsuudesta. Väitöskirja. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124. 2005. 156 s. Kuopion Yliopisto. [Viitattu 2016-08-27]. Saatavissa:

[http://publications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0075-1/urn\\_isbn\\_951-27-0075-1.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0075-1/urn_isbn_951-27-0075-1.pdf)

IRTI HUUMEISTA RY. Huumeriippuvuus on aivojen sairaus. Artikkelin perustuu Järvenpään sosiaali-sairaalan ylilääkäri Antti Holopaisen artikkeliin Irti 1/2007 -lehdessä. [Viitattu: 2016-09-06]. Saatavissa:

[http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/riippuvuus/fyysinen\\_psykkinen\\_ja\\_sosiaalinen\\_riippuvuus/huumeriippuvuus\\_on\\_aivojen\\_sairaus](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/fyysinen_psykkinen_ja_sosiaalinen_riippuvuus/huumeriippuvuus_on_aivojen_sairaus)

ITÄPUISTO, Maritta 2005. Kokemuksia alkoholi ongelmaisten vanhempien kanssa elämästä lapsuudesta. Väitöskirja. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124. 2005. 156 s. Kuopion Yliopisto. [Viitattu 2016-08-27]. Saatavissa:

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0075-1/urn\\_isbn\\_951-27-0075-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0075-1/urn_isbn_951-27-0075-1.pdf)

JÄRVINEN, Mirkka 2014. Käypä hoito. Motivoiva haastattelu. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

KANSANEKÄKELAITOKSEN KUNTOUSETUUKSISTA JA KUNTOUSTRÄHÄETUUKSISTA SÄDETTY LÄKI 566/2005. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-22]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

KANSANELÄKELAITOKSEN KUNOUTUSETUUKSISTA JA KUNTOUSTRÄHÄETUUKSISTA SÄDETTY ASETUS 646/2005. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-22]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050646>

KARJALAINEN, Sakari, LAUNIS, Veikko, PELKONEN, Risto ja PIETARINEN, Juhani 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus

KAUKONEN, Olavi 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin Tutkimuksia 107. Helsingin Yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

KAUKONEN, Olavi 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Artikkelin. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311-322.

KAUKONEN, Olavi 2012. Päihdehuollon tuloksellisuudesta, toedosta ja uskosta. Artikkelin. Tiimi 3/ 12. [ Viitattu 2016- 08-07]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/1545/paihdehuollon-tuloksellisuudesta-tiedosta-ja-uskosta>

KAUKONEN, Olavi 2014. Päihdetyö ja SOTE-uudistus. Ihmisiä päihdetyössä –seminaari. Jyväskylä 28.11.2014. Mitä SOTEsta tiedetään (ja mitä ei). [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: [https://www.tyynela.fi/liitteet/60/.../piahdety\\_ja\\_sote-uudistus\\_\(jyvskyl\\_28.11.2014](https://www.tyynela.fi/liitteet/60/.../piahdety_ja_sote-uudistus_(jyvskyl_28.11.2014)

KEKKI, Tuula ja PARTANEN, Airi 2008. Päihdepalvelujen seudullinen kehitys. Stakesin työpapereita 38/2008. Helsinki. Stakes.

KEKKI, Tuula, KUUSSAARI Kristiina, PARTANEN Airi ja STENIUS Kerstin 2012. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio - kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012) : 2. [Viitattu 2016- 08-01]. Saatavissa:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102952/stenius.pdf?sequence=1>

KEMPPINEN, Juha 2010. Alkoholismin vaiheet. [Viitattu 2016-09-07]. Saatavissa:  
<http://juhakemppinen.fi/index.php?id=vjh9cfx00vamh0>,  
<http://juhakemppinen.fi/index.php?id=tlupcg2kiuq64y> ja  
<http://juhakemppinen.fi/index.php?id=srcncgalrwem9k>

KNUUTILA, Vesa ja SAARNIO, Pekka. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista Yhteiskuntapolitiikka 71 (2006):1. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100412/061saarnio.pdf?sequence=1>

KOSKI-JÄNNES, Anja 2004. In Search of a Comprehensive Model of Addictioin. Teoksessa: Rosenqvist, Pia, Blomqvist, Jan, Koski-Jännes, Anja ja Öjesjö, Leif (toim.). Addiction and Life Course. NAD publicatioin 44. 49-70. Helsinki: Hakapaino Oy

KOSKI-JÄNNES, Anja 2013. Teoksessa Peltoniemi Teuvo (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg Painot Oy.

KOULULAKI 477 - 479/2003. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-30]. Saatavissa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>

KUJALA, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. [ Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1>

KULJUKKA, Leena, NISKALA, Maija, PARTANEN, Airi, KUUSSAARI, Kristiina ja VORMA, Helena 2013. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. Työpaperi 38/2013. THL (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.) Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino.

KUULA, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. JYVÄSKYLÄ: Vastapaino.

KUUSISTO, Katja ja SAARNIO, Pekka 2012. Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Kat-saus projektin tuloksiin. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):3

LAINNE, Jussi ja MYYRÄ, Teemu 2002. Johdattelua tutkimusmenetelmiin. Metodologia ja tutkimus maantieteessä. Seminaari aineisto. [Viitattu 2016- 09-29]. Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/geo/opiskelu/lomakkeet/Johdattelua%20tutkimusmenetelmiin.pdf>

LAITILA, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio. Kopijyvä Oy.[Viitattu 2016-07-03]. Saatavissa: <https://core.ac.uk/download/pdf/15168145.pdf>

LAKI YKSITYISYYDENSUOJASTA TYÖELÄMÄSSÄ 759/2004. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-30]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040759>

LAKI KUNTA- JA PELVELURAKENNEUUDISTUKSESTA 169/2007. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-07-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>

LAKI LASTENSUOJELULAIN MUUTTAMISESTA 88/2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-07-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100088>

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA 785/1992. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI SOSIAALIHUOLLON AMMATILLISEN HENKILÖSTÖN KELPOISUUSVAATIMUKSISTA 272/2005. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272>

LAKI SOSIAALIHUOLLON ASIAKKAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA 812/2000. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖSTÄ 272/2005. Saatavissa: Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LASTENSUOJELULAKI 417/2007. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

LATVALA, Antti 2011. Cognitive function in alcohol and other substance use disorders in young adulthood. Academic dissertation. National Institute for Health and Welfare. Department of Mental Health and Substance Abuse Services and University of Helsinki institute of Behavioral Sciences and Department of Public Health. Helsinki. [Viitattu 2016-08-29]. Saatavissa: [helda.helsinki.fi](http://helda.helsinki.fi)

LEINONEN, Tuija, PEKURINEN, Markku ja RÄIKKÖNEN, Outi. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Stakesin raport-

teja 38/2013. Viitattu [2016-08-09]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>

LEMPIÄINEN, Salla 2008. Asiakkaana päihdepalvelujärjestelmässä. Lahtelaisten asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. Päih-teet ja syrjäytyminen. Sosiaalialan ylempi amk-tutkinto. [Viitattu 2016-08-05]. Saatavissa: [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Jarvenpaa2008/b63ed0\\_Lempiinen\\_2008.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Jarvenpaa2008/b63ed0_Lempiinen_2008.pdf)

LINDHOLM, Lars, LUOTO, Kaisa, KOIVUKANGAS, Antti ja KAMPMAN, Olli 2013. Psykye plus ja päih-teitä mukana. Päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Duodecim. 129 : 19. Journal Article. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: URN:NBN:fi:uta-201505051392 URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11265.pdf>

LÄHDE- JA TEKSTIVIITTEITÄ KOSKEVAT OHJEET. SFS 5989. Vahvistettu 2012-08-13. [Viitattu 2016-07-13.] Helsinki: Suomen Standardisoimisliitto. Saatavissa: [www.sfs.fi](http://www.sfs.fi)

LÄÄKKEEN MÄÄRÄMISESTÄ ANNETTU ASETUS 1088/2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>

MAKKONEN, Teija. 2006. Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus. Tiimi 1, 4-7. [Viitattu 2016- 08-11]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/tiimi-pdf/tiimi106.pdf>

MIELENTERVEYSLAKI 1116/1990. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-12]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

MORIG Juha, MARTINS Anne, PARTANEN Airi, BERGMAN Viveca, NORLING Esa, NEVALAINEN Veijo (toim.) 2011. Kansallinen mielenteveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Raportti. Toimeenpanos-ta täytäntöön 2010. THL (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos). Tampere: Juvenes Print.

MÄKELÄ Matti, NIEMINEN Jarmo ja TÖRMÄ Sinikka 2005. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisen kannalta. Sos.alan kehittämishanke. STM (Sos- ja terveysministeriö). [Viitattu 2016-07-15]. Saatavissa: <http://www.pikassos.fi/aineistot/finish/11-paihde-tyo/43-hoito-ja-palvelujarjestelman-kynnykset-paihdeongelmaisten-kannalta>

NIIRANEN, Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila Kirsi, Forsberg Hannele ja Roivainen Hannele. Kirsi Juhila, Hannele Forsberg ja Irene Roivainen (toim.) Maginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän Yliopisto. Kopijyvä Oy.

OPIOIDIRIIPPUVAISTEN VIEROITUS –JA KORVAUSHOITOJA SÄÄTELEVÄ ASETUS 22/2008. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-20]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>

OULASVIRTA, Leena 2007. Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatioissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juves print. [Viitattu 2016-08-09]. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-6997-8>

PARTANEN, Outi ja KURTELIUS, Otto. 2013. Huumausaineiden väärinkäyttö. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, 672–691.

PERUSTUSLAKI 731/1999. Finlex. lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-08]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

PERÄLÄ, Riikka 2012. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:6. Sosiologia. Helsingin yliopisto Sosiaalitieteiden laitos. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30102/haittoje.pdf?sequence=1>

PIETARINEN, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa KARJALAINEN, Sakari, LAUNIS Veikko, PELKONEN, Risto ja PIETARINEN, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Gaudeamus. 58–69.

POTILASVAHINKOLAKI 585/1986. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

PÄIHDEHUOLTOLAKI 41/1986. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-04]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

PÄIHDELINKKI 2015. Huumeriippuvuuden hoito. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/huumeriippuvuuden-hoito>

PÄIHDELINKKI 2016. Päihdehoitopaikkojen yhteystietoja. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/paihdehoitopaikkojen-yhteystietoja>

PÄIHDETILOSTOLLINEN VUOSIKIRJA 2015. Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2015. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy

PÄIHTEET PUHEEKSI. Muutosvaiheet ja motivoiva lähestymistapa. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: [http://jake-hanke.fi/paihteetpuheeksi/?page\\_id=424](http://jake-hanke.fi/paihteetpuheeksi/?page_id=424)

RAITTIUSTYÖLAKI 828/1982. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-30]. Saatavissa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1982/19820828>

RAITTIUSTYÖASETUS 233/1983. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-30]. Saatavissa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1983/19830233>

RISTANIEMI, Teija 2005. Psykiatrisen sairaalan armahtava todellisuus?. Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Lisensiaatintyö. Sosiaalityö. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin Yliopisto. [Viitattu 2016-08-10]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/10685>

RUISNIEMI, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiologian laitos. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2016-08-27]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67597/951-44-6619-5.pdf?sequence=1>

SAVOLAINEN, Minna 2011. Raportissa: Morig, Juha, Martins, Anne, Partanen, Airi, Bergman, Viveca, Norldling Esa, Nevalainen Veijo (toim.) 2011. Kansallinen mielenteveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Toimeenpanosta täytäntöön 2010. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-08]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

SEPPÄ, Kaija 2003. Alkoholihaitat. Alkoholiongelmainen vastaanotolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja ja Duodecim 2003;119(24):2508 - 2513. [Viitattu 29.8.2016]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku>

SOSIAALIHUOLTOLAKI 1982/710. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-015]. Saatavissa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

STAKES 2006. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskuksen työpapereita 3/ 2006. [Viitattu 2016-07-08. Saatavissa:  
<https://www.thl.fi/documents/605763/1449622/Ehkaisevanpaihdyonlaatukriteerit.pdf/e78556f1-3844-45dd-933a-bfa63e65a2d1>

STAKES 2007. (2007). Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Tukiaineisto. Hyvinvoinnin edistäminen. [Viitattu 2016-08-08]. Saatavissa:  
[https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77209/Ehk%C3%A4isy\\_ja\\_hoito.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77209/Ehk%C3%A4isy_ja_hoito.pdf?sequence=1)

STAKES, STM ja SUOMEN KUNTALIITTO 1999. Sosiaali - ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle Valtakunnallinen suositus. STM (Sosiaali- ja terveysministeriö), STAKES (sosiaali ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus) ja Suomen kuntaliitto. Saatavissa:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf?sequence=1>

STM, päihdepalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2016-09-08]. Saatavissa:  
<http://stm.fi/paihdepalvelut>

STM 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Helsinki. [Viitattu: 2016-07-08]. Saatavissa:  
[http://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen\\_laatusuositukset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcbb4e8](http://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositukset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcbb4e8)

STM 2008a. Sosiaal- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. [Viitattu 2016-07-25]. Saatavissa:  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73921/julkaisuja\\_2008\\_6\\_Kaste\\_verkko.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73921/julkaisuja_2008_6_Kaste_verkko.pdf?sequence=1)

STM 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. [Viitattu 2016-07-28]. Saatavissa:  
[http://stm.fi/documents/1271139/1359649/Kansallinen\\_terveyserojen\\_kaventamisen\\_toimitaohjelma\\_2008\\_\\_8211\\_2011\\_fi.pdf/e176391d-fddf-4677-ac98-9d4725548e15](http://stm.fi/documents/1271139/1359649/Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimitaohjelma_2008__8211_2011_fi.pdf/e176391d-fddf-4677-ac98-9d4725548e15)

STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf) [3.7.2009]

STM 2012a. Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmastahuumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2016-08-09]. Saatavissa:  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att\\_229606\\_EN\\_FI\\_2012%20Government%20resolution%20on%20action%20plan%20to%20reduce%20drug%20use.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_229606_EN_FI_2012%20Government%20resolution%20on%20action%20plan%20to%20reduce%20drug%20use.pdf)

STM 2012b. Raportteja ja muistioita 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. STM (Sosiaali ja terveysministeriö). [Viitattu 2016-08-09]. Saatavissa:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112305/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223388.pdf?sequence=1STM>

STM 2015. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. (Viitattu 2016-09-08). Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129494/STM\\_EPT-kansi\\_sisus\\_netti.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129494/STM_EPT-kansi_sisus_netti.pdf?sequence=3)

TAARNALA, Eerik 2006. Teoksessa Kilpiö Matti, Kuusi Hanna ja Pelttonen Matti. Alkoholin vuosisata. Suomalaisten alkoholiolojen käännteitä 1900-luvulla. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Historiallinen arkisto 122. . Helsinki: Hakapaino Oy.

TARTUNTATAUTIASETUS 786/1986. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-25]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>

TERVEYDENHUOLTOLAKI 1362/210. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-08]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2011. Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009. Tilastoraportti 1/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-29]. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr01\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr01_11.pdf)

THL 2012. Päihdehaittakustannukset 2010. Tilastoraportti 11/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-20]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/paihdehaittakustannukset>

THL 2014. Päihderiippuvuus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-20]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

THL 2015a. Alkoholijuomien kulutus 2015. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-20]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>.

THL 2015b. Hyvinvointi ja terveyserot. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-07-31]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi>

THL 2015. Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoito. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-09-06]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut>

THL 2016. Päihdehoidossa käytettäviä psysosiaalisia menetelmiä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-09-07]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia>

TTL 2014. Työpaikan päihdeohjelma. Tyäterveyslaitos.[Viitattu 2016-07-07]. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/elintavat\\_ja\\_tyokyky/alkoholi/tyopaikan\\_paihdeohjelma/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/elintavat_ja_tyokyky/alkoholi/tyopaikan_paihdeohjelma/sivut/default.aspx)

TYÖTERVEYSHUOLTOLAKI 1383/2001. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016- 07-26]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

VARJONEN, Vili 2014. Huumetilanne Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 1/2015. 142 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-413-7 (painettu); ISBN 978-952-302-414-4. [Viitattu 2016-07-20]. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL\\_RAPO1\\_2015\\_web%20\(1\).pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20(1).pdf?sequence=1)

VILJAMAA, Janne 2011. Pakko saada. Addiktoitunut yhteiskunta. EU: WSOY.

VIROKANNAS, Elina 2004: Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikönnuorten identiteettien rakentumisesta. Tutkimuksia 144. Stakes. Saarijärvi.

TILASTOKESKUS. Virsta. Virtual statistics. [Viitattu 2016-09-29]. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

VIRTANEN, Petri 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy

VÄLISALO, Tanja 2015. Survey. [Viitattu 2016-09-20]. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/survey>

YAMK - METODIFOORUMI. [Viitattu 2016-09-29]. Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749.html>

## LIITE 1: Saatekirje

Hei!

Opiskelen Savonia-Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutusohjelmassa, hoitotyön johtaminen ja kehittäminen.

Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaiden kokemuksia saamistaan päihdepalveluista.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluiden saatavuudesta, palvelujen asiakaslähtöisyydestä, asiakkaiden osallistumismahdollisuuksista ja hoidon vaikuttavuudesta. Tutkimuksen kautta saatujen tietojen perusteella Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiössä voidaan kehittää päihdepalveluita palvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen.

Osallistuminen tähän kyselyyn on vapaaehtoista ja voit halutessasi kieltäytyä osallistumasta. Kyselyn voit täyttää paperisella kyselylomakkeella, joka täytetään nimettömänä ja palautetaan henkilökunnalle.

Saatu aineisto on opinnäytetyön tekijän sekä Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön henkilökunnan käytössä. Tutkimusaineisto säilytetään asianmukaisesti ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyölle on myönnetty tutkimuslupa Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiöltä.

Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoa opinnäytetyöstäni, ota yhteyttä sähköpostitse alla olevaan osoitteeseen.

Kuopiossa 28.4. 2016

Mia Juppi ([mia.juppi@ksps.fi](mailto:mia.juppi@ksps.fi))

## LIITE 2: Päihdeklinan asiakaskysely lomake

## Päihdeklinan asiakaskysely

## 1. Käynnin syy \*

- ☐ Oma päihdeongelma
- ☐ Läheisen tai omaisen päihdeongelma

## 2. Käyttämäni päihteet \*

- ☐ Alkoholi
- ☐ Lääkkeet
- ☐ Huumeet, mitkä \_\_\_\_\_
- ☐ Sekakäyttö, mitkä \_\_\_\_\_

## 3. Palvelujen saatavuus

|                                                          | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Palveluista oli helppo saada tietoa                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Otin yhteyttä päihdeklinalle oma-aloitteisesti           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Ensikontakti Päihdeklinalle järjestyi helposti           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Hoitosuhde käynnistyi riittävän nopeasti                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Päihdeklinalle oli helppo tulla                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Aukioloajat olivat minulle sopivat                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Käynnit päihdeklinalla toteutuivat sopivalla tiiviydellä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 4. Asiakslähtöisyys

|                                                               | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Minuun suhtauduttiin ystävällisesti                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Pystyin puhumaan asioistani luottamuksellisesti               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Työntekijälläni oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Tulin ymmärretyksi                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Tulin kuulluksi                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain yksilöllistä palvelua                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 5. Hoidon vaikuttavuus

|                                                    | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Elämäntilanteeni on kohentunut                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Päihdekäyttöni on vähentynyt                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Terveystilani on kohentunut                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Mielialani on kohentunut                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Vastuu itsestäni on lisääntynyt                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Suhteeni perheeseeni ja läheisiini on parantunut   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Olen selvinnyt arkipäivän asioista paremmin        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Olen toimintakykyinen                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 6. Yhteistyö ja osallisuus

|                                                 | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|-------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Yhteistyö työntekijäni kanssa oli onnistunutta  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Mielipiteeni ja toiveeni otettiin huomioon      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Hoitoni suunniteltiin yhdessä                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain osallistua minua koskevaan päätöksentekoon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Läheiseni otettiin mukaan hoitoprosessiini      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Tiedän miten hoitoni tulee jatkumaan            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

7. Onko mieleesi tullut ajatuksia hoitoosi liittyen, esim. kehittämisehdotuksia, toiveita ym.

**KIITOS VASTAUKSISTASI!**

---



---



---

### LIITE 3: Päihdekuntoutuksen asiakaskysely lomake

## Päihdekuntoutuksen asiakaskysely

#### 1. Käyttämäni päihteet \*

☐ Alkoholi

☐ Lääkkeet

☐ Huumeet, mitkä

☐

Sekakäyttö, mitkä

☐

#### 2. Oletko ollut Päihdepalvelusäätiön kuntoutus jaksolla aiemmin \*

☐ Ei

☐ Kyllä, montako kertaa

☐

#### 3. Kuntoutuksen sisältö

|                                                                   | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Ryhmämuotoinen kuntoutus oli minulle sopiva kuntoutumismuoto      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Ryhmien aiheet tukivat kuntoutumistani                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Ryhmiä oli riittävästi                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Päivissä oli tarpeeksi sisältöä                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Ympärivuorokautinen kuntoutus oli minulle sopiva kuntoutumismuoto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain tukea muilta kuntoutujilta                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi yksilöllistä tukea työntekijöiltä                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi lääkärin palveluja                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi sosiaalityöntekijän palveluja                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

#### 4. Asiakaslähtöisyys

|                                                              | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Työntekijöillä oli riittävästi aikaa asioideni läpikäymiseen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain yksilöllistä palvelua                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Minuun suhtauduttiin ystävällisesti                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Minut hyväksyttiin omana itsenäni                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Pystyin puhumaan asioistani luottamuksellisesti              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Tulin ymmärretyksi                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Tulin kuulluksi                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 5. Vaikuttavuus

|                                                                            | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Olen motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaani                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista fyysiseen terveyteeni   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sain riittävästi tietoa päihdekäytön vaikutuksista psyykkiseen terveyteeni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Päihteidenkäyttöni on vähentynyt                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Elämäntilanteeni on kohentunut                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Mielialani on kohentunut                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Terveydentilani on kohentunut                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Vastuu itsestäni on lisääntynyt                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Olen selvinnyt arkipäivän asioista paremmin                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Suhteeni läheisiin on parantunut                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Olen toimintakykyinen                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 6. Yhteistyö ja osallisuus

|                                                                       | Täysin eri mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Vaikea sanoa          | Jossain määrin samaa mieltä | Täysin samaa mieltä   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Yhteistyö henkilökunnan kanssa oli onnistunutta                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Kuntoutusjaksolle suunniteltiin henkilökohtaiset tavoitteet           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Pystyin vaikuttamaan kuntoutukseni sisältöön                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Mielipiteeni ja toiveeni otettiin huomioon                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Pystyin vaikuttamaan kuntoutuksen sisältöön                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Läheisilleni annettiin mahdollisuus osallistua kuntoutumisprosessiini | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Minulle on suunniteltu jatkohoito                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

## 7. Onko mieleesi tullut ajatuksia hoitoosi liittyen, esim. kehittämisajatuksia, toiveita ym.

**KIITOS VAUSTAUKSISTASI!**


---



---



---

## LIITE 4: Tutkimuslupahakemus

## Tutkimuslupahakemus Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiölle

Mia Juppi

15.3.2016

mia.juppi@ksps.fi

KUOPION SEUDUN PÄIHDEPALVELUSÄÄTIÖ

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Pyydän Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiöltä lupaa kerätä asiakkailta tietoja YAMK opinnäytetyötäni varten. Opiskelen Savonia-Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa Koulutusohjelmassa, hoitotyön johtaminen ja kehittäminen.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaiden (päihdekliniikka ja päihdekuntoutus) kokemuksia saamistaan päihdepalveluista. Tutkimuksen kohteena ovat asiakkaiden kokemukset päihdepalveluiden saatavuudesta, palvelujen asiakaslähtöisyydestä, asiakkaiden osallistumismahdollisuuksista ja hoidon vaikuttavuudesta. Tutkimuksen lähestymistapa on kvantitatiivinen.

Tietoa päihdeasiakkaiden kokemuksista tarvitaan päihdetyön kehittämiseksi. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan lisätä päihdetyön laatua ja vaikuttavuutta. Tutkimuksen kautta saatujen tietojen perusteella Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiössä voidaan kehittää päihdepalveluita palvelujen käyttäjien kokemustietoa ja asiantuntijuutta hyödyntäen. Varsinaista tutkimussuunnitelmaa ei YAMK-opinnäytetyössä tarvitse tehdä, joten yhteenveto tutkimukseen liittyvistä asioista löytyy liitteestä tutkimus selvitys.

Mia Juppi

LIITTEET:     Tutkimus selvitys  
                 Tutkimuslomakkeet 2 kpl  
                 Saatekirje