



PUOLIMATKAN TALO

Toukolakodin asumisyksikön päihdekuntoutusjakson onnistuneeseen läpikäymiseen vaikuttaneita tekijöitä

Sosiaalialan
koulutusohjelma,
sosionomi
Opinnäytetyö
29.10.2010

Sami Holli
Tuomo Holm

Koulutusohjelma	Suuntautumsvaihtoehto	
Sosiaalialan koulutusohjelma	Sosionomi AMK	
Tekijä/Tekijät		
Sami Holli, Tuomo Holm		
Työn nimi		
Puolimatkan talo. Toukolakodin asumisyksikön päihdekuntoutusjakson onnistuneeseen läpikäymiseen vaikuttaneita tekijöitä.		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syky 2010	43+5
TIIVISTELMÄ		
<p>Toukolakoti on alkoholiongelmansa hoitaville asunnottomille helsinkiläisille työikäisille miehille tarkoitettu asumisyksikkö. Sekä Toukolakodin organisaatiossa ilmennyt tarve, että oma kiinnostuksemme päihdetyötä, päihdekuntoutusta ja erityisesti sen tuloksellisuutta kohtaan saivat meidät valitsemaan päihdekuntoutuksen onnistumiseen mahdollisesti vaikuttavat tekijät opinnäytetyömme keskeiseksi aiheeksi.</p> <p>Esittelemme opinnäytetyössämme nykyisen kunnallisen ja yksityisen päihdehuollon keskeisiä toimintamuotoja, päihdeongelmaisen asiakkaan tyypillisen reitin tai 'polun' katkaisuhoidosta ja kuntoutuksesta itsenäiseen elämään valmentautumiseen muun muassa asumispalvelujen kautta. Empiirisen tilastollisen tutkimuksen kautta pyrimme lisäksi luomaan onnistuneen kuntoutujan profiilin. Aineistomme perustuu Toukolakodin asiakastietoihin vuosilta 2001–2010. Menestyksellisesti Toukolakodin asumisjakson, mikä tarkoittaa tässä tapauksessa sen päätteeksi ja yhdessä sovitusti itsenäiseen asumiseen siirtymistä, läpikäyneitä vertaamme asumisensa keskeyttäneistä koottuun verrokkiryhmään. Tarkoituksemme on yrittää löytää näiden ryhmien väliltä eroavaisuuksia ja mahdollisia selittäviä tekijöitä onnistumisen ja epäonnistumisen suhteen. Tutkittavia muuttujia olivat muun muassa ikä, koulutus, asumisaika Toukolakodissa, aktiivisuus, sosiaalisten verkostojen laajuus, päihdehistoria, kuntoutukseen hakeutumisen syy, työ- tai opiskelutilanne sekä jonotusaika. Opinnäytetyömme teoreettisena viitekehyksenä toimivat päihdepalvelujärjestelmä, yhteisohdolliset menetelmät päihdekuntoutuksessa sekä alkoholiriippuvuutta aiheuttavat tekijät.</p> <p>Tilastollisen analyysin perusteella päihdekuntoutujan aktiivisuus yhteisössä ja vastuuttaminen näyttävät tilastollista merkityvyyttä kuntoutusjakson onnistuneesti läpikäyneillä. Myös mahdollinen työllistyminen tai opiskelemaan pääsy kuntoutusjakson aikana vaikuttavat selittävän menestyksellistä kuntoutusta.</p> <p>Tutkimustuloksemme vahvistavat sitä käsitystä, että Toukolakodin on syytä jatkossakin tukea ja kannustaa asiakkaitaan aktiivisuuteen niin asumisyhteisössään kuin sen ulkopuolellakin.</p>		
Avainsanat		
kuntoutuksen tuloksellisuus, päihdekuntoutus, päihdepalvelujärjestelmä, yhteisöhoito		

Degree Programme in		Degree
Social Services		Bachelor of Social Services
Author/Authors		
Sami Holli and Tuomo Holm		
Title		
Halfway House: Predictors of Successful Completion of Toukolakoti Rehabilitation Programme		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Autumn 2010	43+5
<p>ABSTRACT</p> <p>Toukolakoti Halfway House is a recovery home for Helsinkian homeless male substance abusers of working age. Both personnel's and our own interest in the predictors of successful completion of Toukolakoti rehabilitation programme inspired us to start this study. In our final project we presented contemporary municipal and private sector service system for substance abusers in Finland, working methods and clients' typical path from detoxification and rehabilitation ending in training for independent living via housing services. Using statistical methods we also wanted to create a profile for a successful client. The data was gathered from Toukolakoti archives dating back to 2001-2010. The successful completion of the programme meant in this case that with mutual agreement the client proceeded from a halfway house to a more independent living environment. We compared these successful clients with those who failed to complete the programme. Our aim was to find possible explanatory factors between failures and successful residents. Some essential variables were age, education, length of stay, activity, the extent of social networks, previous substance history, reasons for applying for rehabilitation, employment or educational situation and length of the waiting period. The frame of reference in our project was the service system for abusers, community treatment, methods in rehabilitation and factors influencing alcohol addiction. Based on the statistical analysis the subject's activity and responsible role in their community seemed to indicate statistical significance among the successful clients. Also an employment or studying opportunity during rehabilitation was likely to explain success. Our results emphasize the assumptions and predictions that Toukolakoti should continue supporting and motivating their residents to be active in their community.</p>		
Keywords		
rehabilitation, service system for abusers, community treatment, successful completion		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOUKOLAKOTI	3
2.1	Toukolakoti ja tutkimuksen viitekehys	3
2.2	Toukolakodin säännöt ja tavoitteet	4
2.2.1	Yhteisöhoito ja sen toteuttaminen Toukolakodissa	5
3	ALKOHOLIRIIPPUVUUS	7
3.1	Diagnoosi	7
3.2	Vaikuttavia tekijöitä ja selitysmalleja	7
3.3.1	Suomalainen juomakulttuuri	9
3.3.2	Psykodynaaminen tausta	10
3.3.3	Perinnöllisyys	12
4	PÄIHDEHUOLTO SUOMESSA	12
4.1	Yleistä	12
4.1.1	A-klinikkatoiminta ja nuorisoasemat	13
4.2	Katkaisuhoito	14
4.3	Päihdekuntoutus ja sen menetelmiä	16
4.3.1	Kognitiivinen psykoterapia	17
4.3.2	Toiminnalliset ja luovat menetelmät	18
4.4	Esimerkkejä kuntoutusyksiköistä ja hoitomalleista	18
5	ASUMISPALVELUT	20
5.1	Yleistä	20
5.2	Asumisen tuki Helsingissä	22
5.3	Puolimatkan talot – valmentautumista itsenäiseen elämään	22
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
6.1	Tutkimuksen suunnittelu	23
6.2	Tutkimuskysymykset	25
7	MENETELMÄT	26
7.1	Tutkimuksen aineisto	26
7.2	Muuttujien luokittelu	27
7.3	Aineistonkäsittelymenetelmät	29

8	TULOKSET	29
8.1	Yleiskuva aineistosta	29
8.2	Tulokset	33
8.2.1	Oloaikana töihin tai opiskelemaan	33
8.2.2	Aktiivisuus/vastuutehtävät	34
8.2.3	Sosiaalinen verkosto	34
8.2.4	Läpikäyneen asiakkaan profiili	35
9	POHDINTA	36
	LÄHTEET	40
	LIITTEET 1-5	

1 JOHDANTO

Toukolakoti on alkoholiongelmaansa hoitaville asunnottomille helsinkiläisille työikäisille miehille tarkoitettu asumisyksikkö. Sekä yksikön organisaatiossa ilmennyt tarve, että oma kiinnostuksemme päihdetyötä, päihdekuntoutusta ja erityisesti sen tuloksellisuutta kohtaan saivat meidät valitsemaan Toukolakodin kaltaisessa asumisyksikössä tapahtuvan päihdekuntoutuksen onnistumiseen mahdollisesti vaikuttavat tekijät opinnäytetyömme keskeiseksi aiheeksi. Toukolakodin kaltaisesta asumisyksiköstä käytetään myös nimeä 'puolimatkan talo', johtuen sen laitoshoidon ja itsenäisen asumisen väliin sijoittuvasta roolista päihdehuollon kartalla.

Toukolakodin asiakkaista vain noin kolmasosa kykenee läpikäymään kuntoutus- ja itsenäiseen elämään valmentautumisjaksonsa onnistuneesti loppuun saakka. Onnistunut tai menestyksellinen Toukolakodin asiakkuus tarkoittaa tässä tapauksessa asumisjakson päätteeksi ja yhdessä sovitusti itsenäiseen asumiseen eli omaan asuntoon tai tukiasuntoon siirtymistä. Määrä on henkilökunnan arvioiden mukaan ollut samansuuruisen jo vuosia. Aloimme pohtia, voisiko asiakasrekistereistä löytyä selittäviä tekijöitä niin, että olisi mahdollista luoda muotokuva tai profiili kuntoutuksen läpikäyneestä asiakkaasta ja hahmottaa mitkä tekijät ovat mahdollisesti edesauttaneet kuntoutuksen onnistumista? Toukolakodin työntekijöidenkin kanta oli, että tämä saattaisi olla tärkeää ja hyödyllistä asumisyksikön työmenetelmien ja organisaation toimintaperiaatteiden kehittämisen kannalta. Olivatko he esimerkiksi kohdentaneet resurssinsa tehokkaasti oikeisiin toimintatapoihin ja -menetelmiin, vai pitäisikö joitakin olemassa olevia menetelmiä kenties vahvistaa, korjata tai muuttaa? Antaako asiakastietolomake kaiken tarpeellisen informaation asiakkaasta ja onko asiakkaan seuranta Toukolakodin asumisaikana riittävän aktiivista? Muun muassa näihin kysymyksiin vastausta hakiessamme opinnäytetyömme tulisi olemaan vahvasti työelämälähtöinen.

Päätimme keskittyä tutkielmassamme erityisesti alkoholiriippuvaisiin asiakkaisiin, koska he ovat myös Toukolakodin varsinainen asiakasryhmä. Käytämme tekstissä asiakkaista vapaamuotoisesti myös termiä "asukas", kuten asumisyksikön henkilökuntakin, aivan yhteneväisessä mielessä, ilman mitään painotusarvoja. Toukolakodin toimintaajatuksena on saada jokainen asiakas asettamaan omat tavoitteensa päihteettömän elämäntavan omaksumisessa ja itsenäiseen asumiseen valmentautumisessa. Tutkimuksessamme pyrimme ottamaan selvää, mitkä erityisesti yhteisölliset ja henkilökohtaisiin taustoihin liittyvät tekijät edesauttavat Toukolakodin asiakkaita pääsemään näihin tavoitteisiin? Löytyisikö kenties jonkinlainen profiili menestyvälle päihdekuntoutujalle?

Käymme työssämme läpi alkoholiriippuvuudesta yleisesti esitettyjä vaikutustekijöitä ja selitysmalleja, sekä tämänhetkistä alkoholinkäytön tilannetta erityisesti suomalaisesta näkökulmasta. Esittelemme nykyisen kunnallisen ja yksityisen päihdehuollon keskeisiä toimintamuotoja, ja samalla päihdeongelmaisen asiakkaan tyypillisen reitin eli polun katkaisuhoidosta ja kuntoutuksesta itsenäiseen elämään valmentautumiseen Toukolakodin lisäksi muunlaistenkin asumispalvelujen kautta. Koemme, että tämä antaa tarpeellista pohjaa pyrkimyksellemme selvittää Toukolakodin asukkaiden kuntoutusjakson onnistuneeseen läpikäymiseen vaikuttaneita tekijöitä. Esitetyt alkoholiriippuvuutta edistävät tekijät ja hoitomallit kuuluvat huomattavassa määrin myös tutkimiemme Toukolakodin asiakkaiden kokemuspiiriin.

Tuomme eri aihekokonaisuuksien yhteydessä esiin myös sosiaalialan näkökulmaa erityisesti sosiaalipedagogiikan kautta. Emme käsittele kuitenkaan tätä näkökulmaa erikseen kovin keskeisesti. Lähdemme siitä, että päihdehuoltojärjestelmä, johon kuuluvat sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut, itsessään jo sisältää kyseisen orientaation kaltaisen eetoksen, eli tarkoituksena on tarjota kattavin mahdollinen sosiaalinen hoito- ja tukiverkko erilaisine menetelmineen ja työvälineineen. Sekä päihdehuollon yleensä että sosiaalipedagogisen työtteen ehdottomana tavoitteena on luoda päihdeongelmaiselle yksilölle sellaiset olosuhteet, että hänen yhteiskuntaan kiinnittymisensä ja terveytensä vaarantavaan elämäntilanteeseensa tulisi muutos ja muun muassa voimaantumisen, elämänhallinnan, osallisuuden ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet paranisivat.

Tutkimustulosten analysoinnissa käytämme kvantitatiivisia eli tilastollisia menetelmiä. Aineistomme perustuu Toukolakodin asiakastietoihin vuosilta 2001–2010, joista eritelimme käsiteltäväksi omasta ja henkilökunnan mielestä keskeisimmät muuttujat eli tekijät. Menestyksellisesti Toukolakodin asumisjakson läpikäyneitä (N=85) vertaamme asumisensa keskeyttäneistä koottuun verrokkiryhmään (N=30). Tarkoituksemme on yrittää löytää näiden ryhmien väliltä eroavaisuuksia ja mahdollisia selittäviä tekijöitä onnistumisen ja epäonnistumisen suhteen. Samalla luomme profiilia Toukolakodin päihdekuntoutujasta, ja tuomme esille yleisimmin ongelmaan liittyviä piirteitä ja säännönmukaisuuksia. Opinnäytetyömme viitekehyksen muodostavat käsitteet päihdehuolto, päihdekuntoutus, alkoholiriippuvuus sekä yhteisöllisyys.

2 TOUKOLAKOTI

Helsingin Toukolassa sijaitseva Toukolakoti on tällä hetkellä ainoa Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ylläpitämä nimenomaisesti alkoholiongelmaansa hoitaville helsinkiläisille, asunnottomille, työkäisille miehille suunnattu 15-paikkainen puolimatkan talo. Puolimatkan talo –nimitystä käytetään katkaisuhoidon jälkeisen laitostuntoutuksen ja itsenäisen asumisen väliin sijoitettavaa asumis- ja kuntoutusyksikköä. Toukolakoti on Hango-kadun kuntoutuskeskuksen alainen ja sisään kirjautuessaan asiakas siirtyy samalla Asumisen tuen piiriin. (Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Asumispalvelut 2010.) Toukolakodin kaltaisessa asumispalvelussa pyritään matalaan kynnykseen ja käytetään yhteisöllisiä työmenetelmiä, joiden tavoitteena on voimaannuttaa ja osallistaa asiakkaita. (Lappalainen-Lehto - Romu - Taskinen 2007: 135.)

2.1 Toukolakoti ja tutkimuksen viitekehys

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta (Valtioneuvoston asetus päihdehuoltolaista 1986). Toukolakotiin tullaan päihdehuollon laitostuntoutuksen tai avopalvelujen kautta. Asumisjakson aikana asukkaaksi haluava ottaa itse puhelimitse yhteyttä, jolloin varataan aika haastatteluun. Toukolakoti tukee päihteettömyyden, vastuulliseen elämään sekä auttaa etsimään itselleen sopivia avohoidon palveluja. (Toukolakoti 2010.)

Toukolakodin asiakkaat luokitellaan vaikeimman asteisiksi alkoholin ongelmakäyttäjiksi eli alkoholista riippuvaisiksi. Tämä tarkoittaa fyysistä tai psyykkistä addiktiota alkoholin suhteen siinä määrin että asiakas on kykenemätön pidättäytymään alkoholista huolimatta terveydellisistä ja muista vakavista seurauksista. Tästä syystä Toukolakodissa noudatetaan ehdotonta nolatoleranssia, toisin sanoen alkoholinkäyttö ei ole sallittua asumisjakson aikana missään muodossa tai määrin edes asiakkaan lomien aikana. (Toukolakoti 2010; Kiiänmaa 2003: 25; Aalto 2003: 8.) Esimerkiksi avohoidon palveluiden hoitosuunnitelmissa asiakkaan omat tavoitteet voivat sallia myös alkoholin kohtuukäytön (Laitinen & Mäkelä 2003: 210).

Kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa itseään saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänhallinta. Vastuu tämän tavoitteen onnistumisesta osoitetaan kuntoutujalle, vaikka sopimus tehdäänkin hänen, ammatillisten asiantuntijoiden ja rahoittajien kesken. Sopimuksellisuutta itseään voidaan pitää eräänä merkinä vastuuttavista käytännöistä. Ne asiakkaat jotka eivät kykene noudattamaan sopimuksellisuutta julki-

sen organisaation tai yhteisön kanssa voidaan tuomita sopimusrikkuriksi, joko apua tarvitsevaksi tai tarvitsemattomaksi. Hänet voidaan tällöin tuomita yhteisön ulkopuolelle, minkä seurauksena sopimuksellisuus kannustaa tai pakottaa yhtenä monista tekijöistä asiakasta auttamissuhteisiin. Sopimuksen täyttämisen kautta hän liittyy ryhmä- ja yhteisöjäsenyyksiin saaden osakseen hyväksyntää ja arvostusta. (Mattila-Aalto 2009: 160–161; Järvikoski & Härkäpää 2003: 30–32; Suikkanen & Piirainen 1995: 213; Julkunen 2008: 205.)

Sosiaalipedagogisesta näkökulmasta (Hämäläinen 1999: 15) huono-osaisuus ja syrjäytyminen, joihin ajautumisessa alkoholiriippuvaisuudella tai asunnottomuudella tai näiden yhdistelmällä on Suomessa merkittävä rooli suuressa osassa tapauksia, ovat yhteiskunnallisia ilmiöitä. Ne liittyvät aina yhteiskunnan sosiaalisiin rakenteisiin, mutta etsittäessä keinoja syrjäytymisen lievittämiseen ja ehkäisyyn on välttämätöntä kiinnittää huomiota rakenteiden lisäksi myös ihmisen yhteisöllisyyteen. Kuulumalla erilaisiin yhteisöihin ihmiset rakentavat identiteettiään, ylläpitävät elämänlaatuaan ja saavuttavat arkielämässä tarvittavia valmiuksia vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin. Yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttaminen on ensisijaisesti politiikkaa, kun taas pedagoginen vaikuttaminen tapahtuu yhteisöissä ja yhteisöjen kautta.

2.2 Toukolakodin säännöt ja tavoitteet

Toukolakodin toiminta-ajatus on, että jokainen asiakas asettaa itse omat tavoitteensa. Asuminen on päihteettömän elämäntavan omaksumisen aikaa sekä valmentautumista itsenäiseen asumiseen. Tavoitteena on tukea asukasta selviytymään erilaisista elämäntilanteista päihteittä. Asukkaat ja henkilökunta luovat yhdessä päihteettömyyteen kannustavan ja hyväksyvän ilmapiirin, jossa itsenäiseen asioiden hoitoon kannustetaan. (Toukolakoti 2010.) Myös sosiaalipedagogisen ajattelun mukaan keskeistä on auttaa ihmistä itsepuun ja tuottaa siinä tarvittavaa subjektiutta. Ihmisiä tulee auttaa näkemään niitä mahdollisuuksia, joita heillä on vaikuttaa omaan elämänkulkuunsa yksilöinä ja yhteisöinä. Sosiaalisten ongelmien alla kamppailevan ohjaaminen itsepuun ja riittävään elämänhallintaan vaatii heidän subjektiutensa vahvistamista. Subjektiudella ymmärretään tällöin ihmisen itsetoteutusta jokapäiväisessä elämässä, itsenäisyyttä, vastuun ottamista, toimimista moraalisenä persoonallisuutena, tietoista itsensä kehittämistä ja omaan elämänkulkuun vaikuttamista. (Hämäläinen 1999: 61–62.)

Toukolakotiin muuttaessaan asukas sitoutuu talon sääntöihin (ks. liitteet 1, 2 ja 3). Suostumus-sopimuksessaan hän sitoutuu ehdottomaan päihteettömyyteen myös lomillaan. Hänen tulee esittää käyttämänsä lääkkeet resepteineen henkilökunnalle ja ilmoit-

taa niihin liittyvistä muutoksista. Hän suostuu huumeeseulontaan asumisen alkaessa ja myöhemmin, samoin kuin alkometri-puhallukseenkin, aina pyydettyä. Myös Toukolakodin toverikunnalla on oikeus puhalluttaa epäilyksenalainen asukas. (Toukolakoti 2010.)

Toverikunnan, jonka muodostaa talon jokainen senhetkinen asukas, kokouksiin on jokaisella osallistumispakko, ellei pätevää syytä poissaoloon ole. Asukas sitoutuu sopimuksessaan myös yksilökeskusteluun henkilökunnan kanssa kerran kuussa ja noudattamaan yhdessä laadittua kuntoutussuunnitelmaa. Hän hyväksyy sen, että Toukolakodin työntekijät voivat ottaa yhteyttä eri viranomaisiin ja hoitotahoihin kuntouttamista edesauttavissa asioissa. (Toukolakoti 2010.)

Asumissuhteen purkautumiseen johtavia yleisimpiä syitä ovat Toukolakodissa päihteiden käyttö, lomalta palaamattomuus ja muu ilmoittamaton poissaolo, väkivaltainen käytös sekä talon muiden sääntöjen jatkuva rikkominen. Myös asiakkaan tuloista riippuvien asiakasmaksujen laiminlyönti johtaa uloskirjoittamiseen. (Toukolakoti 2010.)

Velvollisuusetiikan mukaan oleellista on velvollisuuksien ja käyttäytymissääntöjen noudattaminen, riippumatta omista tunnetiloista, tarpeista tai nautinnonhalusta. Toiminnallisen ja moraalisen vastuun kantamisen katsotaan kuuluvan kypsään aikuisuuteen. Sosiaalipedagoginen toiminta pyrkii tukemaan kasvua sellaiseksi kansalaiseksi, joka kykenee kantamaan vastuuta yhteisön jäsenenä, mutta vastuun kokeminen ei saisi perustua ulkoiseen vaatimukseen tai pakkoon vaan sisäiseen motivaatioon ja elämän yhteisöllisen luonteen ymmärtämiseen. (Launonen-Puolimatka 1999: 12, 14.)

2.2.1 Yhteisöhoito ja sen toteuttaminen Toukolakodissa

Yhteisöhoitossa opitaan elämisen ja itsensä hoitamisen taitoja sekä toipumista tukevia asenteita päihteettömässä ympäristössä. Yhteisöhoiton keskeinen hoitomenetelmä on asiakkaiden ja henkilökunnan muodostama yhteisö, jossa toteutuu asiakas- eli vertaisyhteisön tarkoituksellinen käyttö asiakkaiden muutoksen aikaansaamisessa ja tukemisessa. Kaikki terapeutin yhteisön toiminnot on suunniteltu tuottamaan muutosta ja oppimista yhteisön jäsenissä, ja kaikki yhteisön jäsenet ovat muutoksen ja oppimisen välittäjiä. (Ikonen 2009.)

Terapeuttisessa yhteisössä noudatetaan tarkkaa hoito- ja päiväohjelmaa, joka perustuu käsitykseen ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Päihdeongelmaa tarkastellaan tämän kokonaisuuden valossa. Asiakkaiden ja henkilökunnan

työnjako on tarkkaan määritelty. Terapeuttisen yhteisön oppimistavoitteet voidaan jakaa esimerkiksi seuraavaan neljään ryhmään. Yhteisössä opitaan vastuuta itsestä ja muista, myötätuntoa itseä ja muita kohtaan, itsekuria ja itsehillintää sekä tavoitteellisuutta. (Ikonen 2009.)

Terapeuttisen yhteisön menetelmää käytetään sekä avo- että laitoshoidossa. Suomalaisissa terapeuttisissa yhteisöissä laitoshoidonjakson suositeltu kesto vaihtelee muutamasta kuukaudesta puoleentoista vuoteen. Hoito-ohjelmiin voi lisäksi sisältyä jatkohoitokursseja ja intervallikursseja. Yhteisöhoitoihin hakeudutaan usein erillisen päihteiden käytön katkaisuhoidon kautta, mutta vieroitusjakso voi myös sisältyä yhteisöhoitoon. (Ikonen 2009.)

Yhteisökeskeinen lähtökohta ei Hämäläisen (1999: 63) mukaan kuitenkaan merkitse yksilön väheksymistä, vaan pikemminkin yhteisöllisyyttä korostetaan juuri yksilön vuoksi. Kuulumisella erilaisiin yhteisöihin katsotaan olevan keskeinen merkitys ihmisen persoonallisuuden kehitykselle ja identiteetin muodostumiselle, ja yhteisöjen pedagoginen kehittäminen nähdään tärkeäksi osaksi sosiaalisen ja moraalisen hädän ehkäisyä ja lievittämistä. Yksilön henkisen kehityksen ja elämänhallinnan saavuttamisen katsotaan riippuvan ratkaisevasti kuulumisensa yhteisöjen pedagogisesta tasosta.

Toukolakodissa asukkaat muodostavat yhteisöllisen toverikunnan, joka kokoontuu säännöllisesti viikoittaiseen palaveriin. Asiakas asuu sisään kirjauduttuaan aina ensin kahden hengen huoneessa, myöhemmin on mahdollisuus päästä omaan huoneeseen. Laitoskeittiö on yhteisessä käytössä. Toukolakodista löytyy myös muun muassa sauna, musiikkitala soittimineen, pääsalissa sijaitseva biljardipöytä, polkupyöriä, Internet, kaksi televisiota, kirjasto, pelejä, muita harrastusvälineitä, kasvihuone ja niin edelleen. Jokainen huolehtii omasta taloudestaan, huoneensa siisteydestä, siivousvastuualueestaan ja yleisestä viihtyvyydestä eli toisin sanoen omista jäljistään. (Toukolakoti 2010.)

Toukolakodin asukkaat tekevät henkilökunnan johdolla retkiä Tallinnaa myöten, lisäksi järjestetään eri yksiköiden välisiä urheilukisoja, pihatalkoita ynnä muuta vastaavaa. Esimerkiksi Tervalammen kuntoutuskeskuksesta käydään tutustumassa Toukolakotiin useamman kerran vuodessa. (Toukolakoti 2010.)

Toukolakodin henkilökunnan, joka koostuu johtavasta ohjaajasta, sosiaaliohjaajasta ja hoitoapulaisesta, tavanomainen työaika on arkisin kello 8-16. Illoista ja viikonlopuista vastaa vuorollaan vaihtuva asukaspäivystäjä, jonka velvollisuus on huolehtia, että talon

sääntöjä noudatetaan. Lisäksi työnkuvaan kuuluu kodinhoidollisia tehtäviä. (Toukolakoti 2010.)

Toukolakodin asukkaiden arkiaktiivisuus niin talon sisällä kuin ulkopuolella vaihtelee suuresti. Asiallisesti käyttäytyneet ja luotettaviksi ajan myötä osoittautuneet asukkaat voidaan nostaa yhä vastuullisempaan asemaan kuten talonmieheksi tai toverikunnan puheenjohtajaksi. Työn ja opiskelupaikan hakuun kannustetaan. Monet asiakkaat käyvät erilaisissa talon ulkopuolisissa psykoterapeuttisissa hoitoryhmissä ja päivätoimintakeskuksissa. (Toukolakoti 2010.)

3 ALKOHOLIRIIPPUUUS

3.1 Diagnoosi

Kun alkoholiriippuvuutta tarkastellaan sairautena eli lääketieteellisestä näkökulmasta, on kyseessä oireyhtymä joka on diagnosoitavissa Maailman Terveysjärjestön ICD-10-järjestelmään sisältyvien kuuden kriteerin avulla. Diagnoosi tehdään jos näistä kriteereistä kolme on esiintynyt yhtäaikaisesti viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kuukauden ajan. Kriteerit ovat:

- 1) Esiintyy voimakas halu tai pakonomainen tarve juoda alkoholia.
- 2) Juomisen aloittamisen, lopettamisen tai käytettyjen määrien hallintakyky on heikentynyt.
- 3) Esiintyy vieroitusoireyhtymiä alkoholin käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä.
- 4) Alkoholinsietokyky eli toleranssi on kasvanut.
- 5) Keskittyminen alkoholin käyttöön sivuuttaa muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet, ja aika kuluu alkoholin käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen.
- 6) Alkoholin käyttö jatkuu haitoista huolimatta.

(Aalto 2010: 40.)

3.2 Vaikuttavia tekijöitä ja selitysmalleja

Alkoholiriippuvuuden alkaminen ja kehittyminen on yksilöllistä. Tutkimusten mukaan on olemassa useita eri syistä johtuvia alkoholiriippuvuuden alatyyppejä, joiden ennuste on erilainen ja jotka vaativat erilaisen hoidon. (Mäkelä 2003: 177.)

Alkoholiriippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. Alkoholiiin totunut elimistö, psyyke tai sosiaalinen verkosto voivat olla yhdessä tai erikseen ratkaisevassa asemassa riippuvuuden synnyssä. Päihderiippuvuudesta on esitetty erilaisia lääketieteellisiä, biologisia, geneettisiä, psykologisia, sosiaali- ja oppimispsykologisia, sosiologisia ja yhteiskunnallisia selitysmalleja. Vaikuttavina tekijöinä pidetään muun muassa päihteen fysiologisia vaikutuksia ihmisessä ja käyttäjän yksilöllisiä ominaisuuksia, persoonallisuuden rakennetta, psyykkistä varustusta sekä yhteisöllisiä ja kulttuurisidonnaisia tekijöitä. (Inkinen – Partanen – Sutinen 2003: 31–32.)

Perimä, epäedulliset sosiaaliset olot ja alkoholin helppo saatavuus mahdollistavat joissakin tapauksissa riippuvaisuuden syntyminen jo ennen 25:tä ikävuotta. Nuorempina altistuneiden paranemisennuste on kuitenkin parempi kuin iäkkäämpien kohdalla; toisaalta vanhempana alkoholiriippuvaisuus etenee yleensä hitaammalla ja rauhallisemmalla aikataululla, varsinkin jos henkilön sosiaaliset ja ammatilliset verkostot ovat kunnossa. Varhain alkanut alkoholin-, tupakan- ja huumeidenkäyttö aiheuttaa yleensä myös muuta häiriökäyttäytymistä, mikä taas saattaa johtaa yhä paheneviin ongelmiin ja ei-toivottuun kierteseen. Alkoholinkäyttöä puolustellaan sen stimuloivan ja ahdistuneisuutta vähentävän vaikutuksen nimissä, samoin kuin uskomuksilla että ulkoiset tekijät säätelevät omaa käyttäytymistä. (Mäkelä 2003: 182.)

Ihmistä ei voida pakottaa muuttumaan. Alkoholiriippuvainenkin voi muuttua vain sellaisen sisäisen kasvuprosessin myötä, jossa hän alkaa nähdä itsensä uudella tavalla ja tehdä uuden identiteettinsä mukaisia valintoja. Tällainen, usein sekä tuskallinen että vapauttava, muutos tapahtuu yleensä vähitellen. Esimerkiksi päihdetyössä keskeiseksi kysymykseksi nousee paitsi tahdon herättäminen ja vahvistaminen myös kysymys siitä, miten tahtoa voidaan ylläpitää. (Hämäläinen 1999: 71.)

Osin ristiriitaisista tutkimushavainnoista on tehtävissä tietynsuuntaisia yleistyksiä ja johtopäätöksiä. Alkoholinkäyttö voi ajan myötä muuttua riippuvuudesta hallituksi tai täysraittiuudeksi ilman varsinaista hoitoakin. Seuranta-ajan pituus selittää myönteisiä tuloksia enemmän kuin tutkitun hoidon laatu tai intensiivisyys. Epäsuotuisat olot, esimerkiksi sosiaalisen tuen puute, voivat vaikuttaa riippuvuuden vaikeusastetta enemmän siihen, ettei hallittu käyttö ole saavutettavissa. Nuoremmat alkoholiriippuvaiset kykenevät palaamaan iäkkäämpiä useammin haitattomaan juomiseen, yleisimmin parisuhteen solmimisen kautta. Hoitopalvelujen tuottajan määrittelemillä hoitotavoitteilla ei ole juurikaan merkitystä verrattuna ihmisten itsensä valitsemiin, motivaation ja voimavarojensa mukaisiin tavoitteisiin. (Mäkelä 2003: 180–181.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että yhteiskunnan tarjoamat hoitopalvelut auttavat yleensä alkoholiriippuvaista lyhyellä tähtämellä, mutta pidemmällä aikavälillä olosuhdetekijät ovat merkittävimpiä. (Mäkelä 2003: 182.)

3.3.1 Suomalainen juomakulttuuri

Humalan tavoittelu on suomalaisessa juomakulttuurissa hyväksyttävää. Miehet ovat humalahakuisempia kuin naiset, ja nuoret miehet (alle 30-vuotiaat) ovat kaikkein humalahakuisimpia. Suurkuluttajien määrä riippuu yhteiskunnassa nautitun alkoholimäärän tasosta: mitä korkeampi taso on, sitä suurempi on suurkuluttajien määrä. (Ahlström 2003: 26–27.) Alkoholin ongelmakäytön vaikeimman muodon, alkoholiriippuvuuden, Mauri Aalto (2010: 7) määrittelee yleisyytensä puolesta kansansairaudeksi. Suomalaisista aikuisista miehistä alkoholiriippuvaisia on 8 prosenttia ja naisista 2 prosenttia. Alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset ovat olleet vuodesta 2005 lähtien työikäisten (15–64-vuotiaiden) miesten ja naisten yleisin kuolinsyy. Vuonna 2008 alkoholin tilastoitu kokonaiskulutus oli 12,5 litraa 100-prosenttista alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti (Stakes 2009: 20, 57).

Suomalaisten alkoholinkulutus jakautuu erittäin epätasaisesti. Pieni osa ei juo ollenkaan, suuri osa juo vähän, suurin osa kohtuudella ja pieni osa erittäin paljon. Viimeksi kuluneiden kolmen vuosikymmenen aikana alkoholinkulutuksen jakautuminen on taantunut vain hieman. Miesten eniten juova kymmenys kuluttaa noin 45 prosenttia kaikesta miesten kuluttamasta alkoholista. Naisten kohdalla vastaava osuus on noin 50 prosenttia. Väestön kymmenesosa juo siis noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. 2000-luvulla taas nuorten raittius on lisääntynyt voimakkaasti, ja 14- ja 16-vuotiailla sekä juomistiheys että humalakulutus ovat kääntyneet laskuun. 18-vuotiailla alkoholin käytön vähenemisestä on vasta orastavia viitteitä. (Österberg & Mäkelä 2009.)

Alkoholin kokonaiskulutuksen taso voi muuttua nopeastikin esimerkiksi veroratkaisujen yhteydessä, mutta juomatapojen pääpiirteet muuttuvat hitaasti. Alkoholi kuului suomalaisessa kulttuurissa pitkään vain erityistilaisuuksiin ja sittemminkin alkoholia on käytetty pikemmin tuomaan juhlaa arkeen kuin arkipäiväisenä kulutustuotteena. Yksi osoitus tästä on, että suuri osa alkoholinkulutuksesta keskittyy viikonloppuihin. Alkoholin seurustelua palveleva luonne lienee tärkein alkoholinkäytön syy Suomessa, ja humalalla on vakiintunut asema suomalaisessa sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Österberg & Mäkelä 2009.)

Juomatapojen muuttuminen on vahvasti sidoksissa yleisiin yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin muutosprosesseihin. Suomessa viime vuosikymmeninä kasvaneen alkoholinkulutuksen taustalla on alkoholijuomien fyysisen saatavuuden ja taloudellisten ostomahdollisuuksien paraneminen sekä yleinen taloudellinen vaurastuminen. Kaupungistuminen selittääkin osaltaan alkoholinkulutuksen kasvua. Alkoholijuomien kasvava suosio heijastelee tuotteen ja sen käytön suurta symbolista arvoa. Alkoholijuomien ja alkoholinkäytön merkitykset ovat kuitenkin muuttuneet ajasta, jolloin juomistilanteita oli paljon vähemmän ja juominen oli valtaosin miesten varassa. Moraalinen paatos on vähentynyt, kun juomistilanteet ovat monipuolistuneet. Paheksuvat asenteet juomista kohtaan ovat korvautuneet yhä hyväksyvämmillä asenteilla. (Österberg & Mäkelä 2009.) Toisaalta aivan viime vuosina suomalaisten alkoholiasenteet nimenomaan humalajuomista kohtaan ovat tiukentuneet. Yhä suurempi osa väestöstä tukee vallitsevia alkoholipoliittisia rajoituksia tai niiden tiukentamista. Esimerkiksi nykyisiä ikärajoja vuonna 2008 kannatti yli 80 prosenttia ja väkevien myyntiä vain Alkosta käsin peräti 93 prosenttia väestöstä. (Stakes 2009: 16.)

Alkoholijuomien kokonaiskulutus on yli kaksinkertaistunut kolmen vuosikymmenen aikana. Samalla aikavälillä juomatavat ovat muuttuneet mietoja juomia suosivammaksi ja väkevien viinujen osuus kulutuksesta on ollut 2000-luvulla enää vain runsas neljännes. Tästä huolimatta kaksi suomalaista juomatapaa leimaavaa piirrettä on säilynyt ennallaan: alkoholinkäyttö aterialla on edelleen harvinaista ja humalajuominen on edelleen yleistä. (Stakes 2009: 18.)

3.3.2 Psykodynaaminen tausta

Vilko-Riihelän (1999: 743, 28) mukaan psykodynaaminen käsitteenä tarkoittaa psyyken jännitteitä, motiiveja ja psyyken jatkuvaa muutosliikettä, mikä toteutuu niin hetkellisiä muutoksina kuin tasaisesti jatkuvana kehityksenä. Joskus kehitys voi tapahtua rajustikin suuren elämänmuutoksen tai katastrofin yhteydessä. Psyyken muutospaineen ihminen saattaa kokea uhkana ja sellaisena, että häneltä vaaditaan liikaa. Psyyyke pyrkii aina johonkin – toiminnalla on tavoite näennäisestä päämäärättömyydestä huolimatta.

Päihde vaikuttaa ihmisen keskushermostoon tavalla, joka saa aikaan sellaisen psyykkisen kokemuksen, että ihminen haluaa kokea sen uudelleen. Vaihtoehtoisesti päihde poistaa tilan, jonka ihminen on kokenut epämiellyttäväksi tai minälleen vieraaksi. Jälkimmäisessä tapauksessa päihde toimii ikään kuin lyhytaikaisena lääkityksenä, joka pitkään jatkuessaan johtaa riippuvuuteen aineesta. Tällöin hänen tahdonalainen käyt-

täytymisensä alistuu päihteen vaikutuksen etsimiselle, jolloin elämän muut tärkeät asiat saattavat jäädä täysin toissijaisiksi. (Granström & Kuoppasalmi 2003: 29–30.)

Miksi toiset ihmiset jäävät päihteistä riippuvaisiksi ja toiset taas eivät? Psykodynaamisen viitekehyksen näkökulmasta jokainen ihminen pyrkii ylläpitämään eheää ja mielihyväsävytteistä minäkuvaa, joka on erilaisten sisäisten ja ulkoisten vaatimusten tai uhkatekijöiden jatkuvan altistuksen kohteena. Päihteiden väärinkäyttäjälle keskeinen lähtökohta on kyvyttömyys ylläpitää riittävän hyvää psyykkistä tasapainoa itsesääätelyn vajavaisuuksien vuoksi. Puutteet liittyvät kykyyn huolehtia itsestä, minän kehitysasteeseen, itsetuntoon, objektisuhteisiin sekä affektitoleranssiin. (Granström & Kuoppasalmi 2003: 30–31.)

Minän ja itsetunnon kehittyminen alkaa jo varhaislapsuudessa. Aikuisilta (vanhemmilta) peilaamalla saatu ravinto ei ole välttämättä ollut riittävää, jotta minäkokemus olisi vakiintunut. Persoonallisuuden vajavainen kehitys voi ilmetä sen rakenteen narsistisena häiriönä, jossa itse koetaan täydellisenä, kaikkivoipaisena ja muiden objektien rakastamana samalla kun ristiriitaiset havainnot kielletään primitiivisten puolustusmekanismien kautta. Toinen vaihtoehto on niin sanottu rajatilarakenne, jossa itsen ja objektien väliset suhteet eivät ole sisäistyneet. Tällöin sisäisen jännityksen sietäminen, itsetunnon ja erilaisten affektien käsittely on puutteellista. Eräs keino muuttaa nämä kokemukset psyykkisen tasapainon kannalta helpommin siedettäviksi ovat päihteet, jolloin altistaa itsensä riippuvuuden kehittymiselle. (Granström & Kuoppasalmi 2003: 31.)

Ihminen saattaa tulla pakonomaisesti riippuvaiseksi erilaisista ulkoisista tekijöistä psyykkisen tasapainon ylläpitämiseksi, jos hänen sisäistyneet minän rakenteensa ovat tähän riittämättömiä. Objekti on usein väline sisäisen tunnemaailman kuohunnassa joko tunteiden laukaisijana tai niiden kohteena. Myös päihde voi toimia narsistisesti tyydyttävänä ja mielenkuohuja tasaavana objektina, jota ihminen ainakin aluksi pystyy säätelemään. Hän kokee mielikuvissaan itsensä riippumattomaksi myös muista ihmisistä. (Granström & Kuoppasalmi 2003: 31.)

Päihderiippuvaiselle keskeistä on kyvyttömyys kohdata voimakkaita tunteita, myönteisiä tai kielteisiä, ilman että hänen täytyy melko välittömästi tehdä tälle olotilalle jotain ja siten palauttaa tasapaino. Hän ei pyri tietoisesti tai tiedostamattomasti vahingoittamaan itseään päihteiden käytöllä, vaan ratkaisu on pikemminkin vähiten huono vaihtoehto psyykkisen kärsimyksen tunteelle silloin, kun hyvää vaihtoehtoa ei ole omin keinoin löydettävissä. Pyrkimys mielihyväsävytteiseen minäkokemukseen on niin voimakas, että ne jotka eivät pysty saamaan riittävästi sellaista kokemusta normaalin elämisen ja

vuorovaikutussuhteiden kautta voivat tulla riippuvaisiksi muiden asioiden (objektien) lisäksi myös päihteistä. Tyypillistä on, että pitkään jatkuessaan päihteiden käytön mielihyvää tuottava vaikutus vähenee ja jopa häviää, ja tilalle tulee päihteiden tuottama vieroitusoireiden lievitysvaikutus. (Granström & Kuoppasalmi 2003: 32.)

3.3.3 Perinnöllisyys

Taipumus alkoholiriippuvuuteen periytyy. Altistavien perintötekijöiden arvioidaan lisäävän alkoholisoitumisen riskiä noin 50 prosenttia. On kuitenkin jokseenkin varmaa, että ei ole olemassa varsinaista riippuvuusgeeniä, joka siirtäisi sairauden väistämättä jälkeläisille samoin kuin esimerkiksi silmien väri periytyy. (Kiiänmaa 2010: 26.)

Geenitutkimuksessa on löydetty useita riskigeenejä, joita pidetään riippuvuudelle altistavina. Kaikki riskigeenejä omaavat eivät kuitenkaan tule päihderiippuvaisiksi, eikä kaikilla riippuvaisilla ole tällaisia geenejä. On myös esitetty, että psyykinenkin alttius riippuvuuteen olisi perinnöllistä. Kaikissa tapauksissa kuitenkin katsotaan, että perinnöllisyyteen liittyvät seikat selittävät vain osan yksilön riippuvuuskäyttäytymisestä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 19–20.)

Alkoholisoitumiseen vaikuttavien geenien ja ympäristötekijöiden osuuden selvittäminen on erittäin vaikeaa, sillä alkoholismien kliininen kuva ja etiologia ovat monimuotoisia ja altistavia geenejä on luultavasti lukuisia. Perintö- ja ympäristötekijöiden merkityksen ymmärtämiseen ovat vaikuttaneet keskeisesti kaksos- ja adoptiotutkimukset, koe-eläinmallit sekä nopeasti kehittyvät molekyylibiologiset menetelmät. (Hyytiä 2003: 33.)

4 PÄIHDEHUOLTO SUOMESSA

4.1 Yleistä

Päihdehuoltolain (Valtioneuvoston asetus päihdehuoltolaista 1986) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve vaatii. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihdehuollon kunnallinen palvelujärjestelmä koostuu terveyden- ja sosiaalihuollon tarjoamista palveluista. Yleistasolla palveluja ja neuvontaa antavat muun muassa sairaalat ja sosiaalitoimistot, erityisesti päihdehuollon piiriin kuuluvat somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt, terveyskeskusten katkaisuhuolto, A-klinikat ja nuori-

soasemat, katkaisuhoitoasemat, kuntoutuslaitokset, asumispalvelut sekä ensisuoja. Hoito ja kuntoutus voi olla avo- tai laitospalveluista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 129–131.)

Monet kansalaisjärjestöt, seurakunnat ja muut uskonnolliset yhteisöt sekä erilaiset vertaisryhmät ovat tärkeä lisä päihdetyön kokonaisuudessa (Mäkelä 2003: 193). Näitä ovat muun muassa AA- ja muut vastaavat ryhmät, Myllyhoitoyhdistys Ry, Pelastusarmeija, Setlementtiliike ja Suoja-Pirtti Ry.

Vuonna 2008 Suomessa hoidettiin päihdehuollon laitoksissa yhteensä 8 695 miespuolista asiakasta. Tämä on noin 0,5 prosenttia kaikista suomalaisista työikäisistä (15–64-vuotiaat) miehistä. (Stakes 2009: 100.)

Hoitopaikan ratkaisevat yleensä potilaan perussairaudet, sosiaalinen tilanne tai asumisolot, joskus puhdas sattuma. Hoitopaikkojen varustetaso, henkilökunnan mitoitukset ja koulutus vaihtelevat, täten myös valitut hoitomuodot ja hoidon painopisteet. Laatuvaatimukset tulisi kuitenkin paikasta riippumatta aina täyttää. Päihdeongelman ehkäisyä ja seurantaa tulee toteuttaa jo muun muassa tavallisten terveyskeskuskäyntien yhteydessä riittävän varhaisen puuttumisen mahdollistamiseksi. Potilaita kohdattaessa päihdeongelmaa etsitään aktiivisesti, varsinkin riskiryhmistä. Usein erityisesti sekakäytöstä johtuviin myrkytystilanteisiin on varauduttava ja on oltava aina valmius potilaan kanssa yhteistyössä asianmukaisesti testeihin. Hoitopaikan ammatillisten yhteistyöverkostojen tulee olla kunnossa ja toimivia, niin muihin hoitoyksiköihin ja järjestöihin kuin esimerkiksi psykiatrian erikoislääkäreihin mahdollisimman kattavan avun turvaamiseksi. Laitoshoidosta ja kuntoutuksesta palaavan potilaan jatkohoito on järjestetty. (Eskola 2003: 200–201.)

Vieroitus- ja kuntoutushoitojen pohjana on hoitosuunnitelma, joka perustuu päihdeongelman vaikeusasteen selvittämiseen ja huolelliseen potilaan ja hänen omaistensa haastatteluun. Potilaan päihteidenkäyttö viimeisen kuukauden osalta on tärkeää selvittää, jotta voidaan arvioida mahdollisia vieroitusoireita ja sitä tarvitaanko vieroituksen tueksi lääkitystä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 167).

4.1.1 A-klinikkatoiminta ja nuorisoasemat

Avohoidon piiriin kuuluvat A-klinikka- ja nuorisoasematoiminta ovat virallisen luokituksen mukaan päihdehoidon erityispalveluja. A-klinikkatoiminnalla on yli 50-vuotiset perinteet ja useimmilla Suomen kunnilla on joko oma A-klinikka tai ostopalvelusopimus

lähiseudun klinikan kanssa. A-klinikan toiminta jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen vaihe on yleensä ensiaputyypinen hoito, johon sisältyy sairaanhoitajan tai sosiaaliterapeutin tekemä tilanteen arviointi sekä tarvittaessa vieroitusoireiden hoito eli niin sanottu avokatkaisu. Tarvittaessa lääkäri voi määrätä lyhyen lääkityksen. Myös jatkohoito pyritään tarvittaessa järjestämään. Toinen osa A-klinikan työskentelystä ovat pitemmät hoitosuhteet, joissa selvitetään vaikeita elämäntilanteita, keskustellaan ja järjestetään yksilö-, pari-, ryhmä- ja perheterapioita. Virallinen määritelmä toiminnalle on psykososiaalinen muutostyö. (Mäkelä & Aalto 2010: 48–50.)

Nuorisoasema tarjoaa hoitopalveluja pääosin alle 25-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen. Erityisalueena ovat päihdekysymykset mutta muitakin pulmia käsitellään. Ensimmäisellä käyntikerralla myös muut perheenjäsenet tai muut nuorelle tärkeät henkilöt voivat olla mukana, minkä jälkeen sovitaan hoitomuodoista ja mahdollisista jatkota- paamisista. (Mäkelä & Aalto 2010: 50.)

4.2 Katkaisuhuolto

Koska Suomessa ei ole mitään pakkokeinolakia pelkästään päihderiippuvuudesta kärsivien ihmisten hoitoon saattamiseksi, varsinainen hoitotyö voidaan aloittaa vasta kun päihdeongelmainen itse omasta halustaan suostuu hoitoon. Pitkäaikaisesta tai lyhyempikestoisesta mutta runsaasta, vaikkapa monen päivän yhtäjaksoisesta alkoholinkäytöstä irti pyrkivän ensimmäinen osoite on yleensä lähimmän katkaisuaseman poliklinikka, joissakin tapauksissa myös terveyskeskuksen vuodeosasto. (Havio – Inkinen – Partanen 2008: 100–101.)

Alkoholinkäyttäjä on katkaisuhoidon tarpeessa silloin, kun hänen somaattinen, psyykinen tai sosiaalinen terveydentilansa on vaarantunut. Oma-aloitteisesti hoitoon hakeutuvan onnistumisen edellytykset ovat paremmat kuin omaisten tai viranomaisten aloitteesta käynnistetyssä katkaisuhoidossa. Katkaisuhoidon välittömänä tavoitteena on lievittää alkoholinkäytön lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita. Oikein toteutetulla hoidolla voidaan estää ja hoitaa somaattisia komplikaatioita. Usein joudutaan myös hoitamaan jonkin muun samanaikaisen sairauden aiheuttamia haittoja. Tärkeänä tavoitteena on luoda pohja myöhemmälle alkoholiongelman hoidolle. (Laitinen & Mäkelä 2003: 203.)

Vieroitushoidon tarpeeseen on terveydenhuollon henkilökunnan syytä ottaa kantaa, kun kyseessä on alkoholimyrkytys, neurologinen sairaus, nestetasapainohäiriö, elimellisen alkoholisairauden oireita, lääkemyrkytys tai psykiatrinen anamneesi eli potilaan

itse antamat esitiedot. Ennen kuin vieroitusoireyhtymää ryhdytään hoitamaan, on pyrittävä sulkemaan pois muut mahdolliset hoitoa vaativat sairaudet. (Laitinen & Mäkelä 2003: 203–204.)

Komplisoitumattoman eli ei-somaattisiin alkoholisairauksiin viittaavan tilan ennuste on hyvä. Oireita ovat vapina, pahoinvointi, levottomuus, lievät harhat ja niin edelleen. Komplisoituneella vieroitusoireyhtymällä tarkoitetaan edellistä vaikea-asteisempaa kokonaisuutta, jolloin taudinkuvaan voi liittyä delirium tremens, Wernicke-Korsakovin oireyhtymä, alkoholiaistiharhaisuus tai kouristuksia. Oireiden esiintymishuippu on keskimäärin 3-4 vuorokauden kohdalla alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen. (Laitinen & Mäkelä 2003: 204–205.)

Katkaisuhoito jakaantuu kahteen päämuotoon: farmakologiseen ja psykososiaaliseen. Farmakologisella tarkoitetaan vieroitushoitoa, jossa vitamiinein, elektrolyytti- ja nestetasapainoa korjaamalla sekä varsinaisella lääkehoidolla pyritään helpottamaan potilaan tilaa ja parantamaan ennustetta. Vieroitushoidossa on tutkittu useita erilaisia lääkkeitä, joista varmin näyttö on olemassa bentsodiatsepiineista. Lääkehoitoa jatketaan niin kauan kuin vieroitusoireitakin kestää, ei kuitenkaan yleensä kauempaa kuin 3-5 vuorokautta lääkeriippuvuuden vaaran välttämiseksi. (Laitinen & Mäkelä 2003: 207–209.)

Psykososiaalinen hoito koostuu hoitohenkilökunnan tarjoamasta henkisestä tuesta ja rohkaisusta, josta on potilaalle yleensä suuri hyöty, kuten myös yksilö- ja ryhmäkeskusteluista. Samalla pyritään varmistamaan, että asiakas pitää yhteyttä perheenjäseniinsä, muihin läheisiin tai työpaikkaan parantaen näin jatkohoidon onnistumisen mahdollisuuksia. Katkaisuhoidon päätteeksi asiakkaan kanssa tulisi aina tehdä jatkohoitosuunnitelma, jossa otetaan huomioon muun muassa se, tavoitteleeko hän täysraittiutta, jota ainakin alkuun suositellaan, vai kohtuukäyttöä? Riittääkö itsehoito ja läheisten tuki? Auttavatko keskustelut vai tarvitaanko lääkehoitoa? (Laitinen & Mäkelä 2003: 210.)

Perinteisesti alkoholiriippuvaisten jatkohoidollisessa lääkityksessä on Suomessa käytetty naltreksonihydrokloridia juomisen hillitsemiseen ja disulfiraamilääke- eli Antabus-hoitoa juomisen estämiseen. Myös opiaatinsalpaajat (lähinnä metadoni ja buprenorfiini) ovat tuottaneet tuloksia alkoholivieroituksen jälkihoidossa. Uusia, mutta ei vielä meillä laajasti käytössä olevia lääkkeitä, ovat akamprosaatti ja nalmefeeni. Kaikille näille lääkkeille ominaista on toimia alkoholia kohtaan tunnetun mielihyvän ja himon vähentäjänä, tai suoranaisen vastenmielisyyden tunteen nostattajana. Lääkehoitoon tulee aina yhdistää psykoterapeuttisia hoitokäyntejä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 176–178.)

4.3 Päihdekuntoutus ja sen menetelmiä

Alkoholista lopullisesti eroon päästäkseen päihdeongelmaisen on yleensä käytävä läpi katkaisuhoidon lisäksi myös seuraava vaihe eli kuntoutusjakso. Näitä palveluita tarjoavat laitokset sijaitsevat usein katkaisuasemien yhteydessä. Niissä tarjotaan pidempiaikaista, usein joitakin viikkoja kestävä jatkohoitoa. Pisimmillään kuntoutus voi kestää joissakin yhteisöhoitoa toteuttavissa yksiköissä 1-1,5 vuotta. Jaksoon voi liittyä myös niin sanottu intervallihoito, jossa tiiviin kuntoutusjakson lisäksi järjestetään muutaman viikon välein joitakin päiviä kestävä lyhyt hoitojakso kuntoutumisen tueksi. (Havio ym. 2008: 101.)

Aikuissosiaalityössä kuntouttamisen ja kuntoutuksen käsitteet ovat nousseet viime vuosina päällimmäisiksi. Kuntouttamisesta onkin tullut aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön keskeinen kehitettävä menetelmä. Kyse on niin sanotusta sosiaalisesta kuntoutuksesta, jota on kehitelty ratkaisuksi muun muassa syrjäytymisen ja elämäntilanteen vaikeuksiin. Kuntoutuksen tavoitteena on alkoholin käytön säätelyn rinnalla muun elämäntilanteen oppiminen. Työskentely kuntoutusosastolla on yhteisömuotoista ja tavoitteita määritellään tulevaisuus- ja voimavarasuuntautuneesti. Myös sosiaalipedagogisen työn perusajatus soveltuu kuntouttamisen periaatteisiin, eli tarkoituksena on tarjota vaikeuksissa oleville ihmisille mahdollisuus osallistua, kohdata toisia ihmisiä, toteuttaa ja kehittää itseään, tehdä mielekkäitä asioita, kokea itsensä tarpeelliseksi ja yhdessä toisten kanssa etsiä suuntaa elämäänsä. Parhaimmillaan toiminta ei ole ylhäältä organisoitua vaan versoo osallistujista itsestään. Tavoitteena on edistää oma-toimisuutta ja yhteisvastuuta. (Jokinen & Juhila 2008: 22; Mäkelä & Aalto 2010: 50; Hämäläinen 1999: 72)

Onnistuneen laitospäästämisen jälkeinen siirtyminen omaan asuinympäristöön vaikeasti päihderiippuvaisen toipumisprosessissa on pitkällä tähtäimellä kaikkein vaativin vaihe. Menestyksellisen kuntoutus- ja toipumisprosessin tueksi on puolestaan toimiva jälkihoito, johon kuuluu muun muassa vakaan asumisen ja toimeentulon turvaaminen, päihdeettömyyteen tukeva sosiaalinen turvaverkko, pitkäaikainen terapeuttinen tuki ja mielekäs harrastus-, opiskelu-, oppisopimus- tai työtoiminta. (Inkinen ym. 2003: 164.)

Toukolakotiin vuonna 2008 muuttaneista asukkaista noin puolet tuli Tervalammen kartanosta, yksi viidesosa Hangonkadun kuntoutusyksiköstä, loput muita reittejä. Tavoitteellinen asumisaika Toukolakodissa on noin yksi vuosi, minkä jälkeen asukas siirtyy tarvittaessa muiden tukiasumispalvelujen piiriin. (Toukolakoti 2010.)

Alkoholiriippuvuus on Holopaisen (2008: 222–223) mukaan olemukseltaan krooninen, elinikäinen ja helposti uusiva sairaus, minkä takia onnistuneenkin kuntoutuksen jälkeen on syytä järjestää potilaan jälkiseuranta esimerkiksi työterveyshuollon, A-klinikan, terveyskeskuksen, mielenterveystoimiston tai muun tarkoitukseen soveltuvan avohoidon yksikön toimesta. Vakaaseen päihdeettömyysvaiheeseenkin päässeille ilmaantuu usein psyykkistä oirehdintaa, kuten masennuskausia, kroonisia unihäiriöitä sekä ajautumista uusiin, myös ei-kemiallisiin, riippuvuusongelmiin. Hoitamattomina nämä oireet saattavat johtaa joko sortumisiin tai ääritapauksissa itsemurhakäyttäytymiseen.

4.3.1 Kognitiivinen psykoterapia

Päihdeongelmaisen kognitiivisessa psykoterapiassa korostetaan riippuvuusikäyttäytymisen ja kognitiivisten tekijöiden välistä yhteyttä. Kognitiivisia tekijöitä ovat etenkin henkilön erilaiset alkoholinkäyttöä koskevat henkilökohtaiset uskomukset ja siihen liittyvät odotukset. Esimerkiksi jos asiakas tulkitsee käyttönsä haitalliseksi toimintamalliksi, josta voi oppia pois, hän on alttiimpi kokeilemaan muutosta kuin tilanteessa, jossa hän pitää itseään kohtalon uhrina ja käyttöönsä selkärangattomuutena. Kognitiivisen terapian alkuvaiheen tehtävänä onkin muotoilla uudelleen asiakkaan ongelmastaan tekemä jäykkä tulkinta. (Holmberg 2009.)

Kognitiivinen terapia voi auttaa päihdeongelmaisia ainakin kolmella tavalla: vähentämällä mielihalujen esiintymistiheyttä ja voimakkuutta heikentämällä näitä ylläpitäviä uskomuksia, opettamalla ongelmalliselle retkahtamista ehkäiseviä selviytymiskeinoja, joilla hän voi myös pitkäjännitteisesti säädellä mielihalujaan ja auttaa asiakasta luomaan uudenlaista suhdetta itseensä ja muihin muun muassa lisäämällä itseymmärrystä. Kognitiivinen terapia kehitettiin alun alkaen depression hoitomuodoksi, mutta sen jälkeen sitä on muokattu vastaamaan myös päihdeongelmaisten asiakkaiden tarpeita. Suomessa kognitiivinen terapia on ollut käytössä päihdeongelmaisten hoidossa laajemmin 1980-luvun puolivälistä lähtien. (Holmberg 2009.)

Sosiaalipedagogisen työskentelyn ja terapian välille on Hämäläisen (1999: 68) mukaan usein vaikea vetää tarkkaa rajaa, koska molemmat menetelmät sisältävät samoja elementtejä. Varsinkin toiminnalliset terapiat mutta myös keskusteluterapian muodot voivat toimia sosiaalipedagogisen työn välineinä. Yleisesti voitaneen sanoa, että perinteiseen terapiatyöhön verrattuna pedagoginen työote on vähemmän metodista, sisältää enemmän vapausasteita ja vaatii työntekijältä enemmän spontaanisuutta ja tilanneherkkyyttä.

4.3.2 Toiminnalliset ja luovat menetelmät

Luovia ja ilmaisevia menetelmiä käytetään päihdehoidossa ja kuntoutuksessa muiden kuntoutusmuotojen rinnalla. Luovia menetelmiä ovat esimerkiksi kuvallinen ilmaisu, valokuvaus tai videointi, musiikki, kirjallisuus, tanssi ja liikunta sekä draamalliset menetelmät. Menetelmien tavoite on auttaa asiakasta löytämään sanoja ja muotoa sellaisille ajatuksille, tunteille ja mielikuville, jotka eivät vielä ole sanallisella tasolla. Tarkoituksena on helpottaa vuorovaikutusta ja päästä tutkimaan lähemmin asiakkaan päihteidenkäyttöä, päihdehistoriaa, elämäntilannetta ja -historiaa, erilaisia riskitilanteita, pyrkimyksiä ja haaveita sekä käsityksiä itsestä ja muista. (Salo-Chydenius 2010.)

Erittymisen tärkeää on asiakkaan oma kuvaus ja määrittely ongelmista ja kärsimyksestä. Samanaikaisesti tarkastelun kohteena ovat myös asiakkaan omat voimavarat, kiinnostuksen kohteet sekä hallinnan ja selviytymisen keinot. Työntekijä pyrkii luovien ja ilmaisevien toimintamuotojen avulla aikaansaamaan vastavuoroisen dialogin. Myös vaihtoehtoiset toimintatavat tulevat vuorovaikutuksen myötä mahdollisiksi. Vähitellen ihminen voi liittää ajatukset, tunteet, mielikuvat ja toiminnan osaksi minuuttaan – ja kenties muuttaa ajatteluaan ja toimintaansa tarkoituksenmukaisemmaksi. Menetelmissä luotetaan ihmisen oppimiskykyyn. (Salo-Chydenius 2010.)

Sosiaalipedagogisessa työssä suositetaan luovaan toimintaan perustuvia työmuotoja, joissa pyritään vain ottamaan käyttöön se mitä ihminen luonnostaan on: luova, yhteisöllinen ja elämyksiä etsivä olento. Luova toiminta auttaa kirvoittamaan esiin uusia puolia itsessä ja avaamaan siten uusia mahdollisuuksia elämässä. (Hämäläinen 1999: 67.)

4.4 Esimerkkejä kuntoutusyksiköistä ja hoitomalleista

Vaikeasti syrjäytyneet, kuten asunnottomat, siirtyvät 1-3 kuukauden laitospäivien jälkeen yleensä päihdeettömän ympäristön turvaavaan hoitokotiin tai valvottuun tukiasuntoon. Päiväkeskus saattaa olla tällöin sopiva paikka tavoiteltaessa pääsyä päihdeettömään elämään. Päivätoimintakeskusten tavoitteena on tukea asiakkaiden kuntoutumista päihdeongelmasta ja ennaltaehkäistä asiakkaiden syrjäytymistä. Toimintaan kuuluvat muun muassa erilaiset ryhmät, liikuntamahdollisuudet sekä kahvilatoiminta. Lisäksi järjestetään avokuntoutusjaksoja. Helsingin sosiaaliviraston yksiköitä ovat Vallilan Vintti, toimintakeskus Messi sekä päivätoimintakeskus Mesta. (Holopainen 2008: 220; Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Päihdetyö 2010.)

Tervalammen kartano ja kuntoutuskeskus on Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ylläpitämä 134-paikkainen päihdehuollon laitos. Toiminnan tavoitteena on tukea asiakkaiden edellytyksiä elämänhallintaan sekä päihdeongelmista vapaaseen elämäntapaan. Keskuksen kuntoutuspalvelut on rakennettu asiakkaiden tarpeiden pohjalta, ja ne jakautuvat kolmeen kokonaisuuteen: elämänhallinnan edellytyksiä, identiteetin eheyttämistä ja arkielämän taitoja kehittäviin palveluihin. Kuntoutusmenetelminä käytetään yhteisökuntoutuksen ja toiminnallisuuden periaatteita. Perusjakson pituus vaihtelee yhdestä vuorokaudesta kuukauteen, minkä jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus jatkokuntoutukseen erilaisissa kuntouttavissa yhteisöissä tai siirtyä avohuollon piiriin. (Tervalammen kartano, kuntoutuskeskus 2007.)

A-klinikkasäätiön alainen Järvenpään sosiaalisairaala on myös kuntoutusyksikkö, joka on Suomen ainoa päihdeongelmien hoitoon erikoistunut sairaala. Lääkärijohtoisen sairaalan hoitohenkilökunnan koulutustausta on monipuolisempi kuin muissa laitoksissa. Hoitoon voivat hakeutua mistä päin Suomea tahansa alkoholiongelmaisten lisäksi myös muut päihderiippuvaiset sekä heidän läheisensä. Hoitoon pääsee esimerkiksi oman paikkakunnan A-klinikan, sosiaalitoimiston, terveyskeskuksen tai psykiatrisen poliklinikan kautta. Hoito-ohjelma rakentuu yksilöllisten tarpeiden mukaan. Aikaisemmin omana kuntoutusyksikkönään toiminut Hietalinna-yhteisö muutti syksyllä 2009 Järvenpään sosiaalisairaalan yhteyteen. (Mäkelä & Aalto 2010: 51; Hietalinna-yhteisö n.d.)

Kalliolan Nurmijärven klinikoilla hoito perustuu niin sanottuun 12 askeleen ohjelmaan, josta käytetään myös nimeä myllyhoito. Hoito on tarkoitettu ensisijaisesti työelämästä hoitoon ohjatuille päihdeongelmallisille. Ohjelmaan sisältyvät kaikille päivittäiset luennot, pienryhmät, henkilökohtaiset keskustelut ja AA-ryhmissä käynnit. Alkoholien käyttö on lopetettava ennen neljän viikon hoitojakson aloittamista, eikä sen aikana käytetä riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä. Hoitoa suositellaan jatkettavaksi AA-ryhmissä. (Mäkelä & Aalto 2010: 51.)

Myllyhoito eli Minnesota-malli on Yhdysvalloista peräisin oleva päihdetyön ohjelmakokonaisuus. Kyseessä on paitsi työote, myös elämäntapa ja yhteiskunnallinen liike. Ajattelu yhdistää lääketieteellisen, psykologisen, sosiologisen ja teologisen ammattitaidon sekä terveitä elämäntapoja edistävän tietämyksen 12 askeleen toipumisohjelman ja toipumiskokemukseen. Ytimenä on neliviikkoinen päihderiippuvuuden hoitojakso, joka kytkeytyy saumattomasti toisaalta varhaisvaiheen ennalta ehkäisevään ja toisaalta hoidon jälkeistä kuntoutumista tukevaan palveluverkkoon. Malli on pikemminkin ihmisen voimavaroihin luottava koulutusohjelma kuin terapiamuoto. Kehittämistyö käynnistyi 1940-luvun lopulla ja jatkuu yhä. Suomessa lähestymistapa on rekisteröity nimellä myl-

lyhoito ja sen omistaa Myllyhoitoyhdistys ry. Työn keskeisiä periaatteita ovat sairauskäsité, päihteettömyys sekä oman toipumiskokemuksen käyttö hoito- ja havahduttamistyössä. Alkoholismi nähdään sairautena, jota voidaan hoitaa ja toipumisen edellytyksenä on päihteetön elämäntapa, vastuunotto omasta sairaudesta. Suomalaista myllyhoitotyötä ja amerikkalaista Minnesota-mallia yhdistää maailmanlaajuinen Nimettömien Alkoholistien toipumisohjelma eli AA. (Myllyhoitoyhdistys ry 2010; Kettunen & Leppänen 1994: 9-10.)

Omakohtaisesti alkoholiongelmia kokeneet ovat perustaneet erityisiä vertaistukitoimintoja. Niissä päihdeongelmaisen on mahdollisuus tavata kaltaisiaan, jotka ymmärtävät alkoholiriippuvuuden luonteen ja jotka voivat tarjota omiin kokemuksiinsa perustuvaa tukea ja neuvontaa. Tunnetuin vertaistukijärjestelmä on AA eli Nimettömät Alkoholistit (Alcoholics Anonymous). Se on miesten ja naisten toveriseura, jossa osallistujat jakavat keskenään kokemuksensa, voimansa ja toivonsa voidakseen ratkaista yhteisen ongelmansa. Mitään aatteellista tai muuta sitoumusta saati ulkopuolista rahoitusta ei järjestelmällä ole, ja ainoa jäseneksi pääsyn vaatimus on halu lopettaa juominen. Säännöllisesti kokoontuvia AA-ryhmiä on eri puolilla Suomea noin 700. (Mäkelä & Aalto 2010: 52–53.) Toukolakodin AA-ryhmä kokoontuu edelleen kerran viikossa. Varsinainen päihdetyö alkoi rakennuksessa nimenomaan AA:n toimesta jo vuonna 1964. (Toukolakoti 2010.)

Al-Anon-ryhmät ja A-kilta-yhdistykset ovat muita vertaistukea tarjoavia järjestelmiä, joista ensin mainitut on tarkoitettu pelkästään alkoholiongelmaisten läheisille, kun taas A-killat tarjoavat yhteistä toimintaa sekä päihdeongelmaiselle itselleen että tämän läheisille ja ystäville (Mäkelä & Aalto 2010: 53).

5 ASUMISPALVELUT

5.1 Yleistä

Sosiaalihuoltolain mukaiset asumispalvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat puutteellisen toimintakyvyn vuoksi päivittäistä tukea ja apua omatoimisen asumisen mahdollistamiseksi. Tavoitteena on päihdeongelmien lievittäminen ja vähitellen normaaliasumiseen siirtyminen. Joillakin paikkakunnilla on erikseen päihdeongelmaisille tarkoitettuja tukiasuntoja, joihin voivat päästä asumispalveluissa hyvin menestyneet ja joissa vuokrasopimus tehdään asukkaan ja tukiasuntojen ylläpitäjän kesken. (Mäkelä 2003: 197.) Vaikeasti syrjäytyneillä, kuten asunnottomilla, on mahdollisuus siirtyä 1-3

kuukauden laitosjakson jälkeen yleensä päihteettömän ympäristön turvaavaan hoitokotiin tai valvottuun tukiasuntoon (Holopainen 2008: 220).

Asumispalvelut voivat toimia joko erillisinä tai jonkin muun päihdehuoltoyksikön yhteydessä. Kokoonpanoon voi kuulua esimerkiksi A-klinikka, päiväkeskustoiminta ja tukiasuntoja. Asuminen on voitu järjestää muutaman kuukauden "asumiskurssiksi", johon liittyy työharjoittelua, oppisopimusopiskelua, tuettua asumista ja ohjattua harrastus- ja vapaa-ajantoimintaa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 134–135.) Asumispalveluita käytti vuonna 2008 koko maassa Stakesin tutkimuksen (2009: 99) mukaan 4015 henkilöä, hoitovuorokausia heille kertyi keskimäärin 168.

Ensisuojat eli vastaanottoyksiköt on tarkoitettu väliaikaisiksi majoituspaikoiksi, joissa pyritään päihdeongelmaisten välittömien perustarpeiden tyydyttämiseen. Palveluja tarjotaan ensisuojaissa myös päihtyneille. Tavoitteena on, että muu sosiaalitoimi ja terveydenhuolto käynnistävät välittömästi pysyvemmän hoidon. (Mäkelä 2003: 197.)

Elisabet Erkkilä ja Agnes Stenius-Ayode tekivät osana Asunnottomien palvelujen kehittämisyksikkö-hanketta 2007–2008 selvityksen asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalisesta tilanteesta ja terveydentilasta pääkaupunkiseudulla. Heidän tutkimuksensa tulosten pohjalta asunnottomien ongelmat ja keskimääräinen profiili ovat sitten 1970-luvun muuttuneet vain osin. Suurin muutos näkyy alkoholin ja muiden aineiden sekakäytön selkeänä lisääntymisenä. Myös psykoosisairauksia ja muita mielialahäiriöitä esiintyy aiempaa enemmän. Somaattisten sairauksien, jotka liittyvät usein päihdeiden käyttöön ja sen myötä kasvaneeseen tapaturmariskiinkin, yleisyys näyttää pysyneen ennallaan. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009: 121.)

Vuoden 2008 marraskuussa koko maassa arvioitiin olevan yksinäisiä asunnottomia 7 955, näistä miehiä 79,8 prosenttia. Pääkaupunkiseudun osuus on yli puolet, 4 247 asunnottomia. Suurin osa yöpyy perheenjäsenien tai tuttavien luona. Ulkona, porraskäytävissä tai muissa vastaavissa, sekä niin sanotuissa ensisuojaissa eli vastaanottoyksiköissä majoilevien osuudeksi arvioitiin näistä vain noin 3,8 prosenttia. (Erkkilä & Stenius-Ayoade 2009: 10.)

Päihdekierteen katkaisemista ja käynnistynyttä kuntoutumista seuraa muutoksen vaikeinnuttamisen vaihe, jolloin monet kokevat yksinäisyyttä ja suurta houkutusta palata aiempaan päihdekeskeiseen mutta sosiaaliseen elämäntapaan. Tässä vaiheessa moni päihderiippuvainen tarvitsee asumis- ja muita tukipalveluja pystyäkseen irrottautumaan haitallisista elämäntavoistaan. (Inkinen ym. 2003: 90.)

5.2 Asumisen tuki Helsingissä

Helsingin sosiaaliviraston Asumisen tuki vastaa tuetun asumisen piirissä olevien asiakkaiden sosiaalipalveluista sekä Hietaniemenkadun palvelukeskuksesta. Asunnottomien sosiaalipalvelut järjestetään sosiaaliasemilla. Tuettua asumista tarjotaan monessa eri muodossa eri puolilla Helsinkiä niille henkilöille, jotka päihdeongelmansa tai jonkun muun syyn takia eivät selviä itsenäisesti. Vaihtoehtoisia yksiköitä ovat Toukolakodin lisäksi Hietaniemenkadun palvelukeskus, Myllypadontien ja Mannerheimintien asumisyksiköt, Brahen ja Roihuvuoren palvelutalot, Siltämäen palvelukoti, lukuisat tukikodit sekä solu- ja tukiasunnot. (Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Asunnottomien palvelut 2010.)

Hietaniemenkadun palvelukeskus on asunnottomille suunnattu ympäri vuorokauden auki oleva palvelukeskus, jonka tavoitteena on heikoimmassa asemassa olevien asunnottomien helsinkiläisten elinolojen parantaminen. Keskuksen tehtävänä on toimia vahvasti kuntouttavana ja eteenpäin ohjaavana yksikkönä. Palvelukeskuksessa tehdään arviointi pitkäaikaisasunnottomalle soveltuvasta asumisratkaisusta sekä tuen ja hoidon tarpeesta. Hietaniemenkadulta pitkäaikaisasunnoton siirtyä pysyvämpään asumisratkaisuun ja tarkoituksenmukaisen avun piiriin. Päivätoimintoihin tai asumispäivystykseen ei tarvita lähetettä tai maksusitoumusta. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden, kaikkina viikonpäivinä. Palvelukeskuksen toiminta jakautuu neljään osaluueeseen. Vastaanottavaa toimintaa ja tilapäisasumista järjestetään mihin vuorokauden aikaan tahansa. Päiväkeskustoimintoja ovat ruokailu, hygienia, sosiaalityöntekijän ja sairaanhoitajan vastaanotto, lääkärin palvelut ja niin edelleen. Asumispalvelujen tavoitteena on aina siirtyminen pysyvämpään asumisratkaisuun. Aktiivinen arviointi, neuvonta ja ohjaus ovat kaiken toiminnan perusta. (Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Palvelukeskukset 2010.)

5.3 Puolimatkan talot – valmentautumista itsenäiseen elämään

Asumispalveluissa, joiden piiriin Toukolakoti kuuluu, pyritään matalaan kynnykseen ja käytetään yhteisöllisiä työmenetelmiä, joiden tavoitteena on voimaannuttaa ja osallistaa asiakkaita. Palvelut toimivat siirtymävaiheen puolimatkan koteina kuntouttavan laitoshoidon ja itsenäisen asumisen välillä. Palvelut ovat myös usein suunnattu tietyille kohderyhmille. (Lappalainen-Lehto ym. 2007: 135.)

”Puolimatkan talo” eli ”halfway house” –nimitys syntyi Englannissa 1800-luvulla, jolloin se tarkoitti lähinnä kahden isomman paikkakunnan välillä sijainnutta majataloa mikä

tarjosi matkalaisille mahdollisuuden lepoon ja virkistäytymiseen. Yhdysvalloissa termi yleisty koskemaan sosiaalityön nimissä tapahtuvaa tuettua asumista sitä tarvitseville, kuten vankilasta vapautuneille ja päihdeongelmallisille. Näissä niin sanotuissa väliajan asuntoloissa opetellaan päihdeettömässä ympäristössä elämisen taitoja erilaisten hoito-ohjelmien ja yhteisöasumisen avulla, jotta siirtyminen täysin itsenäiseen asumiseen tulisi mahdolliseksi. Muita nimityksiä vastaaville asumisyksiköille ovat muun muassa ”recovery home” ja ”sober living environment”. (TN Halfway Houses 2010.)

Toukolakotia vastaavia, mutta yksityisten järjestöjen ylläpitämiä asumisyksiköitä ovat Helsingissä ainakin Settlementiliikkeen alainen 12-paikkainen Oskelakoti (Oskelakoti 2010) sekä Suoja-Pirtti Ry:n Sillanpirtti, joka on tosin myös naisille ja pariskunnille tarkoitettu hoitokoti (Suoja-Pirtti Ry 2010).

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen suunnittelu

Toukolakotia vastaaviin puolimatkan taloihin ja niiden asiakaskuntaan liittyviä tutkimuksia on tehty aikaisemmin lähinnä asiakkaita haastatellen. Kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä tai kuntoutuksen tuloksellisuutta tutkittaessa on useimmiten lähdetty kuntoutujien omista kokemuksista liikkeelle.

Lahtinen-Antonakiksen (2007: 13–15) Oskelakodissa tehdyn tutkimuksen mukaan päihdehoito sinällään ei ole edes ehto päihdeongelmasta toipumiselle, joka on aina useiden tekijöiden summa. Hänen mukaansa on vaikea osoittaa selkeitä tekijöitä mitkä toipumista todella edistävät ja etukäteen ei voida päätellä ketkä toipuvat. Käytettävällä hoitomenetelmälläkään ei ole suurta merkitystä vaan hoidon onnistuminen on prosessi jossa toipuminen tapahtuu hyvin yksilöllisesti ja yksilöllisellä aikataululla. Joka tapauksessa hoitoon hakeutujan motivaatioherkyys olisi syytä hyödyntää heti ja tehdä hoitoon pääsy mahdollisimman esteettömäksi riippumatta siitä kuinka monta kertaa tämä on aikaisemmin hoitoon hakeutunut (Lahtinen-Antonakis 2007: 66).

Siilahti ja Partala (2010) ovat opinnäytetyössään selvittäneet Mainiemen kuntoutuskeskuksen asiakkaiden kokemuksia siitä miksi päihdehoito ei ole heitä auttanut. Yhteisöhoito sai kuntoutujilta heidän tutkimuksessaan runsaasti positiivista palautetta. Ohjaajien ja vertaisryhmän tuki oli heidän mukaansa tärkeää kuntoutumisjakson aikana. Ras-kaaksi he kokivat toisaalta yhteisöhoidon silloin, kun osa kuntoutujista oli hoitoon tul-

lessaan liian huonossa kunnossa ja parempikuntoiset joutuivat ottamaan toisista paljon vastuuta.

Tilastollista tutkimusta tai kuvausta ja havaintoaineiston koontia ei ole suuremmassa mittakaavassa koskaan aikaisemmin tehty Toukolakodin asiakkaista, vaikka tietoja ja havaintoja on kerätty asiakastietolomakkeisiin useamman vuosikymmenen ajan (ks. liite 4). Vuoden 2008 aikana uloskirjautuneista asiakkaista oli olemassa kuitenkin valmiiksi koottuna tietoja, jotka auttoivat meitä suunnitteluvaiheessa.

Asiakkaiden tietoja on henkilökunnan toimesta koottu erilaisissa haastattelutilanteissa kuten kartoitettaessa Toukolakodin sopivuutta asiakkaan päihdekuntoutuspaikaksi ja dokumentoitu kuntoutusjaksolla tapahtuvaa seurantaa sekä kuntoutussuunnitelman mukaista edistymistä. Asiakastietolomakkeisiin on tietoja Toukolakodissa vuosien varrella dokumentoitu hieman vaihtelevasti, johtuen osittain ainakin asiakastietolomakkeiden muuttumisesta, henkilökunnan vaihtumisesta ja asiakkaiden omasta aktiivisuudesta ilmaista itseään koskevia tietoja.

Tutkimuksen aineistoon tutustuminen, havaintoaineiston valikointi, otantojen suunnittelu, muuttujien määrittely ja luokittelu sekä tutkimuksen käytännön toteutuksen ja aikataulun suunnittelu tapahtui keväällä ja kesällä 2010 yhdessä Toukolakodin henkilökunnan kanssa käytyjen keskusteluiden ja neuvotteluiden jälkeen.

Tutkimuslupaa haimme hyvissä ajoin keväällä 2010 Helsingin kaupungin sosiaalivirastolta. Tutkimuslupa myönnettiin tarkennuksien ja eettisen toimikunnan käsittelyn jälkeen sillä ehdolla että asiakkaiden anonymiteetin turvaamiseksi emme havaintoaineistoa kerätessämme itse poimi tunnistettavia tietoja asiakasrekistereistä, kuten alkupeäinen tarkoitus oli. Tutkimuksen teossa tarpeelliset asiakasasiakirjat saimme luvan mukaisesti nähtäviksi vain siten että henkilötunnistetiedot oli häivytetty. Toukolakodin henkilökunta peitti kopioiduista asiakastietolomakkeista henkilötiedot, nimet ja henkilötunnukset, ennen aineiston meille luovutusta. Tutkimusluvan ehtojen mukaisesti Toukolakodin henkilökunta oli siis etsinyt meille etukäteen arkistoista kaikki vuosina 2001–2010 kuntoutusjakson läpikäyneiden asiakkaiden asiakastietolomakkeet. Samoin toimimme tutkimuksemme vertailuryhmän eli kuntoutusjakson keskeyttäneiden asiakkaiden tietojen kohdalla.

Pääsimme tarkentamaan tutkimuksemme aihetta ja tutkimuskysymyksiä sekä lopullisesti määrittämään tutkimuksen käytännön toteutukseen liittyviä tekijöitä, kun tutkimuslupamme oli hyväksytty ja saimme tutustua havaintoaineistoon.

Tutkimuksessa selvitetään ovatko jotkut tekijät osaltaan vaikuttamassa päihdekuntoutuksen onnistumiseen Toukolakodin asiakkailla. Löytyykö asiakastietolomakkeista sellaista havaintoaineistoa, jonka käsittelyllä löytäisimme eroja läpikäyneiden ja keskeyttäneiden väliltä ja näin tekemään arvioita siitä mitkä tekijät erottavat näiden ryhmien asiakkaita toisistaan.

Päätimme keskittyä asiakkaisiin, jotka ovat olleet Toukolakodissa 2000-luvulla. Perusteluna tälle oli ajankohtaisuuden lisäksi se, että asiakastietolomakkeita on Toukolakodin historiassa uusittu useampaan otteeseen ja vasta 2000-luvun asiakkaista on kerätty kattavampia tietoja. Vasta näistä dokumenteista oli mahdollista löytää kattavasti tietoja kiinnostavista tekijöistä.

Tutkittavasta aineistosta, asiakaskunnan rakenteesta ja kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä oli myös Toukolakodin henkilökunnalla paljon mielipiteitä ja oletuksia. Käytännön työn ja kokemuksen kautta syntyneitä oletuksia oli esimerkiksi siitä että asiakkaan polku Toukolakodin asukkaaksi tai jonotusaika voisivat vaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen.

6.2 Tutkimuskysymykset

Perehdyttyämme yleisellä tasolla olemassa olevaan havaintoaineistoon ja tarkasteltamme asiakaskunnan rakennetta tilastollisten tunnuslukujen avulla pystyimme luomaan ja tarkentamaan varsinaiset tutkimuskysymykset:

- 1) Minkälainen on onnistuneen kuntoutujan eli kuntoutusjakson läpikäyneen profiili asiakasrekisteritietoihin perustuen?
- 2) Minkä tekijöiden suhteen vertailtavat kuntoutuksen läpikäyneet ja keskeyttäneet eroavat toisistaan?
- 3) Kun vuosittain keskimäärin kolmasosa asiakkaista läpäisee kuntoutusjakson, mihin tekijöihin vaikuttamalla määrää voisi kenties nostaa ja löydämmekö tekijöitä joihin Toukolakoti voi toiminnallaan vaikuttaa?

7 MENETELMÄT

7.1 Tutkimuksen aineisto

Tutkimusaineistona on vuosina 2001–2010 Toukolakodissa kirjoilla olleiden päihdekuntoutujien asiakasrekisteritiedot. Asiakkaat, joiden tietoja käsittelemme, ovat määritelmämme mukaan onnistuneet kuntoutusjakson läpikäymisessä ja uloskirjautuneet vuosien 2001 ja 2010 välillä. Heitä on tältä ajanjaksolta yhteensä 85. Lisäksi valikoimme samalta aikajaksolta 30 kuntoutusjakson keskeyttänyttä. Yhteensä asiakkaita näiden vuosien aikana on Toukolakodissa ollut kirjoilla 258.

Havaintoaineiston keräsimme Toukolakodin käsintäytetyistä asiakastietolomakkeista, jotka olivat arkistoituina Toukolakodissa asukkaan uloskirjautumisvuoden mukaisesti jaoteltuina.

Aineistomme on kerätty Toukolakodin arkistoista ositettuna otantana. Ositetussa otannassa populaatio jaetaan erillisiin osiin, ositteisiin, joista kustakin poimitaan suunnitelman mukainen määrä tilastoyksiköitä (Grönroos 2003: 9). Onnistuneesti kuntoutusjakson läpikäyneet vuosilta 2001–2010 muodostavat perusjoukon, joka on suhteellisen pieni eli otimme ensin ajallisen osituksen jälkeen kokonaisotoksen eli kaikki 2001–2010 asiakkaina olleet läpikäyneet kuntoutujat. Kokonaistutkimus on järkevää suorittaa jos perusjoukko on pieni, yleensä alle 100 otantayksikköä (Holopainen – Pulkkinen 2004: 28).

Vertailuryhmän muodostimme edelleen ositetun ja systemaattisen otannan yhdistelmänä siten että etukäteen päätimme että ryhmän koko on 30, jonka keräsimme tasaisesti samalta ajanjaksolta. Jokaiselta vuodelta otimme 3 keskeyttänyttä tasaisen kiintiöinnin mukaisesti arkistosta siten että systemaattisesti aakkosjärjestyksessä ensimmäinen, viides ja kymmenes asiakas valikoitui mukaan tutkimukseemme.

Kartoittaessamme mahdollisesti kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä päätimme kerätä arkistojen asiakastietolomakkeista mahdollisimman laajasti kaikki olemassa olevat asiakastiedot välittämättä muuttujien määrästä. Perusteluna tälle oli se, että emme sulkisi tarkastelusta pois mitään oleellisia tekijöitä ennakoita.

Havaintoaineiston keräsimme ja tallensimme ensin kannettavalle tietokoneelle Toukolakodissa Excel-tiedostoihin ja siirsimme myöhemmin aineiston käsittelyä varten SPSS-ohjelmaan.

7.2 Muuttujien luokittelu

Tutkimuksemme toteutusta esitellessämme käytämme edelleen määritteitä ja käsitteitä, jotka on esitelty aiemmin. Tutkimuksen muuttujien mittausasteikkoihin ja luokitteluun liittyvät määrittelyt esittelemme seuraavaksi.

Taustamuuttujia tutkimuksessamme olivat muuttujaluettelon mukaisesti asiakkaiden ikä tulopäivänä, ammatti, siviilisääty, onko asiakkaalla lapsia, koulutus, polku Toukolakotiin, jonotusaika kuntoutukseen (haastattelupäivästä muuttopäivään), asiakkaan väestökisteri/seurakunta, kuntoutukseen hakeutumisen syy, tulotilanne (työtön, töissä, opiskelija, eläkkeellä), päihdehistoria, asunnottomuuden kesto ja mahdollinen uusinta kuntoutusjaksolle Toukolakodissa (ks. liite 5).

Toukolakodissa asumisaikana tapahtuvia, ajallisesti liittyviä tai kuntoutusjakson sisältöön liittyviä muuttujia ovat oloaikana pääsy töihin tai opiskelemaan, terveystilanne, lääkitys, aktiivisuus /vastuutehtävät, sosiaalisen verkoston laajuus, uloskirjautumisvuosi ja asumisaika.

Havaintoaineiston kvantitatiivisista muuttujista ikä, jonotusaika kuntoutukseen, asunnottomuuden kesto ja asumisaika ovat suhdeasteikollisia ja näiden muuttujien havaintoarvot eivät vaatineet numeerisina luokittelua.

Dikotomisia muuttujia eli 0-1 -muuttujia aineistossamme olivat lapset, Toukolakodissa oloaikana töihin tai opiskelemaan, lääkitys ja uusija Toukolakodissa. Nämä muuttujat saivat siis vain arvoja 0 tai 1. Koodauksen mukaisesti 0 tarkoitti Ei - vastausta ja 1 Kyllä - vaihtoehtoa. Kaikista näistä muuttujista löytyi jokaiselta asiakkaalta tieto, joten puuttuville tiedoille ei tarvinnut antaa omaa arvoa.

Ammatin ja koulutustaustan taustamuuttujana jaoimme kolmeen ja neljään tasoon. Koulutustaustan luokittelu perustuu kansainväliseen koulutusluokitukseen (ISCED 1997) sovelletusti siten, että käytimme vain yhtä perusasteen luokkaa, keskiastetta ja korkea-asteen jaoimme alempaan ja ylempään korkea-asteeseen. Ammatin luokittelussa jaoimme ammatit alempi-, keski- ja ylempitasosiin Tilastokeskuksen ammattiluokitus 2001 –jaottelun mukaisesti siten että alempitasosiin kuuluvat prosessi- ja kuljetustyöntekijät ja rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, keskitasosiin palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät sekä toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät ja ylempitasosiin asiantuntijat ja ylemmät virkamiehet ja johtajat. Käyttämällämme jaottelulla emme muuten arvota ammattitaustaa toinen toistaan huonommaksi tai paremmaksi.

Asiakkaan aktiivisuus kuntoutusjakson aikana jaettiin kolmeen eri luokkaan: heikko, jonkin verran aktiivisuutta ja aktiivinen/vastuurooli Toukolakodissa. Vastuuroolin antaminen asukkaille on tärkeä osa Toukolakodin yhteisöhoidollista toimintaa. Vastuurooli voi olla esimerkiksi tehtävä toimia kuntoutuksen aikana Toukolakodin toverikunnan puheenjohtajana, päivystäjänä, talonmiehenä tai tietokonevastaavana. Aktiivisen asukkaan määrittely ei tuottanut juurikaan ongelmia, sen sijaan heikon ja jonkin verran aktiivisen erottelu oli haasteellisempaa. Toimimme siten, että johdonmukaisesti jokainen, jolta ei löytynyt asiakastietolomakkeista mitään aktiivisuuteen viittaavaa, sai arvon heikko. Mikäli asukkaasta oli mainintoja esimerkiksi osallistumisesta talon yhteiseen toimintaan, kyseinen asukas oli meidän mukaamme jonkin verran aktiivinen.

Sosiaalisen verkoston laajuuden määrittelimme tulkitsemalla asiakastietolomakkeista sekä asiakkaan omaa luonnehdintaa sosiaalisen verkostonsa laajuudesta että Toukolakodin työntekijöiden kirjauksia asiakkaan yhteydenpidosta mahdollisiin työkavereihin, ystäviin tai sukulaisiin. Luokitteluksi muodostui kolmiportainen eli heikko, jonkin verran ja vahva sosiaalinen verkosto. Asiakkaan itsensä ilmoittama heikko sosiaalinen verkosto siirtyi myös tutkimukseemme suoraan heikkona, samoin mikäli sosiaalisesta verkostosta oli tietona vain yhden tai muutaman omaisen nimi ilman muuta luonnehdintaa yhteydenpidon tiivyydestä. Jonkin verran sosiaalista verkostoa omaavilla oli tietojen mukaan yleisesti jokunen ystävä tai suhteet muutamiin omaisiin kunnossa. Vahvaan sosiaalisen verkostoon kuuluivat runsaampi ystäväpiiri, usein suhteet lapsiin tai entiseen puolisoon olivat kunnossa. Sosiaalisen verkoston laajuus näyttäytyi rekistereissä myös siten että asukkaalla oli tapahtumia kirjattuna joiden mukaan hän oli tekemisissä muiden ihmisten kanssa.

Toukolakotiin kuntoutukseen hakeutumisen syyksi asiakkaat ilmoittivat useimmiten ensisijaisesti päihteettömyyteen pyrkimisen tai asunnottomuuden. Otimme luokitteluun lisäksi kolmanneksi kohdaksi muut syyt, koska useat asiakkaat nimesivät syyksi hakeutumiselle muita heille merkityksellisiä asioita. Näitä olivat esimerkiksi erilaiset psyykkiset ja sosiaaliset syyt.

Siviilisäätö, polku Toukolakotiin, väestörekisteri/seurakunta, tulotilanne, päihdehistoria ja terveystilanne kvalitatiivisina muuttujina saivat muuttujaluettelon mukaiset arvot. Tiedot löytyivät asiakastietolomakkeista suoraan ilman tulkintaongelmia.

7.3 Aineistonkäsittelymenetelmät

Aineistosta laskimme ensin yleisiä tunnuslukuja ja tilastollisena analyysimenetelmä käytimme ristiintaulukointia. Muuttujien taulukoinnin tarkoitus on antaa yleiskuva jakaumasta tai muuttujien välisestä riippuvuudesta. Muuttujien välistä riippuvuutta tutkitaan ristiintaulukoimalla, jolloin saadaan kaksiulotteinen frekvenssijakauma. (Holopainen – Pulkkinen 2004.)

Kaikki aineiston kvalitatiiviset muuttujat ristiintaulukoitiin vertailtavien ryhmien, läpikäyneiden ja keskeyttäneiden, kanssa. Ristiintaulukoinnin tuottamien frekvenssijakaumien yleisen tarkastelun jälkeen muuttujien riippuvuutta testattiin lisäksi Pearsonin khiin neliön testillä, joka on eniten käytetty tunnusluku tarkasteltaessa riippuvuuden tilastollista merkitsevyyttä (Grönroos 2003: 144).

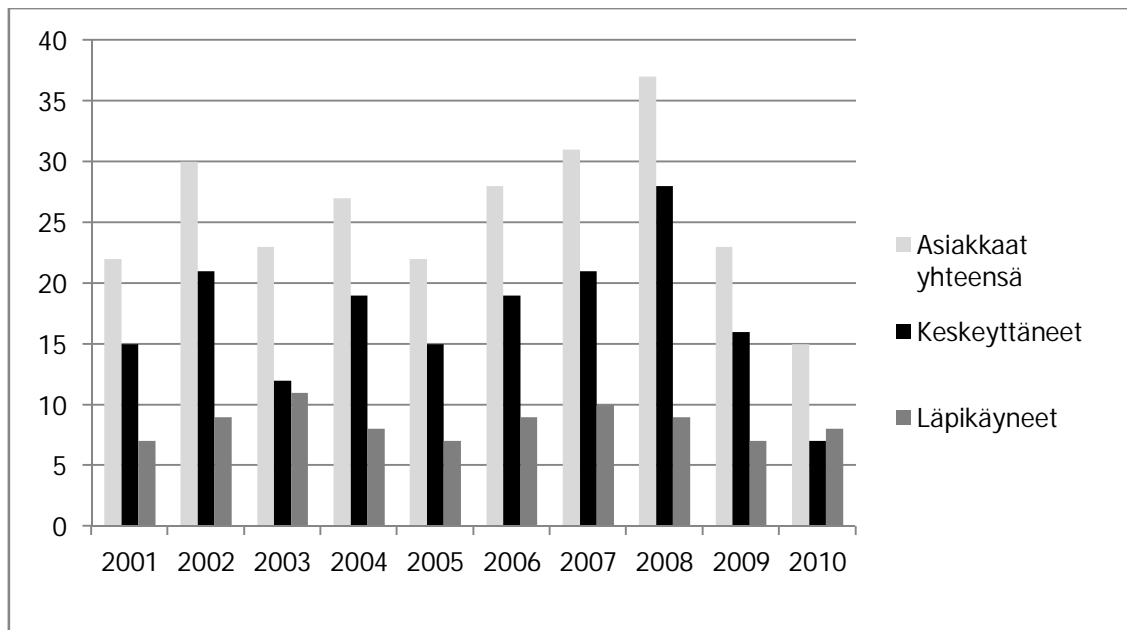
8 TULOKSET

8.1 Yleiskuva aineistosta

Taustamuuttujien (ikä tulopäivänä, ammatti, siviilisääty, lapset, koulutus, polku Toukolakotiin, jonotusaika kuntoutukseen (haastattelupäivästä muuttopäivään), väestörekisteri/seurakunta, hakeutumisen syy, tulotilanne (työtön, töissä, opiskelija, eläkkeellä), päihdehistoria, asunnottomuuden kesto ja uusija) suhteen vertailtavat ryhmät eivät havaintoaineistossamme juurikaan eronneet toisistaan. Jo ristiintaulukointien frekvenssijakaumat aineistomme kvalitatiivisten muuttujien kohdalla näyttivät, ettei riippuvuutta läpikäyneiden ja keskeyttäneiden välillä kyseisten tekijöiden suhteen olisi. Lasketut Khiin neliön testin p-arvot vahvistivat myös tekijöiden riippumattomuutta toisistaan.

Esittelemme kyseisten muuttujien tunnuslukuja ja havaintoja laskelmista kuitenkin sillä perusteella että kokonaiskuvan saaminen Toukolakodin asiakaskunnasta ja asiakkaiden ominaisuuksista on asumisyksikön työntekijöille tärkeätä tietoa.

Vuosien 2001- 2010 (2010 heinäkuun loppuun asti) välisenä aikana Toukolakodissa on ollut kirjautuneena 258 asiakasta, joista hoitajakson loppuun suoritti 85, eli 32,9 prosenttia asiakkaista. Kuntoutusjakson keskeyttäneiden osuus on vastaavasti 67,1 %.

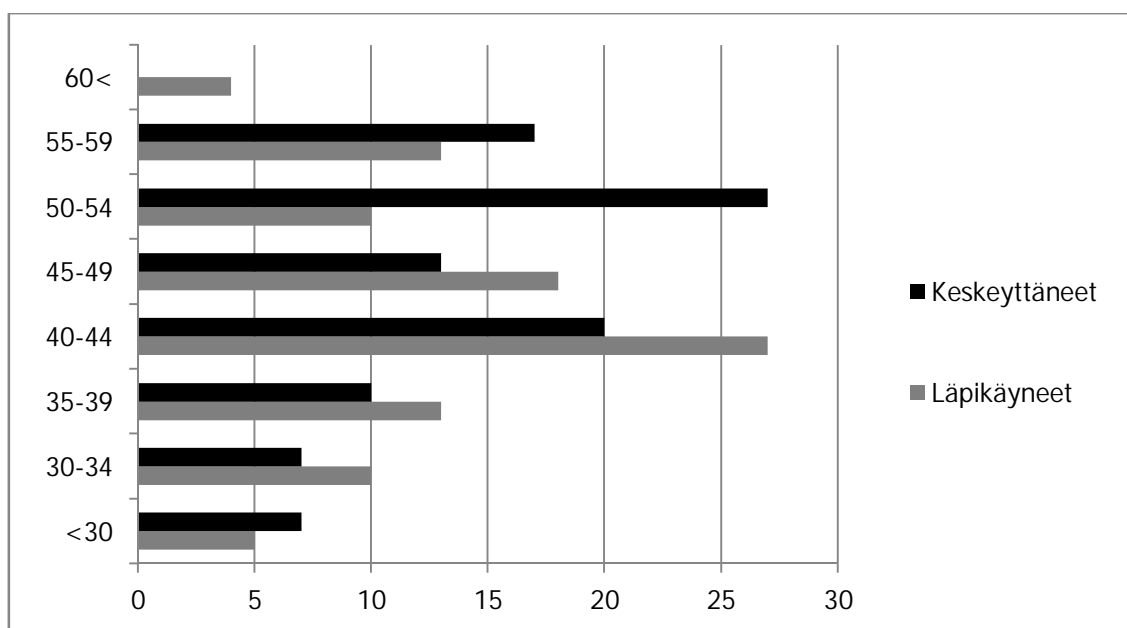


KUVIO 1. Toukolakodin kuntoutusjakson kaikkien asiakkaiden, keskeyttäneiden ja läpikäyneiden määrät vuosina 2001–2010.

Asiakasmäärissä, samoin kuin läpikäyneiden ja keskeyttäneiden määrissä on huomattavaakin vuotuista vaihtelua, mutta Toukolakodin henkilökunnan arvioimana suhdeluku keskeyttäneiden ja läpikäyneiden välillä on pysynyt Toukolakodin toiminnan alkua ajoista lähtien pitkällä aikavälillä melko samana.

Tutkimallamme ajanjaksolla aineistomme nuorin asiakas oli Toukolakotiin tullessaan 24-vuotias ja vanhin 62. Kaikkien asiakkaiden keskiarvo iän suhteen oli 44,4 vuotta. Moodi eli havaintoaineiston yleisin ikä oli 43 vuotta ja mediaani eli havaintoaineiston keskimääräinen arvo oli 44 vuotta.

Kuntoutusjakson onnistuneesti läpikäyneiden ja keskeyttäneiden keski-ikä 44,1 vuotta ja 45,3 eivät eronneet juurikaan toisistaan. Keskeyttäneistä yli neljännes kuului ikäryhmään 50–54-vuotiaat, läpikäyneistä taas ikäluokkaan 40–44-vuotiaat.



KUVIO 2. Toukolakodin kuntoutusjakson 2001–2010 läpikäyneet (N=85) ja keskeyttäneet (otos, N=30) prosentiosuuksina kokonaismäärästä eri ikäluokissa.

Ammatin suhteen miltei kaksi kolmasosaa kaikista kuului alempaan tasoon, kolmasosa keskitasoon ja vain kolme prosenttia ylempään ammattiluokkaan. Johdonmukaisesti vajaalla puolella asiakkaista oli koulutustaustana vain perus- tai kansakoulu ja noin kolmasosalla ammattikoulu tai lukio käytynä.

Siviilisääty sekä läpikäyneillä että keskeyttäneillä oli noin 90 %:lla naimaton tai eronnut, keskeyttäneistä joka kymmenes oli naimisissa. Lapsi tai lapsia kaikista oli kuudella kymmenestä. Seurakuntaan kuuluvat olivat enemmistönä kummassakin ryhmässä, vain neljäsosa oli kirjoilla väestörekisterissä.

Polku Toukolakotiin oli hyvin yhteneväinen kummallakin ryhmällä, valtaosa (75,7 %) kaikista kuntoutujista tuli Toukolakotiin jostain toisesta kuntoutuslaitoksesta. Suoraan katkolta tai itsenäisesti hakeutuneita oli kumpiakin noin kymmenesosa asiakkaista.

Jonotusaika vaihteli asiakkailla nollasta aina 137:ään päivään, keskiarvon ollessa 24 päivää, mediaanin 17 ja moodi 9 päivää. Erot keskeyttäneiden ja läpikäyneiden välillä olivat marginaaliset. Hyvin positiivista oli havaita laskettujen kvartiilien mukaisesti että 75 % Toukolakotiin jonottaneista sai paikan kuitenkin 32 päivän sisällä ja neljäsosalla jonotusaika oli 9 päivää tai vähemmän. Tieto jonotusajasta puuttui 30 asiakkaalta.

Syynä kuntoutukseen hakeutumiseen puolet kaikista ilmoitti asunnottomuuden ja 40 % päihitteettömyyden tavoittelemisen, muita syitä nimesi joka kymmenes. Tulos osoittaa ainakin sen että vaikka kaikilla hakeutumisen yhtenä syynä on päihitteettömyyteen pyr-

kiminen, asiakkaat kokevat asunnottomuuden olevan useammin se ensisijainen syy. Lienee selvää että päihteettömän elämän viettäminen ilman vakinaista asuntoa on hakijoidenkin mielestä haasteellista.

Työttömiä kuntoutukseen tulijoista oli kaikista yhteensä miltei 90 %, onnistuneesti kuntoutuksen läpikäyneistä kuitenkin hieman useampi eli melkein joka kymmenes kävi töissä kuntoutuksen aloittaessaan.

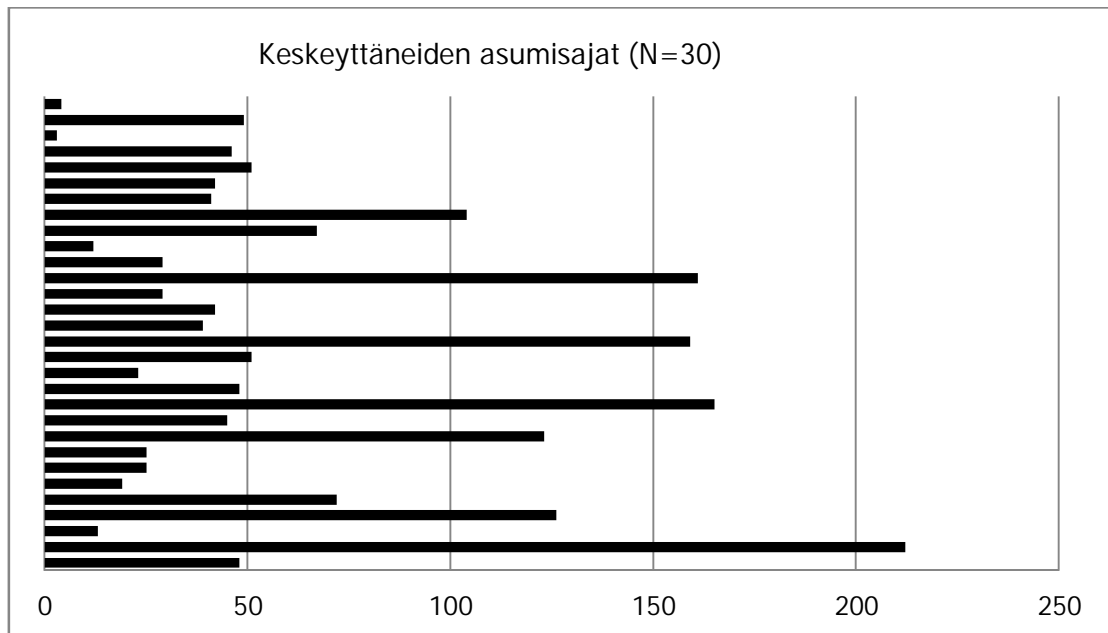
Päihdehistoria ei eronnut vertailtavien ryhmien välillä kovinkaan paljoa, pelkkä alkoholi oli yleisimmin käytetty päihde kummallakin ryhmällä. Yhdistelmä alkoholi ja miedot huumeet eli kannabis oli läpikäyneillä yleisempi kuin keskeyttäneillä (10,6 % ja 3,3 %) ja vastaavasti alkoholia ja kovia huumeita oli käyttänyt hieman useampi keskeyttäneistä kuin läpikäyneistä (13,3 % ja 7,1 %). Useiden eri päihteiden sekakäyttö oli myös keskeyttäneillä jonkin verran yleisempää (20 % ja 13 %). Tämän muuttujan kohdalla ristiintaulukoinnin prosenttiosuuksien tarkasteluun on syytä suhtautua varauksella koska havaintoarvojen määrä monessa luokassa on hyvin pieni keskeyttäneillä ja tilastollinen merkitsevyys siten epävarmaa.

Tieto kuntoutukseen hakijan asunnottomuuden kestosta puuttui 29 asiakkaalta. Keskimäärin Toukolakodin kuntoutuja oli ollut asunnottomana yli 400 päivää ennen kuntoutusjakson alkamista. Pitkää asunnottomuuden kestoa selittää useimmilla jakso toisessa kuntoutuslaitoksessa ja sitä ennen kenties asuntolassa asuminen, jotka tulkitaan myös asunnottomuudeksi, koska niissä ei olla virallisesti kirjoilla ja yleisesti hakijoiden vaikea elämäntilanne, jossa majoitutaan usein pitkiäkin aikoja kaverien luona ilman toivoa omasta vakinaisesta asunnosta.

Keskeyttäneillä somaattisen sairauden esiintyvyys oli yleisempää (40,0 %:lla jokin somaattinen sairaus diagnosoituna) ja läpikäyneillä psyykkisen sairauden (23,5 %:lla jokin diagnosoitu psyykinen sairaus), mutta jokin somaattinen tai psyykinen sairaus oli kummallakin ryhmällä noin puolella asiakkaista.

Asiakkaiden mahdollisesti käyttämä lääkitys oli dokumentoitu asiakastietolomakkeisiin melko kattavasti ja Toukolakodin henkilökunta oli vahvasti sitä mieltä että lääkitys heidän asiakkaillaan oli lisääntynyt koko ajan. Otimme tarkasteluun vain tiedon siitä oliko asiakkaalla lääkitystä vai ei. Mahdollinen lääkitys oli yhtä yleistä kummallakin ryhmällä eli hieman yli puolella (keskeyttäneet 53.3 % ja läpikäyneet 52.9 %) asiakkaista oli säännöllinen lääkitys johonkin sairauteen tai vaivaan.

Vertailtavista ryhmistä keskeyttäneillä keskimääräinen asumisaika Toukolakodissa oli 62.4 päivää. Läpikäyneiden keskiarvo jäi hieman alle yhteen vuoteen ollen 340.1 päivää. Kiinnostavaa keskeyttäneiden asumisajassa oli se, että kaksi kolmasosaa heistä keskeytti kuntoutuksen ensimmäisten 50 päivän aikana. Kuvion 3 mukaisesti vain yksi kuntoutuja keskeytti kuntoutusjakson oltuaan Toukolakodissa yli 165 päivää. Pohdinnassa palaamme siihen kuinka tärkeää on tukea ja pyrkiä aktivoimaan asiakkaita juuri muutaman ensimmäisen kuukauden aikana.



KUVIO 3. Toukolakodin kuntoutusjakson vuosina 2001–2010 keskeyttäneiden asumisajat vuorokausina.

8.2 Tulokset

8.2.1 Oloaikana töihin tai opiskelemaan

Ristiintaulukointien frekvenssien ja prosentiosuuksien tarkastelun perusteella kuntoutujan pääseminen töihin tai opiskelujen aloittaminen kuntoutusaikana näyttäisi parantavan mahdollisuutta kuntoutusjakson läpäisemiseen. Kaikista kuntoutujista neljä kymmenestä oli aloittanut opiskelut tai käynyt töissä kuntoutusjakson aikana. Läpikäyneistä miltei puolella ja keskeyttäneistä viidesosalla oli opiskelu- tai työpaikka kuntoutusaikana. Kun muistamme, että kuntoutukseen hakijoista vain joka kymmenes oli samassa tilanteessa, muutos on huomattava. Pearsonin Khiin neliötestin mukaan ($p=.030$) tulos on tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 1. Toukolakodissa oloaikana töihin tai opiskelemaan.

	Ei		Kyllä	
	N	%	N	%
Keskeyttäneet	23	76,7	7	23,3
Läpikäyneet	46	54,1	39	45,9
Yhteensä	69	60,0	46	40,0

8.2.2 Aktiivisuus/vastuutehtävät

Puolella aineistomme läpikäyneistä oli vastuurooli Toukolakodissa tai he olivat vähintään jonkin verran aktiivisia kuntoutuksessa ollessaan. Vastaavasti kukaan keskeyttäneistä ei ollut toiminut aktiivisesti tai vastuuroolissa.

Asiakkaan aktiivisuus/vastuurooli oli tilastollisesti merkitsevä tekijä vertailtaessa ryhmiä toisiinsa ($p=.000$). Tulosta voi käytännössä selittää se tosiasia että keskeyttäneiden ryhmän asiakkaat eivät ole kuntoutusjaksonsa aikana ehtineet edetä vielä esimerkiksi vastuurooliin Toukolakodissa. Kukaan aineistomme keskeyttäneistä ei ollut toiminut esimerkiksi toverikunnan puheenjohtajana tai muissa vastuurooleissa. Heidän yleistä aktiivisuuttaan ei ollut kenties ehditty myöskään todentaa asiakastietolomakkeisiin muullakaan tavalla.

TAULUKKO 2. Toukolakodin asiakkaiden aktiivisuus kuntoutusjakson aikana.

	Heikko		Jonkin verran		Aktiivinen/vastuurooli	
	N	%	N	%	N	%
Keskeyttäneet	28	93,3	2	6,7	0	0,0
Läpikäyneet	43	50,6	19	22,4	23	27,1
Yhteensä	71	61,7	21	18,3	23	20,0

8.2.3 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalisen verkoston laajuus osoittautui heikoksi kummassakin ryhmässä noin neljäsosalla asukkaista. Samoin jonkin verran sosiaalista verkostoa oli melko yhtäläisesti kahdella kolmasosalla kaikista. Vahva sosiaalinen verkosto löytyi 15,3 %:lla läpikäyneistä ja vain reilulla kuudella prosentilla keskeyttäneistä.

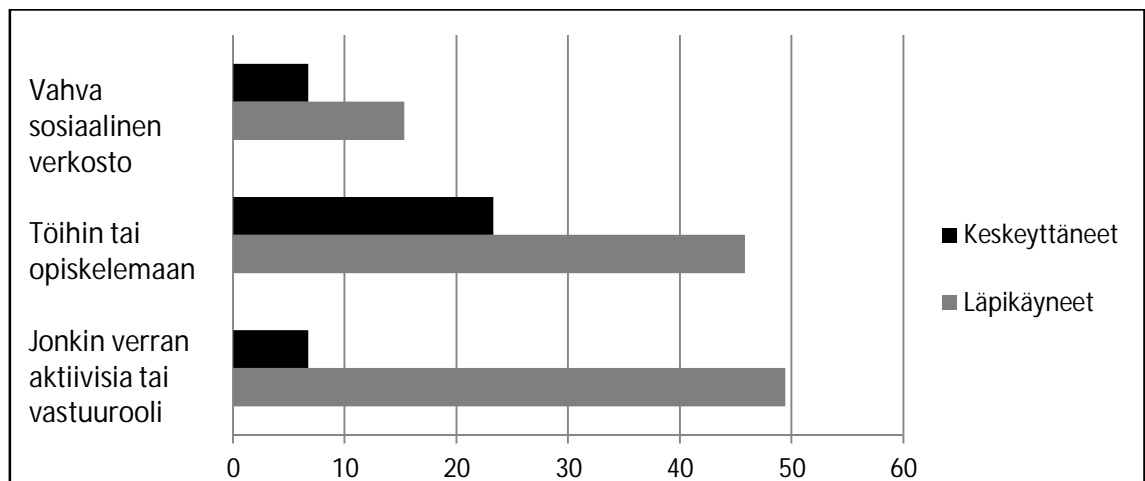


KUVIO 4. Sosiaalisen verkoston laajuus keskeyttäneillä ja läpikäyjillä (N=30 ja N=85).

8.2.4 Läpikäyneen asiakkaan profiili

Tärkeimmät asiat, jotka kuvaavat onnistuneesti Toukolakodin kuntoutusjakson läpikäynyttä verrattuna keskeyttäneeseen:

- 1) Läpikäyneillä vahva sosiaalinen verkosto 15,3 %:lla, keskeyttäjäistä 6,7 %:lla.
- 2) Melkein puolet läpikäyneistä Toukolakodissa oloaikana töihin tai opiskelemaan (45,9 %), keskeyttäneistä alle neljännes (23,3 %).
- 3) Läpikäyneistä puolet (49,4 %) jonkin verran aktiivisia tai heillä on vastuurooli Toukolakodissa, keskeyttäneistä vain 6,7 %:lla.



KUVIO 5. Tärkeimmät erot Toukolakodin aineistossa 2001–2010 kuntoutusjakson läpikäyneiden ja keskeyttäneiden välillä

Onnistuneesti Toukolakodin kuntoutusjakson läpikäyneen profiiliksi muodostui aineistomme perusteella seuraavanlainen luonnehdinta:

Onnistunut läpikäyjä Toukolakodissa on tilastollisen kuvauksen mukaan Toukolakotiin tullessaan työtön ja asunnoton, noin 44-vuotias, ammattitautaltaan alemmaa tasoa, naimaton tai eronnut, taustakoulutuksena yleisemmin perus- tai kansakoulu, hänellä on lapsia, tulee Toukolakotiin kuntoutuslaitoksesta, on kirjoilla seurakunnassa, alkoholi yleisimmin käytetty päihde, omaa jonkin verran tai vahvan sosiaalisen verkoston ja on Toukolakodissa ensimmäistä kertaa. Hän on Toukolakodissa aktiivinen osallistumaan talon toimintaan ja toimii usein vastuuroolissa. Kuntoutusjakson aikana hän usein työllistyy tai aloittaa opiskelut. Hän asuu Toukolakodissa noin vuoden ja muuttaa tukiasuntoon.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli löytää Toukolakodin puolimatkan talon alkoholiriippuvaisille kuntoutujille tarkoitetun asumisyksikön asiakkaista ja heidän henkilöhistoriaan säännönmukaisia piirteitä. Tämä saattaisi myös auttaa selkiyttämään yksikön ja työntekijöiden menetelmiä ja työtapoja. Lisäksi toivoimme vahvistavamme heidän kokemuseräisiä tietojaan ja tuntemuksiaan kohderyhmänsä osalta. Samanaikaisesti halusimme selvittää, olisiko sovitun asumisajan läpikäyneillä ja asumisjaksonsa kesken jättäneillä joitain selkeitä, onnistumista selittäviä eroja edellä mainituissa henkilöhistorioissa sekä onko määrällisellä tutkimuksella ja erityisesti tällä aineistolla yleensä mahdollista saada vastauksia kysymyksiimme.

Teimme tutkimuksemme tilastollisesti asiakasarkistojen tietoihin perustuen, koska halusimme nimenomaan välttää sitä tilannekohtaisuutta ja henkilökohtaisuutta, toisin sanoen erilaisten vuorovaikutustilanteiden mahdollista vaikutusta tutkimustuloksiin, mikä on esimerkiksi laadullisen haastattelu- tai havainnointitutkimukselle tyypillistä. Lisäksi katsoimme että Toukolakodin asiakastietorekisteri oli ollut toistaiseksi melko hyödynämätön tietolähde. Etukäteen toki mietitytti hieman vaikeammin luokiteltavien tekijöiden, kuten koulutustaustan, sosiaalisen verkoston, asiakkaan aktiivisuuden ja niin edelleen totuudenmukainen kirjaaminen, mutta näidenkin osalta saimme luotua mielestämme varsin luotettavan ja tasapuolisen luokittelusysteemin. Asiakkaiden tekemiset ja tärkeimmät aikaansaannokset esimerkiksi sosiaalisen verkoston laajuuteen ja yhteisöllisyyteen liittyvissä asioissa Toukolakoti-jaksonsa aikana oli onneksi asiakastietolo-

makkeisiin varsin kattavasti kirjattu, joko henkilökunnan havainnoimana tai asiakkaan itsensä kertomana.

Tutkimusaineistomme tarkastelun perusteella voimme varovasti esittää arvion että taustatekijät tai taustamuuttajat joita olemme käsitelleet, eivät osoittaneet riippuvuutta vertailtavien ryhmien välillä. Havaittavat erot koskivat muuttujia jotka tapahtuvat Toukolakodissa oloaikana tai liittyvät Toukolakodin toimintaan. Tulos voisi tarkoittaa käytännössä sitä että kaikki kuntoutujat aloittavat kuntoutusjakson samasta tilanteesta ja Toukolakodin henkilökunnan rooli päihdekuntoutujan tukijana on tärkeä.

Määrällisessä tutkimuksessa otoksen koko on tietenkin aina oleellinen tekijä sen luotettavuuden kannalta, ja läpikäyneiden asiakkaiden määrän pienuus ($n=85$) hieman arvelutti aluksi. Kyseessä oli kuitenkin kokonaisuusjoukko erään sosiaalialan yksikön eli Toukolakodin tietyn keskeisen ehdon täyttäneestä asiakasryhmästä tietyltä pitkäköltä ajanjaksolta (2001–2010). Vertailujoukon puolestaan muodostivat sattumanvaraisesti valittu vähimmäismäärä eli 30 asumisjaksonsa keskeyttänyttä asiakasta 173:stä mahdollisesta, joten tiedostimme kyllä että tähän osajoukkoon vertailu antaisi korkeintaan vain suuntaa-antavia viitteitä mahdollisista selittävistä eroavaisuuksista ryhmien välillä. Tämä rajaus oli kuitenkin pakko tehdä tutkielmaamme käytettävän ajan ja työmäärän kohtuullisuuden nimissä.

Tutkimusongelmaamme saimme mielestämme tulosten myötä vastauksia, jotka antavat vahvoja viitteitä tietyistä päihdekuntoutujan menestykseen eli päihteettömyyteen ja itsenäiseen asumiseen edesauttavista tekijöistä. Oma aktiivisuus niin asumisyksikössä kuin sen ulkopuolellakin, toisin sanoen halu ja motivaatio työntekoon, -hakuun ja opiskeluun, sekä mahdollisimman vahva sosiaalinen verkosto tulivat selkeästi esiin keskeyttäneisiin vertailtaessa. Tästä voisi päätellä, että myös henkilökunnan panostus heti asiakkaan sisäänmuutosta alkaen tämän aktiivisuuden ja motivaation herättämiseen olisi tärkeää. Muita erityisesti huomion kiinnittäneitä seikkoja oli se, että asiakkaat olivat kirjanneet ensisijaiseksi tulosyiksi Toukolakotiin asunnottomuuden päihteettömyyden sijaan yli puolessa tapauksista. Päihdekuntoutukseen liittyikin siten vahvasti myös muita yhteiskunnallisesti merkittäviä sosiaalisia haasteita.

Asiakastietolomakkeen sisällöstä havaitsimme sellaisia puutteita, että esimerkiksi henkilön koulutustaustaa ei suoraan tiedusteltu ollenkaan. Samoin sen hetkinen ammatti kyllä mainittiin mutta ei välttämättä kovin tarkkaan käyty läpi asiakkaan aikaisempaa työuraa. Mielestämme nämä taustatiedot eivät liene mitenkään erityisen arkaluonteisia, sen sijaan hyvin merkittäviä ja oleellisia ajatellen asiakkaan ohjausta ja kannustamista

kuntoutuksen aikana. Näistä tiedoista voisi olla suuri apu henkilökunnalle kun jokaiselle kuntoutujalle pyrittäisiin heti kuntoutuksen alkaessa löytämään Toukolakodissa esimerkiksi sopiva vastuurooli yhteisössä. Myös sekä jonotusajan että asiakkaan asunnottomuuden keston kirjaaminen oli kattavuudeltaan vaihtelevaa. Etenkin jälkimmäisen osalta ei asiaa ainakaan asiakastietolomakkeessa ollut käsitelty monessa tapauksessa lainkaan. Yksilöllisen hoitosuunnitelman ja tavoitteiden kannalta voisi olettaa, että myös nämä tiedot saattaisivat olla merkityksellisiä.

Sosionomin näkökulmasta alkoholiriippuvainen kuntoutuja on samalla viivalla muidenkin yhteiskunnasta syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten kanssa, joiden oma tahto ja motivaatio on heikentynyt elämönhallintansa suhteen. Riippuvuusongelman laukaisijana ja sen ylläpitäjänä on voinut olla yksi tai useampi sosiaalinen, psyykinen tai fyysinen tekijä tai tapahtuma yksilön henkilöhistoriassa, joista työntekijän olisi hyvä olla edes pintapuolisesti tietoinen asiakkaan henkilökohtaisia tavoitteita määriteltäessä ja niihin pääsemisessä oikeanlaisin ohjaustoimenpitein ja työmenetelmin. Asiakkaan menneisyys muuten, prosessin pituus tai harppomalla otetut edistysaskeleet eivät ole ratkaisevan tärkeitä tekijöitä, vaan se että yhteinen matka jatkuu. Tärkeintä on saavuttaa keskinäinen luottamus asiakkaan ja työntekijän välillä, mitä kautta asiakkaan avoimuus ja rehellisyys myös itseään kohtaan lisääntyy ja rohkeus omien tarinoiden kertomiseen ja muunkinlaiseen itsensä ilmaisuun kasvaa. Täten asiakas on mahdollista saada lopulta voimaantumaan riittävästi, että hän kykenee parantumaan riippuvuusongelmastaan ja tulemaan taas osalliseksi yhteisöä ja yhteiskuntaa sen täysipainoisena, motivoituneena jäsenenä. Jo aiemmin toteamamme määrä kolmasosasta, joka vuosittain keskimäärin läpäisee Toukolakodin kuntoutusjakson, tuntuu pieneltä. Päihdekierteen katkaiseminen on vaativa ja aikaa vievä prosessi, jossa nimenomaan sosionominipuolisena sosiaalialan ammattilaisena on omimmillaan.

Alkoholiriippuvuus on etenkin monen lääketieteellisestä näkökulmasta katsovan mielestä sairaus. WHO:n mukaan kyseessä on oireyhtymä. Esimerkiksi sosiaalialan työntekijän tai asiakkaan oma käsitys ongelmastaan saattaa olla kuitenkin joku toinen. Emme ole pyrkineet työssämme ottamaan tiukkaa kantaa tähän asiaan suuntaan tai toiseen, vaan olemme pelkästään kirjanneet erilaisia terveys- ja sosiaalialan asiantuntijoiden näkökulmia. Lähdemme kuitenkin siitä, että silloin kun ihminen on tullut riippuvaiseksi jostain päihdyttävästä aineesta niin ettei kykene enää hillitsemään tai hallitsemaan itseään, kyseessä on sairaus. Tällä tulkinnalla mainitun Maailman Terveysjärjestön ICD-10-järjestelmän kuusi kriteeriä (ks. sivu 8) ovat myös tämän tutkimuksen tekijät valmiita allekirjoittamaan päteväksi alkoholiriippuvuuden eli alkoholismiksi kutsutun sairauden diagnoosiksi.

Toukolakodin asiakkaina on vuosittain 2000-luvulla ollut keskimäärin 25 asiakasta. Tulosten käytäntöön soveltamisen ja tulosten yleistettävyyden suhteen on toki syytä suhtautua varovaisesti, mutta päihdekuntoutuksen kehittämisen näkökulmasta myös määrällisen tutkimuksen tekeminen antaa varmasti vahvistusta mietittäessä edelleen toimivia menetelmiä ja työtapoja päihdekuntoutujien kanssa työskentelyssä.

Jatkotutkimuksen aiheita mietittäessä koimme että tutkimaamme aineistoa voisi myöhemminkin hyödyntää esimerkiksi tekemällä vertailua muiden puolimatkan talojen tai toista kuntoutusmenetelmää käyttävien tahojen välillä. Lisäksi olisi mielenkiintoista yhdistää aineistoomme Toukolakodista pois muuttaneiden seuranta ja kvalitatiivista tutkimustapaa ja näin hakea vielä vahvistusta tuloksillemme. Kenties Toukolakodin arkistoja voisi hyödyntää menemällä aineiston tarkastelussa ajallisesti paljon taaksepäinkin. Myös naisten kuntoutus vastaavissa yksiköissä ansaitsisi oman tutkimuksensa.

Pekka Saarnion (2004) mukaan Suomessa on tehty niukasti nimenomaan päihdeongelmista toipumista koskevaa tutkimusta aihepiirin ollessa yhteiskunnallisesti kuitenkin hyvin merkittävä. Päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutushoidon toteuttaminen päihdekierteen katkaisemiseksi säästää kansantaloudellisestikin satoja tuhansia euroja vaihtoehtoisina kustannuksina (Stakes: Ehkäisy ja hoito: 9). Yhtäläisesti päihdekuntoutukseen ja päihdekuntoutujien onnistumiseen liittyviä, erityisesti kvantitatiivisia opinnäytetöitä on ammattikorkeakouluissa tehty tarkastelemiemme tietokantojenkin mukaan viime vuosina vähän. Toivommekin opinnäytetyömme myötä herättävämmä kiinnostusta jatkossa päihdekuntoutuksen kehittämiseen erityisesti Toukolakodin kaltaisten asumisyksikköjen osalta. Mielestämme on rikkaus että päihdekuntoutuksen kentällä toimii erilaisia yksiköjä jolloin myös asiakkaille on olemassa valinnanvaraa mietittäessä omalle kohdalleen sopivinta kuntoutusmenetelmää- ja tapaa.

LÄHTEET

- Aalto, Mauri. 2010. Alkoholiriippuvuus. Toimittaneet Seppä, Kaija – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo. Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Ahlström, Salme. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Erkkilä, Elisabet – Stenius-Ayoade, Agnes. 2009. Asunnottomat vastaanottoyksikössä. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskuksen tutkimuksia. Helsinki.
- Eskola, Kari. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Granström, Veikko – Kuoppasalmi, Kimmo. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Grönroos, Matti. 2003. Johdatus tilastotieteeseen. Kuvailu, mallit ja päättely. Finn Lectura. Tampere.
- Havio, Marjaliisa - Inkinen, Marja - Partanen, Airi (toim.). 2008. Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki.
- Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Asumispalvelut. 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdeyto/asumispalvelut/toukolakoti>>. Päivitetty 19.7.2010. Luettu 19.9.2010.
- Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Asunnottomien palvelut. 2010. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Asunnottomien_palvelut>. Päivitetty 17.8.2010. Luettu 25.8.2010.
- Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Palvelukeskukset. 2010. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/asunnottomien_palvelut/palvelukeskukset/hietanien_kadun_palvelukeskus>. Päivitetty 15.7.2010. Luettu 25.8.2010.

- Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto Päihdetyö. 2010. Verkkodokumentti.
<<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdeetyo/toimintakeskukset>>. Päivitetty 19.7.2010.
Luettu 24.9.2010.
- Hietalinna-yhteisö. n.d. Verkkodokumentti.
<<http://www.hietalinna.fi/hietalinna/tervetuloa-hietalinnaan/>>. Luettu 19.9.2010.
- Holmberg, Jan. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Holmberg, Nils. 2009. Järvenpään sosiaalisairaala. Päihdelinkki. Verkkodokumentti.
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/652-kognitiivinen-psykoterapia>>. Päivitetty
7.10.2009. Luettu 13.8.2010.
- Holopainen, Antti. 2008. Kuntoutus. Toimittaneet Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko. Duodecim. Otava. Keuruu.
- Holopainen, Martti – Pulkkinen, Pekka. 2004. Tilastolliset menetelmät. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Hyytiä, Petri. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kallervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Hämäläinen, Juha. 1999. Johdatus sosiaalipedagogiikkaan. Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Ikonen, Yrmy. 2009. Järvenpään sosiaalisairaala/Hietalinna-yhteisö. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoito>>. Päivitetty 14.10.2009. Luettu 13.8.2010.
- Inkinen, Maria – Partanen, Airi – Sutinen, Tiina. 2003. Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki.
- Jokinen, Arja – Juhila, Kirsi (toim.). 2008. Sosiaalityö aikuisten parissa. Gummerus. Jyväskylä.
- Julkunen, Raija. 2008. Sosiaalialan normatiivinen perusta. Toimittaneet Niemi, Petteri – Kotiranta Tuija. Palmenia. Helsinki.

- Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina. 2003. Kuntoutus. Toimittaneet Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko. Duodecim. Otava. Keuruu.
- Kettunen, Raisa – Leppänen, Airi. 1994. Myllyhoito. Gummerus. Jyväskylä.
- Kiianmaa, Kalervo. 2010. Alkoholiriippuvuus. Toimittaneet Seppä, Kaija – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo. Duodecim. Karisto. Hämeenlinna.
- Lahtinen-Antonakis, Satu. 2007. Päihderiippuvuudesta toipumisen kokemuksia - Miehet kertovat toipumisestaan ja sen ylläpidosta. Settlementtijulkaisuja 21. Suomen settlementiliitto. Helsinki.
- Laitinen, Kalevi – Mäkelä, Rauno. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Launonen, Leevi – Puolimatka, Tapio. 1999. Sosiaalipedagogiikan ihmiskäsitykset ja etiikka. Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Lappalainen-Lehto, Riitta – Romu, Marja-Liisa – Taskinen, Mailis. 2007. Haasteena päihtet. WSOY. Helsinki.
- Myllyhoitoyhdistys ry. 2010. Verkkodokumentti.<<http://www.myllyhoito.fi/>>. Luettu 13.8.2010.
- Mäkelä, Rauno. 2003. Päihdelääketiede. Toimittaneet Salaspuro, Mikko – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. Duodecim. Gummerus. Jyväskylä.
- Mäkelä, Rauno – Aalto, Mauri. 2010. Alkoholiriippuvuus. Toimittaneet Seppä, Kaija – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo. Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Oskelakoti. 2010. Verkkodokumentti.<<http://oskelakoti.fi/?p=Etusivu>>. Päivitetty 19.9.2010. Luettu 19.9.2010.
- Partala, Sirkka – Siilahti, Maija. 2010. Mainiemen kuntoutumiskeskuksen asiakkaat – kokemuksia päihdehoidosta. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

Saarnio, Pekka. 2004. Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa etsimässä. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):3 (s.296)

Salo-Chydenius, Sisko. 2010. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Verkkodokumentti.
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/651-toiminnalliset-ja-luovat-menetelmat>>.
Päivitetty 27.5.2010. Luettu 13.8.2010.

Stakes. 2009. Päihdetilastollinen vuosikirja. Verkkodokumentti.
<<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>>. Luettu 28.9.2010

Stakes 2007. Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Stakes.

Suikkanen, Asko – Piirainen Keijo. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Toimittaneet Suikkanen, Asko – Härkäpää, Kristiina – Järvikoski, Aila – Kallanranta, Tapani – Piirainen, Keijo – Repo, Marjatta – Wikström Juhani. WSOY. Helsinki

Suoja-Pirtti. 2010. Verkkodokumentti. < <http://www.suoja-pirtti.fi/sillanpirtti.php>>. Luettu 19.9.2010.

Tervalammen kuntoutuskeskus. 2007.
<<http://www.tervalammenkartano.com/fin/perusjakso.html>>. Luettu 19.9.2010.

TN Halfway Houses. 2010. A Friend of Bill's. Verkkodokumentti.<
<http://www.friendofbills.com/halfway-houses.htm>>. Luettu 28.9.2010.

Toukolakoti. 2010. Asuntolan oma yksikkökohtainen esite. Henkilökunnan antama suullinen informaatio. Toukolakoti.

Valtioneuvoston asetus päihdehuoltolaista 17.1.1986/41/1 luku. Annettu Helsingissä 1986.

Vilkko-Riihelä, Anneli. 1999. Psyhyke –psykologian käsikirja. WSOY. Porvoo.

Österberg, Esa - Mäkelä Pia. 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päihdelinkki. Verkkodokumentti.<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>>.Päivitetty 12.10.2009. Luettu 12.8.2010.

TOUKOLAKOTI SUOSTUMUS

1. Sitoudun ehdottomaan päihteettömyyteen myös lomilla. Esitän käyttämäni lääkkeet, niiden reseptit sekä reseptivapaat lääkkeet henkilökunnalle eikä hallussani ei ole lääkkeitä joista henkilökunta ei ole tietoinen. Ilmoitan lääkemuutoksista ja sitoudun huumeseulaan asumisen alkaessa sekä pyydettyä ja puhaltamaan alkometriin sitä pyydettyä.
2. Hyväksyn, että myös Toukolakodin toverikunnalla on oikeus päihtymystä epäiltäessä puhalluttaa epäilyksenalainen alkometrillä.
3. Sitoudun osallistumaan toverikunnan kokoukseen kerran viikossa. Ymmärrän, että poissaolo ilmoittamatta riittää uloskirjaamissyysksi. Kokous on tiistaina kello 17:00.
4. Sitoudun yksilökeskusteluun henkilökunnan kanssa kerran kuussa ja sitoudun noudattamaan yhdessä laadittua kuntoutussuunnitelmaa.
5. Käyttäydyn asiallisesti ja kunnioittavasti yhteisön muita jäseniä ja henkilökuntaa kohtaan. Väkivaltainen käytös tai sillä uhkaaminen johtaa asumissuhteen purkautumiseen.
6. Lomaoikeuteni astuu voimaan viikon kuluttua Toukolakotiin muuttamisesta ja voin olla yölomalla 1 – 2 vrk kerrallaan ja viikon aikana lomavuorokausia voi olla enintään 3. Vastaan itse ilmoittautumisestani päivystäjälle lomalta palattuani. Voin lähteä uudelle lomalle yövyttyäni Toukolakodissa. Mikäli olen ilmoittamatta yön pois, merkitsee se asumissuhteeni päättymistä. Lomia en voi pyytää tai jatkaa puhelimitse. Viikon asuttuani voin lunastaa myös Toukolakodin avaimet 20 €:n panttia vastaan
7. Huolehdin henkilökohtaisesta hygieniastani, huoneeni siisteydestä sekä osallistun talon yhteisten tilojen ja pihan siivoamiseen ryhmissä kerran kuussa. Huonetta muuttaessa siivoan entisen huoneeni samoin kuin Toukolakodista pois muuttaessani.
8. Huolehdin itse ruokataloudestani ja siivoan jälkeni.
9. En säilytä Toukolakodissa päihteitä tai niiden käyttöön tarkoitettuja tai soveltuvia välineitä. Hallussani ei myöskään ole teräaseita eikä niihin rinnastettavia välineitä.
10. Hyväksyn, että sääntörikkomuksen takia uloskirjoitettu voi päästä takaisin Toukolakotiin aikaisintaan 4 kuukauden kuluttua.
11. Huolehdin asiakasmaksuni ajallaan. Asukasmaksujen laiminlyönti johtaa uloskirjoittamiseen.
12. Sitoudun siihen, että lähdettyäni tavaroitani säilytetään 3 kuukautta ja 1 päivä, jonka jälkeen ne siirtyvät toverikunnan omaisuudeksi. Ruokatavarat menevät 2 päivän ilmoittamattoman poissaolon jälkeen yhteiseen käyttöön. Tavaroiden haku tapahtuu ainoastaan henkilökunnan kanssa ennalta sovittuna aikana.
13. Huolehdin omista vieraistani itse. Muut vierailijat ohjaan henkilökunnan luokse. Vierailijat käyttävät vain yleisiä tiloja ja poistuvat n. klo 21.00.
14. Hyväksyn, että Toukolakodin työntekijät voivat ottaa yhteyttä eri viranomaisiin ja hoitotahoihin kuntouttamistani edesauttavissa asioissa.
15. Sitoudun Toukolakodin kotiintuloaikoihin. Ne ovat kello 23:00 arkisin ja kello 24:00 perjantaisin ja lauantaisin.
Olen lukenut edellä mainitut ohjeet ja sitoudun noudattamaan niitä.

Päiväys _____

Asiakas

Henkilökunta

ASUKAS-INFO

Käytännön tietoa Toukolakodista

HENKILÖKUNTA	<p>Henkilökunnan toimisto sijaitsee talon toisessa kerroksessa. Toukolakodin henkilökuntaan kuuluvat johtava ohjaaja, sosiaaliohjaaja ja kolme kertaa viikossa työskentelevä hoitoapulainen. Lisäksi vaihtuvat sosiaalialan opiskelijat suorittavat meillä usein työharjoittelujaksonsa.</p> <p>Henkilökunnan tavoittaa puhelimitse arkisin kello 8-17. Muina aikoina voi puhelimitse jättää viestin vastaajaan. Henkilökunnan puhelinnumerot ovat 050-4020 841 tai 040-3340 308.</p> <p>Henkilökunnan virka-ajan ulkopuolella sattuvissa konflikteissa tulee ottaa yhteys poliisiin. Puhelinnumero on 10022.</p>
ASUKKAAT	<p>Toukolakodissa on 15 asukaspaikkaa. Asukkaat muodostavat yhdessä Toukolakodin asukas-yhteisön, Toverikunnan. Toverikunta huolehtii asukkaiden asioista, kuten kahvipalveluista, saunasta, tietokoneista ja päivystystoiminnasta. Toverikunta valitsee yhteisöstään puheenjohtajan, sihteerin, rahastonhoitajan, atk-vastaavan sekä perehdyttäjän.</p> <p>Toverikunta kokoontuu joka tiistai kello 17.00 ja <i>kaikkien asukkaiden tulee osallistua tapahtumaan</i>. Kokouksissa keskustellaan yleisesti talon asioista ja käydään läpi menneitä ja tulevia tapahtumia.</p> <p>Asukkailla on mahdollisuus hoitaa asioitaan puhelimitse alakerran puhelinhuoneessa. Asukaspuhelimen numero on 09-310 42979.</p>
PEREHDYTTÄJÄ	<p>Toukolakodissa toimii uusien asukkaiden saapumisen helpottamiseksi toverikunnan valitsema perehdyttäjä. Perehdyttäjän tehtäviin kuuluu uuden asukkaan opastus talossa ja päivystäjän tehtävien opettaminen käytännössä. Tarvittaessa perehdyttäjä toimii myös ensimmäisen parin päivän aikana uuden asukkaan tukena ja pyrkii tarvittaessa auttamaan talon käytäntöön liittyvissä asioissa. <i>Perehdyttäjältä on lupa kysyä apua</i>. Tällä hetkellä perehdyttäjänä toimii _____ , huone ___.</p>
PÄIVYSTYS	<p>Toukolakodissa on iltaisin asukaspäivystys. Päivystysvuoro alkaa kello 16.00 ja päättyy arkisin kello 23.00. Viikonloppuisin, pe-la ja la-su välisenä aikana, päivystys päättyy kello 24.00. Vuorolista löytyy alakerran rappukäytävästä ja päivystäjän tehtävät on kirjattu alakerran kahvihuoneen ilmoitustaululla olevaan listaan. Päivystysilta on noin kerran kahdessa viikossa, kuitenkin niin, että ensimmäisen asumisviikon aikana ei ole päivystysvuoroa.</p> <p>Päivystäjällä on velvollisuus puuttua toimintaan jos talon sääntöjä on rikottu tai sääntöjen rikkomiseen liittyy vahva epäily. <i>Päivystäjällä on oikeus päihtymystä epäiltäessä puhalluttaa epäilyksenalainen alkometrillä</i>.</p>
VIIKKO-OHJELMA	<p>Viikoittainen ohjelma löytyy talon toisessa kerroksessa sijaitsevasta kalenterista, johon myös asukkailla on halutessaan oikeus lisätä tietoja mahdollisista aktiviteeteista tai muista ajanviettomahdollisuuksista.</p> <p>Toukolakodin toverikunta kokoontuu joka tiistai kello 17.00 ja jokaisen asukkaan tulee osallistua kokoukseen. Perjantai-iltapäivisin pidetään vapaamuotoinen kahvihetki, johon ovat tervetulleita myös Toukolakodin entiset asukkaat. Myös erilaisia retkiä ja vierailuja pyritään järjestämään mahdollisuuksien mukaan.</p>

LIITE 2

2(2)

POISTUMIS- JA PALUUKÄYTÄNNÖT	<p>Jokainen asukas vastaa itse poistumis- ja paluukäytäntöjen noudattamisesta.</p> <p>Liikkuminen on vapaata, mutta paluuajoja on ehdottomasti noudatettava. Arkisin Toukolakotiin on palattava viimeistään kello 23.00 ja viikonloppuisin, pe-la ja la-su välisinä aikoina, viimeistään kello 24.00. <i>Jos paluu tapahtuu kello 16.00 jälkeen, on asukas velvollinen ilmoittautumaan päivystäjälle.</i></p>
LOMAT	<p>Lomaoikeus astuu voimaan viikon kuluttua Toukolakotiin muuttamisesta. Asukas saa olla yölomalla 1 – 2 vuorokautta kerrallaan ja viikon aikana lomavuorokausia voi olla enintään kolme. Kahden lomavuorokauden jälkeen asukkaana on yövyttävä Toukolakodissa ennen lähtöään lomalle seuraavan kerran. <i>Päihteettömyys koskee myös loma-aikaa.</i> Lomat merkitään toisen kerroksen ilmoitustaululta löytyvään lomalistaan.</p> <p>Asukas vastaa itse ilmoittautumisestaan päivystäjälle lomalta palattuaan. Mikäli asukas on ilmoittamatta yön pois, merkitsee se asumissuhteen päättymistä. Erikoistapauksissa loma-ajoista voi neuvotella henkilökunnan kanssa. <i>Lomia ei voi pyytää tai jatkaa puhelimitse.</i></p>
VIERAAT	<p>Toukolakodissa voi vierailla joka päivä kello 8:00 -21:00 välisenä aikana. Jokainen vastaa omista vieraistaan ja vieraisiin pätevät samat säännöt kuin asukkaisiin. Asukkaiden lapset voivat yöpyä Toukolakodissa, mutta yöpymiseen on aina kysyttävä lupa huonekaverilta ja henkilökunnalta. Muut vierailijat tulee ohjata henkilökunnan luokse.</p>
AVAIMET	<p>Oman huoneen avaimen saa saapuessaan Toukolakotiin. Ulko-oven avaimen voi lunastaa viikon talossa asumisen jälkeen henkilökunnalta 20€ suuruista panttia vastaan. Jos asukas kadottaa huoneensa avaimen henkilökunnan työajan ulkopuolella, löytyy Toukolakodista siltä varalta yleisavain. Turvallisuuden ylläpitämiseksi yleisavaimen paikka vaihtuu aika ajoin.</p>
INFO-KANSIO	<p>Hyödyllistä tietoa niin asumis-, päihde- kuin muistakin sosiaalialan asiakkaan palveluista ja harrastustoiminnasta löytyy toisen kerroksen ilmoitustaulun alla olevasta punaisesta kansiosista. Tarpeellista informaatiota ja uusimmat yhteystiedot löytyvät kätevästi myös asukkaiden tietokoneilta. Tiedot on kerätty Internet-selaimen kirjanmerkkeihin "INFOKANSIO-otsakkeen" alle. Tarkemmat ohjeet löytyvät tietokoneiden läheisyydestä.</p>
PYYDÄ APUA	<p>Ongelmatilanteen tullessa pyydä apua henkilökunnalta tai Toverikunnan jäseniltä. He pyrkivät varmasti auttamaan ja ohjaamaan sinua parhaansa mukaan huolenaiheesta riippumatta. Tärkeintä on, että ongelma saadaan selvitettyä. <i>Älä jää yksin!</i></p> <p>TERVETULOA TOUKOLAKOTIIN!</p>

TOUKOLAKOTI

Toukolakoti on 15-paikkainen helsinkiläisille, työikäisille, asunnottomille, päihdeongelmaansa hoitaville miehille tarkoitettu päihdehuollon asumisyksikkö.

Toukolakoti tukee päihteettömyyden, vastuulliseen elämään sekä auttaa etsimään itselleen sopivia avohoidon palveluja. Toukolakoti sijaitsee hyvien kulkuyhteyksien ja Arabian kauppakeskuksen läheisyydessä, Helsingin Toukolassa.

Toukolakotiin tullaan kattaushoidon ja laitostuntoutuksen tai avopalvelujen kautta. Asiaksmaksu on riippuvainen asukkaan tuloista, mutta korkeintaan 13,30 € majoitusvuorokautta kohden.

Taloon muuttaessaan asukas sitoutuu Toukolakodin sääntöihin. Päihteiden käyttö, lomalta palaamattomuus ja väkivaltainen käytös johtavat asumissuhteen purkamiseen. Lomalla voi olla omalla ilmoituksella kolme yötä viikossa, näistä kaksi peräkkäin. Pidemmistä lomista on sovittava henkilökunnan kanssa.

Toukolakodissa jokainen huolehtii omasta taloudestaan, huoneensa siisteydestä ja yleisten tilojen viihtyvyydestä sekä siivoamalla omat jälkensä yleisistä tiloista ja pitämällä huolta oman huoneensa siisteydestä.

Toukolakodissa on sekä kahden että yhden hengen huoneita. Yhden hengen huoneeseen voi päästä ainoastaan asumalla ensin kahden hengen huoneessa.

Toukolakodissa on iltaisin ja viikonloppuisin asukaspäivystys. Päivystäjän velvollisuus on huolehtia, että talon sääntöjä noudatetaan. Lisäksi tehtäviin kuuluu kodinhoidollisia tehtäviä. Päivystysvuoro on noin kerran kahdessa viikossa, riippuen kulloisestakin asukasmäärästä.

Toukolakodin asukkaat muodostavat toverikunnan, joka kokoontuu tiistaisin kello 17.00. Jokaisen asukkaan tulee osallistua kokoukseen, ellei pätevää syytä poissaoloon ole. Perjantai-iltapäiväisin pidetään kahvihetki, johon ovat tervetulleita myös omaan kotiin muuttaneet entiset Toukolalaiset. Lisäksi järjestetään erilaisia vapaaehtoisia retkiä. Toukolan AA-ryhmä kokoontuu maanantaisin Toukolakodin salissa.

Toukolakodissa on polkupyöriä, harrastusvälineitä, tietokone internet-yhteydellä, kirjasto, piano, kitara, pelejä jne. asukkaiden vapaaseen käyttöön. Kiinteistössä on sauna. Lisäksi Toukolakodissa on kaksi televisiota ja toverikunnalle tulee Helsingin Sanomat.

Toukolakodissa voi vieraila kello 8:00 -21:00. Jokainen vastaa omista vieraistaan. Asukkaiden lapset voivat yöpyä mutta yöpymiseen on aina kysyttävä lupa huonekaverilta ja henkilökunnalta.

Toukolakodissa työskentelee johtava ohjaaja, sosiaaliohjaaja ja hoitoapulainen. Asukkaat ja henkilökunta luovat yhdessä Toukolakodin päihteettömyyteen kannustavan ja hyväksyvän ilmapiirin, jossa itsenäiseen asioiden hoitoon kannustetaan.

Toukolakotiin hakeutuminen alkaa soittamalla virka-aikana numeroon 050- 4020 841 ja varaamalla aika haastatteluun.

Toukolakodissa jokainen asettaa itse omat tavoitteensa.

TERVETULOA!

TOUKOLAKOTI
Kustaa Vaasan tie 13
00560 HELSINKI
ASUKASTIEDOT

Varauspäivä

--	--

Tulopv/mistä

--	--

Lähtö pv/minne

--	--

Nimi

--	--

Hetu

--	--

Osoite

--	--

Puh.nro

--	--

Ammatti

--	--

Siv. Säätö

--	--

Väestörek/srk

--	--

Lähin omainen Os. puh.nro

--	--

Lapset

--	--

Asumiseen hakeutumisen syy

--	--

Sos.toimisto/stt

--	--

Tulotiedot: Työtön, työssä

--	--

Allergiat

--	--

Dieetit

--	--

Lääkkeet

--	--

Sairaudet

--	--

Käytetyt aineet;

Alkoholi				
Huumeet				
Lääkkeet				
Korvikkeet				

Missä hoidettu:

Katkaisuhoito				
Laitoshoito				
Avohoito				

Päihteiden käytön historia

--	--

Sosiaaliset verkostot

--	--

Tavoitteet tullessa

--	--

Keskustelut

HUUMESEULA

AINE			
kannabis			
opiaatit			
bentsodiatsepiinit			
amfetamiini			

LIITE 5

1.	IKA	Ikä tulopäivänä	Vuosina
2.	AMM	Ammatti	1 Alempi 2 Keskitaso 3 Ylempi
3.	SIV	Siviilisääty	1 Naimisissa 2 Naimaton 3 Eronnut 4 Leski
4.	LAP	Lapset	0 Ei 1 Kyllä
5.	KOU	Koulutus	1 Perusaste 2 Keskiaste 3 Alempi korkea-aste 4 Ylempi korkea-aste
6.	POL	Polku Toukolakotiin	1 Katko 2 Kuntoutus 3 Suoraan itsenäisesti 4 Asuntola
7.	JAIK	Jonotusaika	Vuorokausina
8.	ASAIK	Asumisaika Toukolassa	Vuorokausina
9.	VREK	Väestörekisteri	1 Ev.lut. -seurakunta 2 Väestörekisteri 3 Muut
10.	SYU	Hakeutumisen syy	1 Päihteettömyys 2 Asunnottomuus 3 Muut syyt
11.	TUL	Tulotilanne	1 Työtön 2 Toisssä 3 Opiskelija 4 Eläkkeellä
12.	TOLO	Oloaikana töihin/opisk.	0 Ei 1 Kyllä
13.	PHIS	Päihteidenkäyttöhistoria	1 Alkoholi 2 Alko + lääkkeet 3 Alko + miedot huumeet 4 Alko + kovat huumeet 5 Alko + sekakäyttö
14.	AKE	Asunnottomuuden kesto	Vuorokausina
15.	TER	Terveystilanne	1 Somaattinen sairaus diagnosoitu 2 Psykkinen sairaus diagnosoitu 3 Somaattinen+psykkinen 4 Ei diagnoosia
16.	LAAK	Lääkitys	0 Ei lääkitystä 1 Lääkitys
17.	AKT	Aktiivisuus/vastuuteht.	1 Heikko 2 Jonkin verran 3 Vastuurooli / aktiivinen
18.	SOSV	Sosiaalisen verkoston laajuus	1 Heikko 2 Jotain 3 Hyvä/laaja
19.	UUS	Uusija Toukolakodissa	0 Ei aikaisemmin asiakas 1 Uusija, 2. useampi kerta
20.	VUO	Ulosmuuttovuosi	Vuosiluku