

"Se on se hiekkahoito joka raitistaa kaikki sitten kerralla."

Alkoholiriippuvaiselle laitostuntoutusjakson jälkeen tarjottavat päih-
teettömyyttä tukevat palvelut Kainuussa

Katja Kemppainen ja Minna Saasta-
moinen

E38SOS

Opinnäytetyö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi AMK

TIIVISTELMÄ

Kemppainen, Katja & Saastamoinen, Minna. "Se on se hiekkahoito joka raitistaa kaikki sitten kerralla." Alkoholiriippuvaiselle laitostuntoutusjakson jälkeen tarjottavat päihdeettömyyttä tukevat palvelut Kainuussa. Kevät 2018, 64 sivua, 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Päihde- ja mielenterveyshuollon koulutusohjelma, sosionomi AMK.

Tilajana opinnäytetyössä oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) aikuissosiaalityö. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää alkoholiriippuvaisille päihdekuntoutujille laitostuntoutusjakson jälkeen tarjolla olevia jatkopolkuja Kainuussa sekä sitä, ovatko päihdeettömyyttä tukevat palvelut riittäviä ja mitä palveluita tulisi olla lisää. Opinnäytetyö toteutettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin aikuissosiaalityön työntekijöille suunnatun webropol-kyselyn avulla sekä asiakashaastatteluin. Webropol-kyselyyn vastasi 14 Kainuun soten aikuissosiaalityön työntekijää. Asiakashaastatteluja tehtiin neljä kappaletta.

Webropol-kyselyn vastausten perusteella laitostuntoutusjakson jälkeisiä päihdeettömyyttä tukevia palveluita ei ole tarjolla riittävästi. Tätä mieltä oli kyselyyn vastanneista 93 %. Toisaalta olemassa olevia palveluita ei hyödynnetä kovinkaan monipuolisesti.

Haastateltujen näkemys on, että laitostuntoutuspaikka tulisi voida valita yksilöllisesti. Omalla motivaatiolla on keskeinen merkitys kuntoutuksen onnistumisessa ja jatkopalveluiden hyödyntämisessä. Erilaisia toiminnallisia ryhmiä ja vertaistukea tulisi haastateltujen mielestä olla enemmän. Matalan kynnyksen palveluja tulisi kehittää ja luoda asiakkaille kohtaamispaikkoja, joissa voi käydä ilman päihde- ja mielenterveysongelmien leimaa.

Asiasanat: päihde, alkoholi, riippuvuus, päihdepalvelut

ABSTRACT

Kemppainen, Katja & Saastamoinen, Minna. "It is the grave that makes everybody sober in the end." The services which are offered to the substance abusers after rehabilitation in Kainuu to support the abstinence. Language: Finnish. Spring 2018, 64 pages, 4 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Option in Social Services and Education (UAS).

This thesis was made in association with the adult social work of the Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority. The aim of our thesis was to find out what kind of services are available in Kainuu for the alcohol addicted rehabilitees after they have participated in the rehabilitation in the rehabilitation center. We wanted to find out if the services were sufficient and what kind of services there should be more. We used both quantitative and qualitative research methods in our thesis. The research material was collected via a webropol-inquiry which was executed among adult social workers and via thematical interviews which were executed among the rehabilitees. We got 14 answers to the inquiry and we interviewed four rehabilitees.

Based on the answers of the webropol-inquiry there are not enough services that support abstinence after rehabilitation. 93 % of the answers supported this view. On the other hand, the services that are available are not effectively used.

The view of the rehabilitees is that you should be able to choose the rehabilitation center individually. Motivation of the rehabilitee has an important role in the effectiveness of the rehabilitation and also in the utilization of the services after rehabilitation. According to the interviews there should be more different kinds of activity groups and peer support available after rehabilitation. Services with easy access should be developed and created so they could more effectively reach the customers who suffer mental health problems or substance abuse.

Keywords: drug, alcohol, addiction, substance abuse services

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 ALKOHOLI JA RIIPPUVUUS	8
2.1 Alkoholin käyttö Suomessa	8
2.2 Alkoholin aiheuttamat haitat.....	13
2.3 Alkoholihaittojen aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle	15
2.4 Alkoholin liikkakäytön tunnistaminen.....	16
2.5 Riippuvuuden kehittyminen.....	17
3 PÄIHDEPALVELUT JA KUNTOOUTUS	19
3.1 Päihdepalvelujärjestelmän historiaa	20
3.2 Lainsäädäntö päihdehuollon palveluita ohjaamassa	21
3.3 Päihdekuntoutuksen eri muotoja.....	22
3.3.1 Katkaisuhuolto	22
3.3.2 Laitoskuntoutus	23
3.3.3 Psykososiaaliset hoitomenetelmät	24
3.3.4 Lääkehoito.....	25
3.3.5 Oma-apu	26
3.4 Sisäisen motivaation merkitys	26
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
4.1 Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymykset ja kohderyhmä.....	27
4.3 Tutkimusmenetelmät	29
4.3.1 Webropol-kysely työntekijöille.....	29
4.3.2 Asiakkaiden haastattelut.....	31
4.4 Eettisyys ja luotettavuus	33
4.5 Aineiston analysointi	35
4.5.1 Webropol-kyselyn analysointi.....	35
4.5.2 Asiakashaastattelujen analysointi.....	35
5 TULOKSET	37
5.1 Laitoskuntoutuksen jälkeiset päihdeettömyyttä tukevat palvelut työntekijöiden näkökulmasta	37
5.1.1 Näkemyksiä laitoskuntoutusjaksosta.....	37
5.1.2 Omaisten rooli kuntoutusprosessissa.....	39
5.1.4 Laitoskuntoutusjakson jälkeen tarjottavien palvelujen riittävyys	41

5.2 Johtopäätökset Webropol-kyselyn tuloksista.....	44
5.3 Laitoskuntoutuksen jälkeiset päihteettömyyttä tukevat palvelut asiakkaiden näkökulmasta	45
5.3.1 Motivaatio	46
5.3.2 Tyytyminen	48
5.3.3 Kiinnittyminen.....	49
5.4 Johtopäätökset asiakashaastatteluiden tuloksista.....	50
6 POHDINTA JA ARVIOINTI.....	52
6.1 Palveluohjauksen rooli jatkopolkujen rakentamisessa	53
6.2 Lähiverkoston rooli.....	54
6.3 Matalan kynnyksen kohtaamispaikat päihteettömyyttä tukemassa	55
6.4 Opinnäytetyöprosessin arviointia	57
6.5 Jatkotutkimusaiheita	59
LÄHTEET	60
LIITTEET	65
Liite 1: Työntekijöille jaettu ennakkomateriaali ja webropol-kysely	65
Liite 2: Suostumuslomake haastateltaville	69
Liite 3: Elämäkertahaastattelun kysymyksiä	70
Liite 4: Saatekirje työntekijöille sähköpostiin haastateltavien asiakkaiden tavoittamista varten.....	71

1 JOHDANTO

Alkoholi ja alkoholin käyttö ovat aina ajankohtaisia keskustelun aiheita. Alkoholin käyttö liittyy olennaisesti suomalaiseen kulttuuriin ja vapaa-ajan viettoon. Suhtautuminen on kaksijakoista; juoda pitäisi, mutta alkoholisoitua ei saa. Alkoholin käytöstä ja alkoholismista keskustellaan yhteiskunnassamme monilla eri foorumeilla jatkuvasti. Viime aikoina keskustelu on liittynyt muun muassa alkoholilainsäädännön muutoksiin. Johtaako väkevämpien oluiden tulo ruokakauppoihin siihen, että suurempi osa suomalaisista alkoholisoituu? Vai onko väkevämpien oluiden helpompi saatavuus osa holhousyhteiskunnan purkua? Voidaanko alkoholisoitumista ehkäistä kontrollilla?

Laillistetuista päihteistä on tullut kulutushyödykkeitä maamme markkinataloudessa. Päihdepoliittinen päätöksenteko ja yhteiskunnallinen kehitys vaikuttavat siihen, mitkä aineet valikoituvat valtapäihteiksi. Päihteiden käyttö on myös kansainvälinen ilmiö, mutta päihdekulttuureissa on maakohtaisia eroja. Moniin muihin maihin verrattuna Suomessa korostuu alkoholin raju kertakäyttö haittoineen. Ylipäätään päihteiden riski- tai liikakulutus on suomalaisessa yhteiskunnassa yleistä ja se kietoutuu yhteen monen muun yhteiskunnallisen ilmiön, kuten mielenterveysongelmien ja taloudellisten vaikeuksien, kanssa. Päihteiden käyttö ja etenkin päihderiippuvuus ovat Suomessa kasvavia yhteiskunnallisia ongelmia. (Holmberg 2010, 12.) Samaan aikaan Euroopan unioni ja rajojen avautuminen ovat kaventaneet yhteiskunnan mahdollisuuksia käyttää perinteisiä päihdepoliittisia keinoja alkoholin tarjonnan, hinnan ja käytön sääntelemisessä. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 7.)

Juomatavat ja juomisen käsittäminen ongelmana ovat aina sidoksissa aikaan ja paikkaan. Sosiaaliset, kulttuuriset, taloudelliset ja poliittiset tekijät vaikuttavat juomatapoihin ja samalla yksilön alkoholisoitumisriskiin. Päihderiippuvuuden yleisyys näyttäisi riippuvan vallitsevista kulttuurisista merkityksistä ja päihteiden saatavuuden helpoudesta tai vaikeudesta, ei niinkään yksilöllisistä tekijöistä. Alkoholistien ei ole siis voitu todeta olevan taustatekijöiltään muusta väestöstä poikkeavia. (Tamminen 2000, 20.)

Käytännössä alkoholin aiheuttamat ongelmat koskettavat monien suomalaisten arkea. Palvelujärjestelmän kautta voidaan sekä ennaltaehkäistä että hoitaa ongelmia, joita sen liikakäyttö synnyttää. Miten tämä palvelujärjestelmä toimii asiakkaan näkökulmasta? Mitä ajattelee ihminen, joka kamppailee alkoholin liikakäytön kanssa ja mitä hän palvelujärjestelmältä odottaa? Nämä kysymykset olivat mielessämme aloittaessamme opinnäytetyömme suunnittelun yhteistyössä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (jatkossa käytämme lyhennettä Kainuun sote) aikuissosiaalityön kanssa. Kainuun soten toiminta-alueeseen kuuluvat Kajaani, Kuhmo, Sotkamo, Paltamo, Ristijärvi, Hyrynsalmi ja Suomussalmi, Puolangalla Kainuun sote vastaa erikoissairaanhoidosta (Kainuun sote. i.a.).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kartoittaa Kainuun soten tarjoamia palveluja laitostuntoutuksesta kotiutuville alkoholia ongelmallisesti käyttäville asiakkaille. Millaisia palveluja asiakkaille tällä hetkellä on tarjolla? Millaisia palveluja asiakkaat tarvitsisivat ja itse haluaisivat? Lisäksi määrittelimme riippuvuutta ilmiönä sekä kartoitimme päihdepalvelujärjestelmää ja raitistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tilajana opinnäytetyössämme oli Kainuun soten aikuissosiaalityö. Käytimme aineistonkeruussa menetelminä webropol-kyselyä ja teemahaastatteluja. Kyselyn kohderyhmänä olivat aikuissosiaalityön työntekijät, kuntouttavan työtoiminnan ohjaajat ja vammaispalveluiden työntekijät. Haastateltavien tavoittamisessa yhteistyökumppanimme toimivat Kainuun Soten päihdetyöntekijät. Haastattelujen kohderyhmänä olivat yhteistyötahojen alkoholia ongelmallisesti käyttävät tai käyttäneet ja laitostuntoutuksessa olleet asiakkaat, joille haastattelupyynnöt menivät työntekijöiden kautta.

Tulosten analysoinnissa ja johtopäätöksissä halusimme erityisesti tuoda esille sitä, mitä haastateltavat päihdeettömyyttä tukevista palveluista ajattelevat ja miten he ne kokevat. Liian usein päihdepoliittisissa keskusteluissa äänessä ovat asiantuntijat ja viranomaiset. Harvoin kysymyksiä esitetään niille, joiden elämää aihe arjessa suoraan koskettaa.

2 ALKOHOLI JA RIIPPUVUUS

2.1 Alkoholin käyttö Suomessa

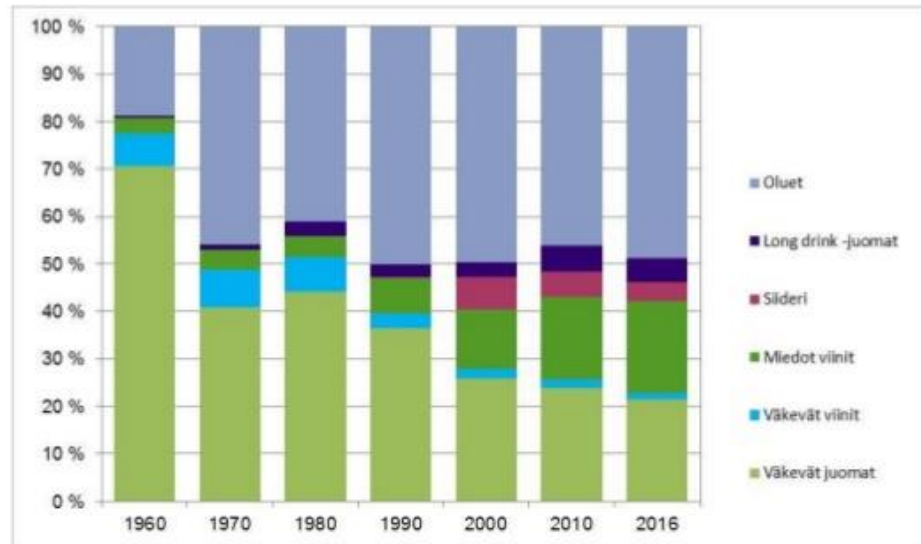
Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihde on keskushermostoon vaikuttava aine, jonka käytön ensisijaisena tarkoituksena on päihtymyksen aiheuttaminen. Laillisia pähteitä Suomessa ovat alkoholi ja tupakka. Laittomia pähteitä ovat huumausaineet, joiden luetteloa ylläpitää ja päivittää sosiaali- ja terveysministeriö Euroopan unionin suositusten mukaisesti. (Holmberg 2010, 11.)

Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa kolmeen luokkaan; riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Raja luokkien välillä ei ole yksiselitteinen ja se on osin liukuva. (Alho 2013, 131.) Alkoholin riskikäytössä riskikäytön rajat ylittyvät, mutta merkittäviä alkoholihaittoja ei vielä ole ilmaantunut. Alkoholin haitallisessa käytössä henkilöllä on jo selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin kasvaminen ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta. (Aalto 2010a, 8.)

Samoin kuin muissa teollistuneissa länsimaissa, alkoholin käyttö lisääntyi Suomessa toisen maailmansodan jälkeisenä aikana. Euroopassa tämä trendi laantui ja kääntyi laskuun 1970-luvun puolenvälin tienoilla. Suomessa alkoholin kulutus on jatkanut kasvuaan 1990-luvun alkupuolen loppuun ja vuosia 2008–2010 lukuun ottamatta. (Österberg 2013, 20.) Toisen maailmansodan jälkeen alkoholin kulutuksen juomaryhmittäinen rakenne on muuttunut huomattavasti. Vielä 1960-luvun alussa Suomi oli viinamaa, jossa noin 70 prosenttia nautitusta alkoholista oli väkeviä alkoholijuomia. Viime vuosikymmeninä mietojen viinien kulutus on ollut lähes jatkuvassa kasvussa. Keskioluen tulo elintarvikeliikkeisiin ja kahviloihin vuonna 1969 nosti oluen osuuden hetkellisesti yli puoleen kaikesta kulutetusta alkoholista. Vasta 1980-luvun lopulta lähtien olut on ollut eniten käytetty alko-

holijuoma. Alkoholijuomien käyttö on Suomessa liittynyt vapaa-aikaan ja erityisesti viikonloppuihin, ja se on runsainta suurten juhlapyhien aikaan. Alkoholijuomien käyttö ruokajuomana on Suomessa vähäistä. (Österberg 2013, 21.)

Alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen rakenne juomaryhmittäin 100 %:n alkoholina 1960–2016



Lähde: Alkoholijuomien kulutus. SVT. THL; Valvira.



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

5.12.2017

3

Virtanen & Rääkkönen 2017, 3.

Vielä 1960-luvulla huomattava osa naisista ei käyttänyt alkoholia. Nykyisin noin 90 prosenttia sekä miehistä että naisista on nauttinut alkoholijuomia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vaikka naisten kuluttaman alkoholin määrä on lisääntynyt, se on vieläkin vajaa kolmannes kaikesta käytetystä alkoholista. Naisten humalakuutuksen osuus on kuitenkin kasvanut. Naisten lisääntyneen alkoholinkäytön myötä juominen ei ole enää miesten keskinäistä toimintaa samassa määrin kuin aikaisemmin. Alkoholin käyttö kytkeytyy yhä suuremmissa määrin parisuhteeseen ja on siirtynyt koteihin, mikä näkyy anniskelukulutuksen kehityksessä. (Österberg 2013, 201-22.)

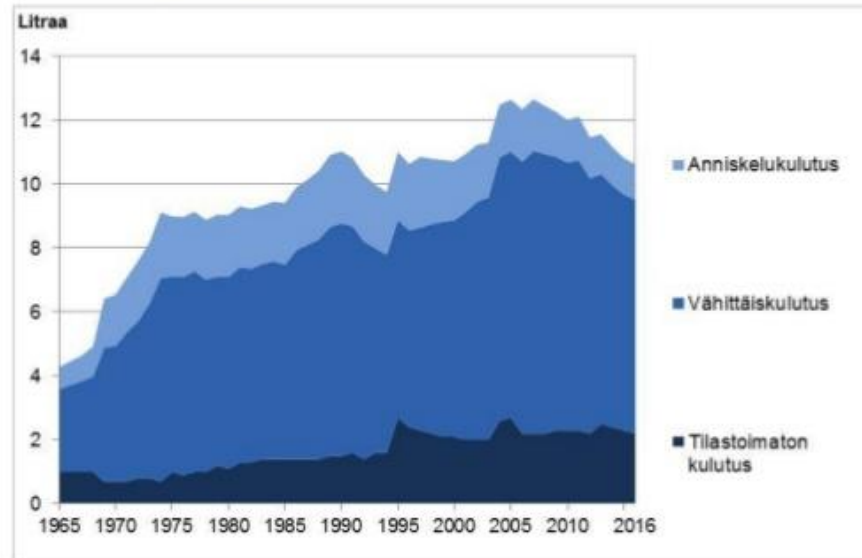
Naisten lisääntyneeseen juomiseen vaikuttaa asenneilmapiirin muuttuminen hyväksyvämmäksi naisten juomisen suhteen. Lisäksi työssäkäynnin lisääntyminen naisten keskuudessa on antanut naisille taloudellista riippumattomuutta, joka on

mahdollistanut rahan käyttöä alkoholiin. Naisen rooli on muutenkin muuttunut tasa-arvoisemmaksi suhteessa miehiin. Naisen paikka ei enää ole vain kotona eivätkä kodinhoito ja lapset enää ole pelkästään naisen vastuulla, vaan vastuu jaetaan tasaisemmin miehen kanssa. Naisen vapaa-aika on tätä kautta lisääntynyt.

Eniten juova kymmenesosa suomalaisista juo puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. Valtaosa alkoholin terveyshaitoista kohdistuu tähän ryhmään. Suurkuluttajista (joita on 300 000–500 000) 90 % on miehiä, ja suhteellisesti suurin osa on 20–39-vuotiaita. Arviolta noin 20 % työikäisistä miehistä ja noin 10 % naisista on alkoholin suurkuluttajia. Suurkuluttajista noin kolmannes on alkoholiriippuvaisia, loput riskikuluttajia. (Huttunen 2013, 11.)

Vuonna 2016 Kainuussa myytiin 100-prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttäneitä henkilöä kohti 9,41 litraa ja asukasta kohti 8,06 litraa, kun koko maan luvut olivat 8,44 litraa 15 vuotta täyttäneitä henkilöä kohti ja 7,07 litraa asukasta kohti. Samana vuonna koko maassa alkoholijuomiin kulutettiin 971 euroa / 15 vuotta täyttänyt henkilö ja 813 euroa / asukas. Kainuussa kulutettiin alkoholijuomiin 975 euroa / 15 vuotta täyttänyt henkilö ja 835 euroa / asukas. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 34.)

Alkoholin kokonaiskulutus 100 %:n alkoholina 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti 1965–2016, litraa



Lähde: Alkoholijuomien kulutus. SVT, THL, Valvira.



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

5.12.2017

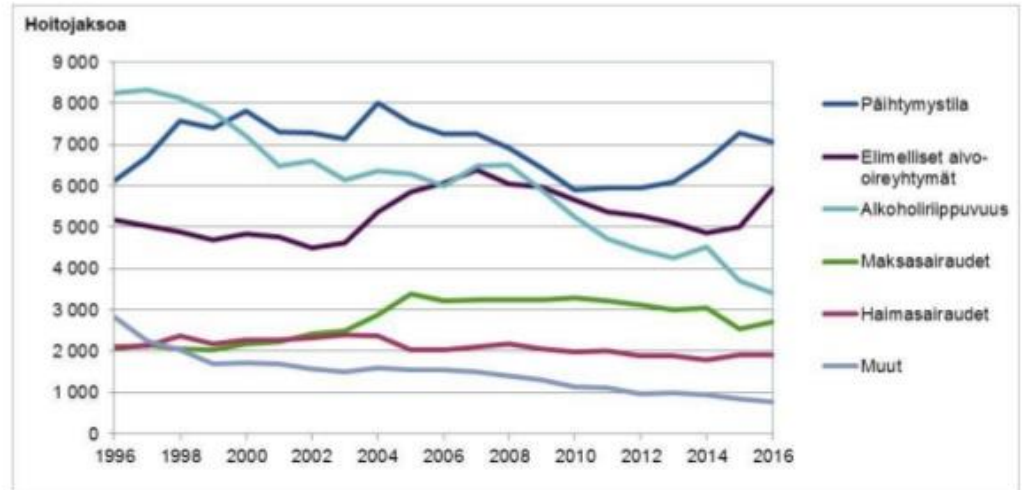
2

Virtanen & Rääkkönen 2017, 2

Alkoholia liikaa käyttäviä asukkaita on Kainuussa noin 28 % väestöstä. 20–54-vuotiaiden ikäryhmästä Kainuussa käytetään alkoholia liikaa hieman enemmän kuin keskimäärin koko Suomessa, mutta iäkkäämmissä ryhmissä tämä eroavaisuus tasaantuu. Miehet käyttävät alkoholia enemmän kuin naiset. Koulutustason suhteen suuria eroavaisuuksia ei ole. Yli 75-vuotiaita alkoholin liikakäyttäjiä on Kainuussa keskimäärin vähemmän kuin muualla Suomessa. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkönen, Koskeniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2015.)

Päihdesairauksia hoidetaan sairaalahoidossa Kainuussa tilastollisesti enemmän kuin koko Suomessa keskimäärin. Vuonna 2016 päihdesairauksien vuoksi oli sairaalahoidossa koko maassa 2,82 % asukkaista, kun taas Kainuussa tämä luku oli 3,79 %. Päihdesairauksien sairaalahoidoissa tässä tarkoitetaan hoitoa, jossa päädiagnoosina on alkoholin tai huumeiden käytöstä aiheutunut sairaus, ja jota hoidetaan kuntien terveyskeskussairaaloissa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 58.)

Alkoholisairauksien hoitajakset terveydenhuollon vuodeosastoilla 1996–2016, päädiagnoosit



Lähteet: Perusterveydenhuolto, THL; Erikoissairaanhoito, SVT, THL.



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

5.12.2017

14

Virtanen & Räikkönen 2017, 14.

Vuonna 2016 A-klinikoiden ja nuorisoasemien asiakkaina oli Kainuussa 1,1 % asukkaista ja koko maassa 0,82 %. Päihdehuollon laitoksissa oli asiakkaina koko maasta 3,59 % asukkaista ja Kainuusta 2,8 %. Päihdehuollon laitoksiksi määritellään tässä Kelan kuntoutusraahan oikeuttavat laitokset ja kaikki katkaisuhoidon toasemat. Asumispalveluja ja ensisuoja Kainuussa ei ole tarjolla. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 65.)

Laitoskuntoutuksessa on tapahtunut selvä toiminnallinen muutos. Kun vielä vuonna 1990 hoitovuorokausia tuotettiin vuosittain lähes 450 000, oli vuonna 2003 vastaava luku enää runsaat 300 000. Asiakasmäärät puolittuivat liki 23 000:n asiakkaan tasosta noin 11 000:een, ja keskimääräinen laitoshoidon kesto lyheni 15 vuorokauteen, kun vielä vuonna 1990 vastaava luku oli 19. Tarkastelussa olivat mukana sekä katkaisuhoidon toasemat että kuntoutuslaitokset. Näistä edellisissä hoitoajat ovat aina olleet lyhyempiä. Vuonna 2003 kaikkien laitosten hoitajaksoista 77 % kesti enintään kaksi viikkoa. (Kaukonen 2005, 313.)

Vuonna 2012 Kansaneläkelaitoksen myöntämässä työkyvyttömyyseläkkeissä alkoholisairaus esiintyi 7,3 %:ssa. Vuonna 2016 tämä osuus oli 6,2 %. Yksityisen ja julkisen sektorin myöntämässä työkyvyttömyyseläkkeissä alkoholisairaus esiintyi vuonna 2012 4,8 %:ssa ja vuonna 2016 3,9 %:ssa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 68.) Alkoholiperäiseen tautiin tai alkoholimyrkytykseen kuolleiden osuus kaikista kuolleista vuosina 2010–2015 oli 3,2 % (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 73). Rattijuopumusonnettomuuksien osuus kuolemaan johtaneista tieliikenneonnettomuuksista oli vuonna 2016 22,4 % ja loukkaantumiseen johtaneista 8,8 % (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 75).

2.2 Alkoholin aiheuttamat haitat

Alkoholilla on elimistössä kahdenlaisia vaikutuksia: aineenvaihdunnallisia sekä farmakologisia eli lääkkeenomaisia. Vaikutukset kohdistuvat lähes kaikkiin elimiin ja elinjärjestelmiin. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan alkoholin käytöllä on yhteyksiä ainakin 60 sairauteen. Haittojen kokonaismäärä kasvaa suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen. (Huttunen 2013, 11.)

Alkoholiin liittyvät kuolemansyyt ovat viime vuosina olleet yksi työikäisten yleisimmistä kuolemansyistä. Alkoholin liikakäyttö on yksi keskeisimmistä elintapa-tekijöistä, joka voidaan nähdä sosiaaliryhmien välisten terveys- ja kuolleisuuserojen taustalla. Alkoholi selittää miehillä noin neljänneksen väestöryhmien välisistä niin sanotuista sosioekonomisista eroista kuolleisuudessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Alkoholia liikaa käyttävien osuus. 2015.)

Vuonna 2006 tapaturmissa kuoli yhteensä yli 3000 suomalaista, joista kaksi kolmasosaa oli miehiä. Alkoholi oli mukana 40 % tapauksista. Myrkytykset ovat seuraavaksi yleisin kuoleman aiheuttaja. Niistä kaksi kolmesta aiheutui alkoholista. Tapaturmaisesti kuolleista joka kuudes menehtyi alkoholimyrkytykseen ja joka viides muuhun tapaturmaan päihtyneenä. Alkoholilla oli suurin yhteys 45–65-vuotiaiden tapaturmaisissa kuolemissa. Itsemurhaan kuolleista useampi kuin

joka neljäs on kuollessaan alkoholin vaikutuksen alainen. Pikkulapsille tapahtuneiden tapaturmien ja erityisesti aivovammojen taustalla on todettu usein olevan vanhempien liiallinen alkoholin käyttö. (Winqvist 2010, 150–152.)

Päihteiden käyttö lisää riskiä joutua väkivallan uhriksi tai syyllistyä väkivaltaan (Holmberg 2010, 31). Pahoinpitelyvamma vuoksi päivystykseen hakeutuva uhri on kolme kertaa useammin mies kuin nainen. Pahoinpitelyn miespuolisista uhreista 71 % ja naisista 50 % on alkoholin vaikutuksen alaisena päivystykseen tullessaan. Tyypillinen pahoinpitelyn vuoksi hoitoon tullut potilas on päihtynyt 20–24-vuotias mies, jonka tuntematon henkilö on pahoinpidellyt viikonloppuna yöaikaan. (Winqvist 2010, 147.) Juha Kääriäinen (2015) toteaa, että rikollisuus on yksilötasolla vahvasti kasautuva ilmiö: kaikkein marginalisoitunein pieni miesjoukko, joka kiertää vankiloissa ja muissa seuraamusjärjestelmissä, tekee valtaosan kaikista tavanomaisista rekisteröidyistä väkivalta- ja omaisuusrikoksista. Vankilat täyttyvät pääosin sairaista ja ennen kaikkea päihdeongelmallisista miehistä.

Alkoholin aiheuttamista mielenterveyshäiriöistä suurin on alkoholiriippuvuus. Alkoholin ongelmakäyttöön ja etenkin alkoholiriippuvuuteen liittyy usein myös muita psyykkisiä sairauksia oireineen. Väestötutkimuksissa on todettu, että alkoholiriippuvaisilla esiintyy muuta väestöä useammin persoonallisuushäiriöitä, ahdistuneisuutta, mielialahäiriöitä ja psykoottisia tiloja. (Aalto 2010b, 183.)

Syrjäytymisen riski on keskeinen alkoholin liikkakäyttöön liittyvä välillinen haitta. Syrjäytymisen käsitteellä kuvataan nykyaikaisia yhteiskunnallisen huono-osaisuuden muotoja. Syrjäytyminen voi olla seurausta muun muassa työttömyydestä, köyhyydestä, mielenterveysongelmista, alkoholisoitumisesta tai joutumisesta yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelle. Se estää ihmisiä osallistumasta täysipainoisesti normaaleihin yhteiskunnan toimintoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Vastuualueet. Hyvinvoinnin edistäminen. Osallisuuden edistäminen. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. 2015.)

2.3 Alkoholihaittojen aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle

Vuonna 2013 alkoholihaittojen välittömät kustannukset julkiselle vallalle olivat 1264–1467 miljoonaa euroa (Virtanen & Räikkönen 2017, 21). Runsaan kolmanneksen kustannuksista maksavat kunnat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kustannuksina. Toisen runsaan kolmanneksen maksaa valtio järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon, oikeuslaitoksen ja vankeinhoidon kustannuksina. Jäljellä olevasta kolmanneksesta suurimman osan muodostavat eläkkeet ja sairauspäivärahat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Alkoholia liikaa käyttävien osuus. 2015.)

Alkoholihaittojen välittömät kustannukset 2013, miljoonaa euroa

Välittömät kustannukset	min ¹⁾	max ¹⁾
Terveydenhuolto	79	140
Eläkkeet ja sairauspäivärahat	188	274
Sosiaalipalvelut ja -turva	223	270
Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito	238	238
Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito	131	139
Onnettomuus- ja rikosvahingot	377	377
Muut kustannukset (ehkäisevä päihdetyö, alkoholivalvonta)	27	27
Kustannukset yhteensä	1 264	1 467

1) Haittakustannusten minimi ja maksimi ovat laskennallisia arvioita, joiden väliin todellisten kustannusten oletetaan sijoittuvan.
Lähde: Päihdehaittakustannukset. THL.



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Virtanen & Räikkönen 2017, 21.

Alkoholin käyttö aiheuttaa elinkeinoelämälle huomattavia välillisiä kustannuksia alentuneen tuottavuuden ja tuotannon menetysten kautta. Kustannuksia on mahdollisuus alentaa puuttamalla ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Päihdehuollossa

lyhyet katkaisuhoidot ja perheiden alkoholiongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen sekä hoitaminen ilman lasten huostaanottoja tuovat merkittäviä kustannussäästöjä verrattuna myöhempään erikoissairaanhoidon laitoshoidoihin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Alkoholia liikaa käyttävien osuus. 2015.)

2.4 Alkoholin liikkakäytön tunnistaminen

Liiallisen alkoholinkäytön rajat vaihtelevat tilanteen mukaan. Se, mikä on yhdessä tilanteessa kohtuullista, voi toisessa tilanteessa olla liikaa. Joitakin nyrkkisääntöjä silti löytyy. Terveellä, työikäisellä miehellä korkean riskin taso viikossa on 23–24 pulloa keskiolutta, kolme ja puoli pulloa mietoa viiniä tai yksi ja kolmeneljäsosa pulloa kirkasta viinaa. Kohtalaisen riskin taso on 14 pulloa keskiolutta viikossa. Terveellä, työikäisellä naisella korkean riskin taso viikossa on 12–16 pulloa keskiolutta, kaksi ja yksi kolmasosa pulloa mietoa viiniä tai yksi ja yksi viidesosa pulloa kirkasta viinaa. Kohtalaisen riskin taso on 7 pulloa keskiolutta viikossa. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Liikkakäytön tunnistaminen. 2015.)

Riskirajat on asetettu tavalliselle terveelle aikuiselle; nuorilla, ikäihmisillä, lääkekuurin aikana tai raskaana ollessa rajat sen sijaan ovat huomattavasti alhaisemmat, joskus jopa täysraittiuuden tasolla. Raju kertajuominen ja jo yksittäinenkin voimakas humala voivat haitata terveyttä. Esimerkiksi tapaturmavaara kasvaa merkittävästi. Säännöllinen päivittäinen käyttö voi myös altistaa vähitellen alkoholiriippuvuudelle. Alkoholi opitaan tällöin liittämään liian moniin arkielämän rutiineihin. Alkoholinsietokyky kasvaa ja sitä joudutaan nauttimaan yhä enemmän samojen vaikutusten aikaansaamiseksi. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Liikkakäytön tunnistaminen. 2015.)

Liikkajuomisesta kertoo muun muassa krapula eli pahoinvointi, väsymys, lievä vapina ja tärinä. Kulutuksen liiallisuutta on usein vaikea havaita, koska alkoholinsietokyky on lisääntynyt eli käyttäjällä on hyvä viinapää. Mittaukset osoittavat riskikäyttäjillä silti usein verenpaineen nousua, maksa-arvojen kohoamista ja

muita muutoksia elimistössä. Alkoholismista eli alkoholiriippuvuudesta ja vaikeista alkoholiongelmista kertovat todella vahvat humalatilat ja merkittävä alkoholinsietokyvyn kasvu. Alkoholisti voi vaikuttaa melko selvältä, vaikka elimistössä olisi kolme promillea alkoholia. Viiden tai kuuden promillen humalakaan ei ole harvinainen. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Liikakäytön tunnistaminen. 2015.)

Liikakäyttöä on aina myös alkoholin käyttö työpaikalla ja työaikana. Samoin jo muutama paukku lisää riskiä liikenteessä. Lapsen näkökulmasta kohtuullinenkin alkoholinkäyttö ja humaltuminen voi olla liiallista. Alkoholinkäytön liiallisuutta on aina pysähdyttävä miettimään, jos läheiset huomauttelevat siitä tai jos itsellä on pienikin huoli oman alkoholinkäytön runsaudesta. Alkoholinkäyttö ei ole koskaan pelkästään henkilökohtainen asia. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Liikakäytön tunnistaminen. 2015.)

2.5 Riippuvuuden kehittyminen

Riippuvuuksien määritelmät voidaan pelkistää kahteen näkemykseen. Näitä ovat pitkät perinteet omaava pahemalli ja tuoreempi sairausmalli. Pahemallin perusajatus on, että henkilö on kyvyiltään täysin autonominen ja tietoisesti ryhtynyt toimintaan, jota ympäröivä yhteiskunta paheksuu, ja josta aiheutuu haittaa sekä henkilölle itselleen että hänen lähiympäristölleen. Pahetoimintaan liittyy yleensä ympäristön mielestä liiallinen määrä esimerkiksi alkoholin käyttöä. Jos toiminnan seurauksena kehittyy sairaus, kuten alkoholismi, nimitetään sitäkin itseaiheutetuksi tilaksi. Paheksumisen tavoitteena on, että paheellinen ihminen ryhdistäytyisi ja ottaisi itseään niskasta kiinni. Jos moitteet eivät riitä, tarvitaan lakisääteisiä keinoja. Menneiden vuosikymmenien pakkopainotteinen hoitojärjestelmä perustui tähän malliin. (Mäkelä 2013, 120–121.)

Sairausmallin historia on lyhyempi, mutta alkoholiriippuvuus on jo pitempään sisältynyt länsimaisiin tautiluokituksiin. Alkoholiriippuvuuden keskeisiin diagnostisiin kriteereihin kuuluvat voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia sekä heikentynyt kyky hallita juomisen aloittamista tai lopettamista. Näillä

tarkoitetaan siis autonomiavajetta ja päätöksentekokyvyn alenemista. (Mäkelä 2013, 121.)

Päihderiippuvuuteen johtavia syitä on etsitty erilaisista lähtökohdista, mutta tois-
taiseksi yhtä selittävää ratkaisua ei ole löytynyt. Lähestymistavat voidaan jakaa
kolmeen pääryhmään, joita ovat biologinen, psykologinen ja sosiaaliskulttuuri-
nen lähestymistapa. Sille, miksi ihminen juo alkoholia tai miksi hän juo sitä niin
paljon, että häntä kutsutaan alkoholistiksi, ei ole löydetty yhtä tieteellisesti hy-
väksyttyä selitystä. (Tamminen 2000, 18.)

Alkoholin toistuvasta käytöstä voi olla seurauksena alkoholiriippuvuuden eli al-
koholismien kehittyminen. Alkoholismi on asteittain kehittyvä, itse aiheutettu,
elinikäinen aivojen sairaus. Alkoholiriippuvuudessa alkoholin käytöstä tulee elä-
mää ohjaava tekijä. Alkoholiriippuvuuteen kuuluu alkoholin käytön hallitsemat-
tomuus. Kehittyttyään alkoholiriippuvuus huonontaa yksilön terveydellistä ja so-
siaalista hyvinvointia. Hallitsemattoman alkoholin käytön takia aivot ja muut eli-
met altistuvat sairauksille, jotka johtuvat alkoholin myrkyvaikutuksista. Riippu-
vuus voi olla psyykkistä ja fyysistä. Psyykkinen riippuvuus tarkoittaa sitä, että
henkilöllä on pakonomainen halu saada alkoholia ja kykenemättömyys pidättäy-
tyä alkoholista huolimatta sen terveydellisistä ja muista vakavista seurauksista.
Fyysisen riippuvuuden kehittyminen liittyy elimistön pitkään altistumiseen alko-
holille. Fyysinen riippuvuus paljastuu usein vasta juomisen katkettua, kun vieroi-
tusoireet ilmaantuvat alkoholin poistuessa elimistöstä. (Kiiänmaa 2013, 44–45.)

Psyykkisen ja fyysisen riippuvuuden lisäksi voidaan puhua sosiaalisesta ja hen-
kisestä riippuvuudesta. Sosiaalinen riippuvuus on riippuvuutta päihteiden käyttöä
vahvistavista sosiaalisista suhteista, ja henkinen riippuvuus koskee ajatusmaail-
maa, elämänkatsomusta tai ilmapiiriä, joka liittyy päihteidenkäyttöön. (Holmberg
2010, 40.)

Geneettisellä perimällä on voitu osoittaa olevan vaikutusta alkoholisoitumisris-
kiin. Miehillä, joiden biologisissa vanhemmissa on alkoholisteja, on miltei nelin-
kertainen riski tulla itse alkoholistiksi verrattuna niihin, joiden biologisissa van-

hemmissä ei ole alkoholisteja. Kuitenkin, vaikka geneettiset tekijät näyttävät vaikuttavan osassa joukkoa, niin suurin osa alkoholisteista on syntynyt vanhemmista, joilla ei ole ongelmia alkoholin käytössä. (Tamminen 2000, 19.) Kalervo Kiiänmaan (2013, 43) mukaan perintötekijöillä ei ole merkittävää vaikutusta alkoholin käytön aloittamiseen, mutta niillä on huomattava merkitys aloitetun alkoholin käytön jatkumisessa ja riippuvuuden kehittymisessä.

Psykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna kohtuuttoman alkoholinkäytön syyksi on löydetty muun muassa sosiopaattisuutta, egosentrisyyttä, kyvyttömyyttä kestää psyykkistä jännitystä, itsetunnon puutetta sekä latenttia homoseksuaalisuutta. Yhteisymmärrys tutkijoiden kesken vallitsee lähinnä siitä, ettei ole olemassa mitään alkoholista persoonallisuutta eikä vain yhtä tekijää, jonka oire alkoholismi olisi. Riippuvuus persoonallisuustekijänä liitetään usein alkoholismiin, mutta alkoholistien ei ole voitu osoittaa olevan alun perin sen riippuvaisempia kuin alkoholiongelmattomat ihmiset ovat. Alkoholisteilla on keskimäärin kaksi kertaa suurempi todennäköisyys saada psyykkisiä ongelmia kuin alkoholiongelmattomalla väestöllä, mutta ongelmat ovat kehittyneet yleensä juodessa, joten emotionaalisen epävakauden ja mielenterveyden häiriöiden ei ole voitu osoittaa olevan selittäjänä tekijänä alkoholismille. (Tamminen 2000, 19.)

Yksi sosiaaliskulttuurinen tapa on tarkastella päihdeongelmaa niin, että addiktio nähdään elämäntapana. Tämän näkökulman mukaan päihteiden käyttäjä kokee päihteiden käytön välttämättömänä tai se voi olla elämäntapa, josta hän on riippuvainen. Päihtyneenä olemisen mahdollistaminen ohjaa tällöin suurinta osaa ihmisen havainnoimisesta ja toimeliaisuudesta. Riippuvuuden kohde tuottaa ajoittain tyydytystä, mutta siitä koituu samalla myös vakavia haittoja. Elämäntavalla tarkoitetaan tässä niitä tekoja, joilla yksilö näyttää luovan elämälleen merkityksen. (Tamminen 2000, 17.)

3 PÄIHDEPALVELUT JA KUNTOUTUS

Ihminen häpeää, kun käyttää päihteitä, ja käyttää päihteitä, koska häpeää. Tämä kierre ruokkii negatiivista käsitystä itsestä ja toimii osana riippuvuuden mekanismeja. (Holmberg 2010, 57.) Moni päihdeongelmista kärsivä ihminen toivoo sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta puuttumista, tukea ja ohjaamista päihdeongelmaisille suunnatun avun piiriin. Päihdeongelmaiselle ei ole väliä, tuoko avun esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotto, jokin hoitoideologia tai -ryhmä, terapia, vertaistuki, oma-apu, lääke vai ne kaikki yhdessä. Tärkeintä on ihmisen näkeminen ja tämän itsetunnon ja motivaation vahvistaminen; sen kertominen, että jokaisella ihmisellä on sama mahdollisuus, kunhan hän on valmis tekemään itsensä kanssa töitä. (Holmberg 2010, 8.)

Päihdepalveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja neuvontaa, päihteettömyyttä tukevia tai ongelmakäytön haittoja vähentäviä sosiaalipalveluja, päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja sekä päihdehuollon erityispalveluja. Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina. Palvelut voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, ryhmäterapiaa tai perheterapiaa. Palveluissa selvitetään myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Päihdepalvelut. i.a.)

3.1 Päihdepalvelujärjestelmän historiaa

Nykyiset päihdepalvelut ovat syntyneet muutosten kautta. Vuonna 1937 voimaan tullut alkoholilaki vakiinnutti huolto- ja hoitotoiminnan kuntien sosiaalitoimen ja valtion alkoholihoidoloiden tehtäväksi. Alkoholismi-nimityksen kriteerit olivat sosiaalisia. Huoltolaan mentiin yleensä lääninhallituksen pakkopäätöksellä ja hoito kesti puolesta vuodesta vuoteen. Vuoden 1950 tienoilla hoitonäkemykset ja -keinot alkoivat monipuolistua, kun vaikutteita tuli USA:sta sekä lääketieteellisistä avohoitoklinikoista että terapeuttisesta sosiaalityöstä. Disulfraami-lääkehoidon käyttöönotto ja AA-ryhmätoiminta käynnistyi. Nykyinen A-Klinikasäätiön Päihdesairaala perustettiin myös tuolloin. A-klinikasäätiön ylläpitämistä A-klinikoista muodostui vapaaehtoisuuteen perustuvan avohoidon perusmalli, jossa

yhdistyi sekä sosiaalityö että lääketieteellinen näkökulma. (Mäkelä & Murto 2013, 91.)

Malli siirtyi säätiön A-klinikoiden rinnalle perustettuihin kunnallisiin A-klinikkoihin. A-klinikkaideologia vahvistettiin vuoden 1986 päihdehuoltolain avulla. Avohoidon lisääntyessä laitoshoidon väheni ja etenkin tahdosta riippumaton laitoshoidon lopetti lähes kokonaan. A-klinikoiden rinnalle perustettiin nuorisoyksiköitä ja katkaisuyksiköitä. (Mäkelä & Murto 2013, 91.)

3.2 Lainsäädäntö päihdehuollon palveluita ohjaamassa

Päihdehuollon lähtökohdaksi ovat normaalit perus- ja ihmisoikeudet, oikeusturva sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö ja ammatillinen etiikka. Keskeiset lait ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä päihdehuoltolaki. (Mäkelä & Murto 2013, 92.)

Päihdehuoltolain (L 41/1986) mukaan kuntien päihdepalvelut tulee järjestää niin, että ne vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kuntalaisten avun, tuen ja hoidon tarvetta. Holmbergin (2010, 24) mukaan päihdepalvelut ovat räätälöityjä, monimuotoisia ja muuttuvia palvelukokonaisuuksia. Niitä annetaan peruspalveluiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluissa. Moniammatillisella ja kuntasektorit ylittävällä yhteistyöllä varmistetaan laaja-alainen työote päihdeongelmaisia ihmisiä kohdattaessa. Sosiaali- ja terveydenhuolto voi toimia yhteistyössä esimerkiksi koulu- ja nuorisotoimen, asunto-, työvoima- ja tulliviranomaisten tai poliisin kanssa.

Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeongelmien ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnan tulee järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoonsa asukkaiden tarpeiden mukaiset päihdepalvelut. Laissa suositellaan avohuollon ensisijaisuutta. Hoidossa alkoholiongelmaisten tulee olla tasaveroiset muiden hoidettavien kanssa, ja hänen

vakaumustaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata. Asiakkaalla tulee olla oikeus oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Päihdehuoltolaki antaa mahdollisuuden lyhyeen tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran ja väkivaltaisuuden perusteella, mutta tätä on sovellettu viime vuosina erittäin harvoin. Hoitoon hakeutumisen tulee tapahtua asiakkaan omasta tahdosta. (Mäkelä & Murto 2013, 92.)

3.3 Päihdekuntoutuksen eri muotoja

Päihdepalveluihin kuuluu sosiaalista tukea, katkaisuhoidoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa sekä kuntoutusta, ja ne järjestetään ensisijaisesti avopalveluina. Päihdeongelmaisten tarvitsemaa laitoshoidoa järjestetään katkaisuhoidoasemilla, kuntoutuslaitoksissa ja eräissä terveydenhuollon yksiköissä. Nuorten päihteidenkäyttöön erikoistuneita yksiköitä on suurimmissa kaupungeissa, samoin erityisiä huumehoitoon erikoistuneita yksiköitä. Järjestöllä on merkittävä rooli niin päihdehaittojen ehkäisyssä kuin päihdeongelmaisten tarvitsemien palvelujen tuottamisessakin. Tällä hetkellä päihdetyötä toteutetaan usein yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa, koska monilla päihdeongelmaisilla on myös mielenterveysongelmia. (Haavisto 2017, 291.)

3.3.1 Katkaisuhoido

Kuntoutuksen ja jatkohoidon perustana on aina katkaisuhoido. Pelkkä vieroitus-hoido ilman kuntoutusta johtaa harvoin alkoholiriippuvuudesta toipumiseen. Vieroitusoireita ilmaantuu, kun päihteeseen sopeutuneen hermoston toiminta muuttuu nopeasti päihteen poistuessa elimistöstä. Hermoston adaptaatio päihteeseen jää jäljelle, ja hermosto tulee "yliaktiiviseksi". Aiemmat vaikeat alkoholivieroitusjaksot ennakoivat vaikeampaa alkoholivieroitusoireistoa. Alkoholivieroitusoireet ilmaantuvat pitkään jatkuneen alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen 24–150 tunnin kuluessa (huippu 70–100 tuntia). Lieviä vieroitusoireita ovat vapina, levottomuus, hikoilu, unettomuus ja ärtyisyys, ja niitä ilmaantuu usein jo laskuhumalassa. (Käypä hoito. Suositukset. Alkoholiongelmaisen hoito. 2015.)

Katkaisuhoidossa keskeytetään päihteiden käyttö ja hoidetaan vieroitusoireita ja muita päihteiden aiheuttamia haittoja. Katkaisuhoito avohoidossa tai laitoksessa kestää tavallisesti enintään 1–2 viikkoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Päihdepalvelut. i.a.) Hoitona ovat vieroitusoireiden hoidon lisäksi oireenmukainen lääkehoito, kahdenkeskiset keskustelut, ryhmäkeskustelut, verkostotapaamiset ja lepo. Tarvittaessa suunnitellaan jatkohoitoa. Katkaisuhoitoasemalle hakeutuminen vaihtelee paikkakunnan mukaan: asiakas voi joko itse varata paikan itselleen tai hoitoon tullaan kuntien terveys- ja sosiaalitoimen tai A-klinikan ohjaamana. (A-Klinikkasäätiö. Hoitopalvelut. Hoitomuodot. Katkaisuhoito. i.a.)

Kainuussa osastokatkaisuhoitoa antavat terveyskeskussairaalat (Kajaani, Kuhmo, Sotkamo ja Suomussalmi). Osastokatkaisuhoitoon voi hakeutua Mielenterveys- ja päihdepäivystyksen (Miepä), A-klinikan sairaanhoitajan, kuntien päihdetyöntekijöiden ja terveyskeskusten lääkäreiden kautta. (Kainuun sote. Mielenterveys, päihteet ja riippuvuudet. Lähipalvelut. Kuntoutus (lähipalvelut). Katkaisuhoito ja päihdekuntoutus.i.a.)

3.3.2 Laitoskuntoutus

Pidempiaikainen vieroitus ja kuntoutus järjestetään päihdehoitolaitoksissa. Tavallisin psykososiaalisen laitoskuntoutuksen kestoaika on neljä viikkoa. Kuntoutuksen tavoitteena on alkoholin käytön säätelyn rinnalla muun elämänhallinnan oppiminen. Hoidon tavoitteet määritellään tulevaisuus- ja voimavarasuuntautuneesti. Menetelminä käytetään muun muassa teemaryhmiä, kuvataideterapiaa, akupunktiota, omahoitajakeskusteluja sekä fysioterapiaa. Kuntoutusyksiköitä on eri puolilla Suomea. (Mäkelä & Aalto 2010, 50.)

Kainuun sotella on sopimus A-klinikkasäätiön Päihdesairaalan kanssa. Kainuussa hoitoon ohjaututaan muun muassa päihdetyöntekijän kautta. Avohoidon aloittaminen ennen laitoskuntoutusta on välttämätöntä ja myös laitoskuntoutuksen jäl-

keinen jatkohoito suunnitellaan tiiviisti avohoidon kanssa. (Kainuun sote. Mielen terveys, päihteet ja riippuvuudet. Lähipalvelut. Kuntoutus (lähipalvelut). Katkaisuhoido ja päihdekuntoutus. i.a.)

3.3.3 Psykososiaaliset hoitomenetelmät

Alkoholiriippuvuuden hoidon yhtenä kulmakivenä ovat psykososiaaliset hoidot. Hoidon onnistuminen edellyttää hyvää hoitosuhdetta ja potilaan motivaatiota. Kognitiiviset terapiat ja perheterapiat ovat käytettyjä hoitomuotoja. Myös yhteisöhoidot ja vertaistuki ovat auttaneet monia alkoholiriippuvaisia pääsemään irti ongelmastaan. Hoidosta huolimatta kuitenkin noin 60–70 % potilaista retkahtaa vuoden sisällä hoidon lopettamisesta uudelleen hallitsemattomaan alkoholinkäyttöön. (Alho 2013, 132.)

Tavallinen terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa tarjolla oleva hoitomenetelmä on lyhytneuvonta eli mini-interventio. Se koostuu asiakkaan alkoholinkäytön ja terveydentilan arvioinnista ja sitä koskevasta empaattisesta palautteesta, käytännön ohjeista, hoitovaihtoehtojen esittelystä ja asiakkaan pystyvyyden tunteen tukemisesta. (Koski-Jännes 2013, 125.)

Toinen yleinen näyttöön perustuva hoidollinen lähestymistapa on motivoiva haastattelu. Sitä käytetään etenkin hoitokontaktin alussa. Ajatuksena on auttaa asiakasta ratkaisemaan päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvää ristiriitaa, jossa ihminen toisaalta haluaa ja toisaalta ei halua muutosta. Tavoitteena on auttaa asiakasta itse ratkaisemaan, mihin hän on valmis sitoutumaan. Tavallisimmin motivoiva haastattelu yhdistetään muihin pitempikestoisiin hoitomalleihin, kuten ratkaisukeskeiseen terapiaan, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiiviseen terapiaan. (Koski-Jännes 2013, 126.)

Alkoholistien perinteinen hoitomalli on AA eli anonyymit alkoholistit. AA-ryhmiä kokoontuu lähes joka puolella Suomea. Ne tarjoavat vertaistukea ihmisille, jotka haluavat kokonaan lopettaa alkoholinkäytön. Vertaistuessa samassa tilanteessa olevat ihmiset kokoontuvat yhteisen päämäärän vuoksi vastaanottamaan ja

antamaan apua (Kuusisto 2010, 59–60). AA-ideologia perustuu 12 askeleen ohjelmalle, joka korostaa ehdotonta raittiutta, oman sairauden ja voimattomuuden myöntämistä sekä alistumista korkeammalle voimalle sellaisena kuin kukin sen ymmärtää. 12 askeleen ohjelma tarjosi rungon myös avo- ja laitoshoitomalleille, joita alettiin kehittää Yhdysvalloissa Minnesota-hoidon nimellä. Suomessa tätä suuntausta on edistänyt muun muassa Myllyhoitoyhdistys. (Koski-Jännes 2013, 128.)

A-Killat ovat itsenäisiä, rekisteröityjä yhdistyksiä, jotka tarjoavat paikkakunnallaan päihdetoipujille vertaistukea ja päihteetöntä toimintaa (A-Kiltojen Liitto ry i.a.). A-Killassa ryhmätoiminta on keskeistä, ja toimintaa ohjaavat koulutuksen käyneet A-Killan jäsenet. Keskeistä on koulutuksen, valistuksen ja virkistystoiminnan kautta raittiuteen tähtäävä toiminta. (Kuusisto 2009, 39.)

3.3.4 Lääkehoito

Nykyään on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että alkoholiriippuvuus on krooninen sairaus, jolla on hermostollinen perusta. Vaikka alkoholiriippuvuuden lääkehoitoon suhtaudutaan ajoittain epäillen ja kriittisesti, nykyisin käytössä olevien lääkehoitojen avulla voidaan selvästi parantaa psykososiaalisten hoitomuotojen tehoa. (Hyytiä & Alho 2009, 74.) Hoidot tulee kohdentaa sen mukaan, onko tavoitteena välitön alkoholin käytön vähentäminen vai täysraittius (Alho 2013, 134).

Suomessa viranomaisten hyväksymiä lääkkeitä ovat suun kautta annosteltava disulfiraami, jota myydään kauppanimellä Antabus, sekä opioidiantagonisti naltreksoni, jonka kauppanimiä ovat Naltrexon Vitaflo ja Revia. Disulfiraami muuttaa alkoholin aineenvaihduntaa siten, että alkoholin kanssa nautittuna se suurentaa elimistön asetaldehidipitoisuuksia, mikä aiheuttaa pahoinvointia, punoitusta, huimausta, sydämen tykytystä ja päänsärkyä. Opioidiantagonistit ovat opioidireseptorien salpaajia ja siten estävät endogeenisten opioidien vaikutusta, mikä taas vähentää alkoholin tuottamaa mielihyvää. (Alho 2013, 132–134.)

3.3.5 Oma-apu

Spontaani toipuminen alkoholiongelmasta on ollut syrjässä tutkimuksista varsin pitkään. Aiheen tutkimus käynnistyi 1960-luvulla ja lisääntyi vasta 1990-luvulla. Nykyään yhä useampi tutkimus toteaa spontaanin toipumisen olevan jopa vallitseva tapa päästä eroon päihdeongelmasta. (Kuusisto 2009, 32–33.)

Nykyään on olemassa erilaisia oma-apusivustoja, joilla voi itsenäisesti tehdä alkoholinkäytön testejä, hakea tietoa alkoholin käytöstä ja päihitteettömyydestä sekä etsiä vertaistukea päihitteettömyyteen. Tällaisia sivustoja ovat esimerkiksi Päihdelinkin, A-Killan ja A-Klinikkasäätiön verkkosivut. Päihdeneuvontaan voi chatata tai soittaa ilmaiseksi ja nimettömänä. Seurakunnat tekevät päihde- ja kriminaaliväkiväkivä työtä muun muassa järjestämällä vertaistukitapaamisia ja leirejä.

Omaehtoisessa toipumisessa päihteiden käyttö jää taka-alalle, kun sen tilalle tulee vaihtoehtoisia toimintoja. Omaehtoinen toipuminen tapahtuu omaa itseä kuunnellen. Spontaanisti toipuneilla päihteiden käyttö on yleensä vähentynyt asteittain ennen lopullista raitistumista, kun taas hoitoon hakeutuvilla päihteiden käyttö on puolestaan lisääntynyt ja haitat kasaantuneet ennen käytön lopettamista. Spontaanisti toipuneiden ja hoitoon hakeutuneiden välillä on eroja riippuvuuden voimakkuudessa ja päihteiden käytön määrässä. (Kuusisto 2010, 54.)

Spontaanisti toipuneet eivät koe vertaistukiryhmien tai ammatillisen hoidon antavan heille mitään lisäarvoa. Hoitoon ei hakeuduta, koska pelätään leimautumista tai koska koetaan omavoimaisuutta alkoholiongelman voittamiseen nähden. Apua saadaan esimerkiksi läheisten tuen tai uskonnollisen heräämisen kautta. (Kuusisto 2010, 55.)

3.4 Sisäisen motivaation merkitys

Aidon kiinnostuksen herääminen ihmiselle itselleen tai hänen läheisilleen haitallisen toiminnan lopettamiseen edellyttää sitä, että ihminen kokee asian itselleen

henkilökohtaisesti tärkeäksi. Sisäinen motivaatio viittaa juuri tällaiseen henkilökohtaiseen kiinnostukseen erotukseksi palkintojen ja rangaistusten avulla ylläpidetystä ulkoisesta motivaatiosta. Sisäinen motivaatio tuottaa pitempiaikaisia ja subjektiivisesti tyydyttävämpiä muutoksia kuin ulkoinen. Halu muuttaa jotakin haitalliseksi osoittautunutta toimintaa kehittyy yleensä ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutuksen pohjalta. Muutokselle suotuisia, sisäistä motivaatiota vahvistavia ympäristöjä voidaan luoda ottamalla huomioon kolmenlaisia inhimillisiä perustarpeita. Nämä ovat autonomia eli itsemääräämisoikeus, sosiaalinen yhteys eli tuki ajatuksille ja tunteille sekä kompetenssi eli tunne siitä, että omalla toiminnalla on vaikutusta. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 9.)

Motivaatio voidaan myös ymmärtää muutosvalmiutta kuvaavana jatkumona pikemminkin kuin erillisinä muutosvaiheina. Muutosprosessi voidaan hahmottaa toisiinsa liittyvinä vaiheina, joiden kautta ihmiset tyypillisesti etenevät, kun he harkitsevat, käynnistävät ja ylläpitävät uusia käyttäytymismuotoja. Muutosprosessi on syklinen ja tyypillisesti yksilöt sukkuloivat edestakaisin vaiheiden välillä ja etenevät eri nopeuksilla. Useimmille päihteiden käyttäjille eteneminen vaiheesta toiseen ei ole lineaarista, vaan sirkulaarista ja spiraalin omaista. Ongelman uusiutuminen on normaali tapahtuma ja monet kiertävät ympyrän useita kertoja, ennen kuin päätyvät vakaaseen muutokseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 30–31.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymykset ja kohderyhmä

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kartoittaa Kainuun soten tarjoamia palveluja laitostuntoutukselta kotiutuville alkoholia ongelmallisesti käyttäville asiakkaille. Tutkimme, millaisia palveluja asiakkaille tällä hetkellä on tarjolla, ja millaisia palveluja asiakkaat tarvitsisivat ja itse haluaisivat. Selvitimme ja arvioimme olemassa olevien päihdekuntoutuksen jatkokolkujen hyödyllisyyttä sekä aikuissosiaalityöntekijöiden että asiakkaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyömme kohderyhmiä olivat Kainuun soten aikuissosiaalityöntekijät, kuntouttavan työtoiminnan ohjaajat ja vammaispalveluiden työntekijät sekä kainuulaiset alkoholia ongelmallisesti käyttävät tai käyttäneet henkilöt, jotka ovat jossakin elämänsä vaiheessa olleet päihdekuntoutuksessa päihdekuntoutuslaitoksessa. Vaikka Kainuussa, siinä kuin muuallakin Suomessa, esiintyy huumeidenkäyttöä, sekakäyttöä sekä lääkkeiden väärinkäyttöä, rajasimme tutkimuksemme koskemaan alkoholia käyttäviä henkilöitä, koska alkoholi on suomalaisten yleisimmin käyttämä päihde. Tavoitteenamme oli saada haastateltavaksi Kainuun kunnista eri-ikäisiä ja eri sukupuolta edustavia asiakkaita, jotta saisimme kattavan kuvan jatkokoluista.

4.2 Aineistonkeruu

Keräsimme tutkimustamme varten aineistoa eri lähteistä. Aluksi hankimme teoria- ja tilastotietoa aiheestamme. Päihdetilastollisesta vuosikirjasta (2017) saimme tarvitsemaamme tilastotietoa suomalaisten päihteidenkäyttöön liittyen, esimerkiksi tietoa suomalaisten alkoholinkulutuksen määristä. Haimme tietoa muun muassa Finnan tietokannasta (entinen Nelliportaali), jonne pääsimme kirjautumaan Diakonia-ammattikorkeakoulun lisenssillä. Finnan kautta pääsimme tutustumaan aiheeseemme liittyviin opinnäytetöihin ja tieteellisiin artikkeleihin. Theseus-tietokannasta löytyi opinnäytetöitä, joita aiheesta on aikaisemmin tehty. Haimme tietoa muun muassa termeillä päihde, päihdekuntoutus ja laitostuntoutus. Käytimme myös paikallisia kirjastopalveluja.

Haimme Kainuun soten aikuissosiaalityön johtavalta sosiaalityöntekijältä asianmukaiset tutkimusluvut ennen varsinaisen aineistonkeruun eli kyselyn ja haastattelujen aloittamista. Kainuun sotella on käytössä oma tutkimuslupapohja, jota käytimme. Hyväksyimme työelämäkumppanillamme toteutussuunnitelman, joka sisälsi aineistonkeruuta varten työstämämme materiaalin (Liitteet 1–4).

4.3 Tutkimusmenetelmät

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen perusmuoto on strukturoitujen kysymysten esittäminen satunnaisesti valitulle otokselle. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa voidaan myös käyttää haastattelua tiedonkeruumuotona. Silloin kyse on kuitenkin enemmän tai vähemmän avointen kysymysten tai keskusteluteemojen esittämisestä valituille yksilöille tai ryhmille. (Tilastokeskus. Virsta. Virtual statistics. Tietoteoreettiset lähtökohdat. i.a.).

Niin määrällisessä kuin laadullisessakin tutkimuksessa voidaan tutkimuksen validiutta tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 228.) Perusaineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö (Hirsjärvi ym. 2007, 187).

4.3.1 Webropol-kysely työntekijöille

Kysely on sopiva metodi silloin, kun tutkimusasetelma on tarkasti määrätty ja kun kysymykset halutaan esittää suurelle joukolle henkilöitä. Kyselyssä kaikki vastattavat kysymykset sijoitetaan yhteen, kaikille vastaajille samanlaiseen lomakkeeseen, johon vastaukset myös kirjoitetaan. Kysymys voi olla joko suljettu tai avoin. Suljetussa kysymyksessä on määritelty vastausvaihtoehdot valmiiksi. Avoimeen kysymykseen vastaaja voi kirjoittaa vastauksensa vapaasti. Molempia kysymyslajeja voidaan sekoittaa samaan kyselyyn. Kiinteät vastausvaihtoehdot helpottavat vastausten tilastollista käsittelyä. Niiden vaarana on kuitenkin se, että tutkijalta jää huomaamatta jokin mahdollinen vastausvaihtoehto. Avoin kysymys

taas voi olla vaikea muotoilla niin, että vastaaja huomaa kertoa kaikki ne asiat, joita tutkija tarvitsee. (Routio. Kysely ja lomakehaastattelu. Virtuaaliyliopisto. Taideteollinen korkeakoulu i.a.)

Keräsimme aineistoa Kainuun sotien työntekijöiltä webropol-kyselyllä. Työntekijöitä on paljon ja heidän työpisteensä sijaitsevat eri puolilla Kainuuta, joten koimme, että kysely oli nopein ja tarkoituksenmukaisin menetelmä kerätä tietoa. Kyselylinkin lähettäminen työntekijöiden työsähköpostiin oli luotettavin tapa toimittaa kysely kaikille työntekijöille yhtäaikaisesti. Lisäksi webropol-kyselyn vastaukset oli helppo purkaa kyselyn omilla työkaluilla.

Kyselyllä kartoitimme sitä, millainen päihdekuntoutuksen tilanne tällä hetkellä Kainuussa on. Millaisissa laitospalveluissa kainuulaisia asiakkaita on ollut? Kuinka kauan laitospalvelujaksot ovat kestäneet? Ovatko asiakkaat pysyneet päihdeettöminä kuntoutuksen jälkeen? Halusimme myös selvittää, mihin asiakkaat ohjautuvat laitospalvelujaksolta kotiutuessaan ja millaista apua ja tukea heille sen jälkeen tarjotaan. Kyselyssä oli sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä.

Webropol-kyselyn (Liite 1) lähetti Kainuun sotien aikuissosiaalityön johtava sosiaalityöntekijä, koska hänellä oli valmiina ajankohtaiset yhteystiedot työntekijöille. Hän lähetti sähköpostiviestillä kyselylinkin 43 aikuissosiaalityöntekijälle sekä kymmenelle vammaispalveluiden työntekijälle eli yhteensä 53 työntekijälle. Viestin alussa oli laatimamme saate (Liite 2). Kysely oli avoinna 23. toukokuuta - 12. kesäkuuta 2017. Saimme kyselyyn yhdeksän vastausta. Vastausprosentti oli 17.

Alkuperäisen vastausprosentin pienuudesta johtuen uusimme webropol-kyselyn samalle kohderyhmälle syksyllä 2017. Kyselylinkin lähetti kohderyhmälle johtava sosiaalityöntekijä ja se oli avoinna 28. elokuuta - 11. syyskuuta 2017. Viestissä oli mukana saate (Liite 2). Vastauksia tuli tällä kerralla viisi. Lopullinen yhteenlaskettu vastaajamäärä oli 14 ja vastausprosentti 26,4. Kaikkiaan 18 työntekijää oli avannut kyselyn jättämättä vastausta.

4.3.2 Asiakkaiden haastattelut

Teemahaastattelu on keskustelua, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Se jättää haastattelun muodon ja yksityiskohdat varsin vapaiksi. Teemahaastattelussa esitetään pääasiassa avoimia kysymyksiä. Teemahaastattelu on hyvä metodi, kun saatujen vastausten johdosta halutaan esittää lisäkysymyksiä, halutaan säilyttää mahdollisuus esittää vastausten johdosta täydentäviä kysymyksiä tai kun kysytään laatuina kuvailtavia asioita, kuten hankalasti sanoin esitettäviä psyykkisiä tuntemuksia tai suorastaan sanatonta kokemustietoa. (Routio. Teemahaastattelu. Tuotetiede. Virtuaaliyliopisto. Taideteollinen korkeakoulu. i.a.)

Elämäkertahaastattelu on yksi teemahaastattelun variaatioista. Elämäkertahaastattelun tavoitteena on saada asiakkaan oma ääni kuuluviin narratiivisin menetelmin. Sensitiivinen tutkimusote on tällaisen tutkimuksen tekemisessä välttämätön mahdollisimman totuudenmukaisen tutkimustuloksen aikaansaamiseksi. Haastateltavaa voi pyytää muistelemaan elämäänsä tietystä perspektiivistä. (Kallinen, Pirskanen & Rautio 2015, 54–55.)

Valitsimme elämäkertahaastattelun menetelmäksi, koska se oli mielestämme sopivin menetelmä kerätä tietoa tutkimuksemme kohteena olevalta asiakasryhmältä. Koimme tärkeäksi sen, että saamme asiakkaisiin suoran kontaktin haastattelutilanteessa. Fyysinen läsnäolo haastattelutilanteessa luo turvallisuutta ja luottavuutta ja antaa tunteen, että vastauksilla on merkitystä. Tämä on olennaista, kun halutaan saada rehellisiä vastauksia sensitiivisestä aiheesta. Haastattelu mahdollistaa myös palaamisen aikaisempiin vastauksiin ja täsmentävien kysymysten tekemisen tarvittaessa jo itse haastattelutilanteessa. Kyselyn lähettäminen tälle kohderyhmälle ei ollut mielestämme hyvä vaihtoehto, koska koimme, että kasvottomaan kyselyyn vastaaminen ei ole luonteva tapa kerätä tietoa hyvin henkilökohtaisesta aiheesta. Kirjoitettujen vastausten purkaminen olisi ollut hankalaa, koska emme olisi voineet esittää tarvittaessa täsmentäviä kysymyksiä. Lisäksi

kirjoitettu teksti tulkitaan helpommin väärin, koska se välittää vain sen, mikä on kirjoitettu.

Tutkimuseettisten periaatteiden takia emme voineet olla suoraan yhteydessä haastateltaviin. Lähetimme sähköpostia Kainuun alueen kuntouttavan työtoiminnan työntekijöille, aikuissosiaalityön työntekijöille sekä päihdetyöntekijöille. Kirjoitimme työntekijöille sähköpostiin saatekirjeen (Liite 4) ja liitimme viestiin suostumuslomakkeen haastateltaville (Liite 2) sekä pohjan elämäkertahaastattelun kysymyksistä (Liite 3).

Etsimme haastateltavia myös A-Killan kautta. Otimme yhteyttä Suomussalmen A-Killan toiminnanjohtajaan, joka kartoitti asiaa ja ilmoitti sitten, että heillä ei tällä hetkellä ole tapaamisissa kävijöissä yhtään sellaista henkilöä, joka olisi ollut laituskuntoutuksessa. Lisäksi olimme yhteydessä Kajaanin Päiväkeskukseen, joka on päihde- ja mielenterveyskuntoutujien päivätoimintakeskus. Saimme sieltä asiakkaiden luvalla kahden asiakkaan yhteystiedot, mutta emme tavoittaneet näitä asiakkaita haastatteluja varten.

Haastateltavat asiakkaat löysimme päihdetyöntekijöiden sekä kuntouttavan työtoiminnan ohjaajien kautta. Haastattelut teimme elo-marraskuussa 2017. Haastatelimme neljä asiakasta eri puolilta Kainuuta. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Kävimme suostumuslomakkeen läpi haastateltavan kanssa, jotta haastateltava ymmärsi haastattelun tarkoituksen ja hänellä oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelun alkua. Haastattelut kestivät puolesta tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Toteutimme haastattelut haastateltavien valitsemissa paikoissa eli haastateltavien kotona ja Suomussalmella työpalvelukeskus Miilussa, jossa osa haastateltavista työskenteli kuntouttavassa työtoiminnassa.

Saimme kaikilta haastateltavilta luvan äänittää haastattelut ja äänitimme ne älypuhelinpuhelin ääninauhurilla. Lisäksi teimme haastatteluissa muistiinpanoja. Äänitetyt haastattelut purimme litteroimalla. Litterointi tarkoittaa tallennetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista. (Hirsjärvi ym, 2007, 217.) Litteroimme kaikki haastattelut Google Drive:en ja työstimme opinnäytetyömme lopulliseen muotoonsa Portal Office 365 -työkalulla.

4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen: Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4). Sosiaalityön tutkimuksessa näitä osa-alueita pohditaan tutkittaessa sosiaalityön asiakkaita tai sosiaalityöntekijöiden tai laajemmin sosiaalialan ammattilaisten ja muiden toimijoiden työtä. Sosiaalipalveluissa on asiakkaiden ja työntekijöiden lisäksi kolmansia osapuolia, kuten perheenjäseniä, omaisia ja ystäviä. Heidät on myös otettava huomioon tutkimuseettisen toteutumisessa. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen takaamiseksi voidaan määritellä ohjeita, joissa korostetaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tutkimuksen tai opinnäytetöiden tekijöiltä saatetaan edellyttää tutkimuslupien hakemista etenkin silloin, kun tutkija aikoo toteuttaa tutkimustaan julkisessa tai yksityisessä palveluorganisaatiossa. Lupapyyntöillä osallistumisen vapaaehtoisuus ja se, ettei kieltäytymisellä ole vaikutuksia osallistujien palvelujen saantiin, hoitoon tai mihinkään tekemiseen tai asioimiseen, pitää muotoilla mahdollisimman selkeästi. (Rauhala & Virokannas 2011, 241.)

Tutkimuksessamme haastateltava sai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastattelun annettuaan haastateltavalla olisi ollut mahdollisuus kieltää meitä käyttämästä antamaansa haastattelua tutkimuksen aineistona. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan myöhemmin kieltänyt haastattelunsa käyttöä aineistona. Haastateltavien tiedot eivät tulleet ulkopuolisten tietoon tutkimuksen missään vaiheessa.

Tutkimuksen reliiabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, toisin sanoen sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimustulos on reliiabeli, jos tutkittaessa samaa henkilöä saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos. Toinen tapa määritellä reliiabelius on se, että tulos on reliiabeli, jos kaksi arvioitsijaa päätyy yksimielisyyteen tutkimustuloksista. Kolmas tapa ymmärtää reliiabelius on se, että kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.)

Reliabelius tutkimuksessamme toteutui siten, että päädyimme yksimielisyyteen tutkimustuloksista. Teimme haastattelut erikseen, jolloin se, joka ei ollut läsnä haastattelussa, pystyi kuuntelemaan haastattelusta tehdyn äänitteen ja tekemään omat johtopäätöksensä sen perusteella. Vertaamalla haastattelijan ja toisen tutkijan tekemiä johtopäätöksiä sekä käymällä niistä keskustelua, päädyimme yksimielisiin johtopäätöksiin haastateltavien esittämistä näkemyksistä koskien päihitteettömyyttä tukevia palveluita ja niiden kehittämistä. Samoin webropol-kyselyn vastauksia pohdimme molemmat ensin itse ja sen jälkeen keskustelujen kautta päädyimme yksimielisiin johtopäätöksiin.

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Se tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiutta voidaan arvioida eri näkökulmista, jolloin puhutaan muun muassa ennustevalidiudesta ja rakennevalidiudesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Ennustevalidius tarkoittaa sitä, että yhdestä tutkimuskerrasta voidaan ennustaa myöhempien tutkimuskertojen tulos. Rakennevalidiudessa tarkastellaan sitä, käytetäänkö tutkimuksessa käsitteitä, jotka heijastavat tutkituksi aiottua ilmiötä ja koskeeko tutkimus sitä, mitä sen on oletettu koskevan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186–187.)

Ennustevalidius tutkimuksessamme toteutuu huonosti. Jotta ennustevalidius toteutuisi, webropol-kysely tulisi toistaa samanlaisena samalle vastaajajoukolle. Työntekijöiden vaihtuvuus on aikuissosiaalityössä suurta, joten vastaajajoukko ei seuraavilla kyselykerroilla olisi sama. Rakennevalidiutta arvioidessamme pohdimme käyttämiämme käsitteitä, webropol-kyselyn kysymyksiä ja elämäkerta-haastattelun runkoa. Pääsääntöisesti käyttämämme käsitteet kuvaavat tutkituksi

aiottua ilmiötä hyvin ja kattavasti. Webropol-kyselyn kysymykset ja haastattelun runko olivat aiheemme mukaisia.

4.5 Aineiston analysointi

4.5.1 Webropol-kyselyn analysointi

Suljetut vastaukset analysoimme webropol-ohjelman tuottamien kaavioiden ja yhteenvedojen avulla. Avasimme tekstiksi kaaviot ja yhteenvedot ja teimme sen perusteella johtopäätökset kysymistämme asioista.

Avoimia vastauksia analysoimme luokittelemalla ne asiasanoittain. Esimerkiksi samaan luokkaan kuuluivat asumiseen liittyvät vastaukset tai matalan kynnyksen kohtaamispaikkoihin kuuluvat vastaukset. Luokittelut vaihtelivat kysymysten mukaan, koska kysymyksissä on eriluonteisia avoimia vastauksia.

4.5.2 Asiakashaastattelujen analysointi

Tavallisimmat laadullisen aineiston analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Teemoittelu on luonteva etenemistapa muun muassa teemahaastatteluaineiston analysoinnissa. Teemat, joista haastateltavien kanssa on puhuttu, löytyvät yleensä kaikista haastatteluista – tosin vaihtelevassa määrin ja eri tavoin. Aineisto voidaanakin litteroinnin jälkeen järjestellä teemoittain. Joskus teemat muistuttavat aineistonkeruussa käytettyä teemahaastattelurunkoa, mutta näin ei aina käy. Joskus aineistosta löytyy uusia teemoja, eivätkä ihmisten käsittelemät aiheet välttämättä noudata tutkijan tekemää jäsennystä. Ihmisten puheesta litteroitua tekstiä tuleekin tarkastella ennakkoluulottomasti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Käytimme haastatteluaineiston analysoinnissa teemoittelua. Tämä tuntui sopivalta analysointimenetelmältä, koska olimme käyttäneet haastatteluissa teema-haastattelun alatyyppejä elämäkertahaastattelua. Litteroimme haastatteluaineiston ja tarkastelimme sitä suhteessa haastattelurunkoon. Kävimme läpi litteroitua aineistoa ja etsimme sieltä tutkimuskysymyksiimme liittyviä vastauksia. Merkitsimme kysymyksiin liittyvät asiat korostuskynillä siten, että yhdellä värillä merkitsimme laitostuntoutusjakson jälkeisten palvelujen riittävyteen ja saatavuuteen liittyvät asiat ja toisella värillä kommentit, jotka liittyivät asiakkaiden ilmaiseisiin toiveisiin palvelujen suhteen.

Huomasimme, että näiden kysymysten alle suoria vastauksia tuli vain vähän ja niiden sisältö oli suppea. Löysimme kuitenkin muita toistuvia teemoja, jotka olivat mielestämme keskeisiä asiakkaiden kuntoutumisen tai raittiina pysymisen suhteen. Päädyimme ryhmittelemään aineistoa kolmen teeman alle, koska koimme, että näiden teemojen kautta saamme parhaalla mahdollisella tavalla esille asiakkaiden omat tarpeet ja toiveet liittyen laitostuntoutusjakson jälkeisiin päihdeettömyyttä tukeviin palveluihin. Nimesimme teemat nimillä motivaatio, tyytyminen ja kiinnittyminen.

Motivaatiolla tarkoitamme ihmisestä itsestään löytyvää motivaatiota ja halua muutokseen, mikä haastattelujen perusteella täytyy olla pohjana, jotta laitostuntoutus voi tuottaa toivottuja tuloksia. Mikäli ihminen ei itse ole valmis muutokseen, ei myöskään kuntoutus voi tuottaa tuloksia.

Tyytymisellä tarkoitamme tyytymistä olemassa oleviin olosuhteisiin, tarjolla oleviin palveluihin ja oman elämän laatuun. Joko tyydytään siihen, että päihdeet ovat osa elämää eikä raitistumista tapahdu, tai tyydytään siihen, ettei tarjolla ole vaihtoehtoisia palveluita tai apua, eikä niitä osata olla vaillakaan.

Kiinnittyminen tarkoittaa haastateltavan yhteyttä perheeseen, ystäviin ja yhteisöön. Kiinnittyminen määrittää sitä, mitkä tekijät vaikuttavat päihdeiden käyttöön joko niin, että syy käyttöön löytyy sieltä tai syy raitistumiseen löytyy sieltä. Oman lähiyhteisön merkitys korostui kaikissa haastatteluissamme.

5 TULOKSET

5.1 Laitoskuntoutuksen jälkeiset päihteettömyyttä tukevat palvelut työntekijöiden näkökulmasta

5.1.1 Näkemyksiä laitoskuntoutusjaksosta

Ensimmäinen kysymyksemme koski sitä, oliko vastaajalla ollut viimeisen kahden vuoden aikana asiakkaina laitoskuntoutusjaksolla olleita henkilöitä. Tähän kysymykseen vastasi kaikki 14 kyselyyn vastannutta työntekijää. 12 vastaajalla oli ollut viimeisen kahden vuoden aikana laitoskuntoutusjaksolta kotiutuneita asiakkaita. Kahdella vastaajalla näitä asiakkaita ei ollut.

Toisessa kysymyksessä tiedustelimme työntekijän arviota siitä, kuinka suuri osa laitoskuntoutusasiakkaita on ollut ainoastaan alkoholiongelmaisia. Kysymykseen vastasi 13 vastaajaa. Vastanneista kolme arvioi, että ainoastaan alkoholiongelmaisia laitoskuntoutusasiakkaita oli ollut 0–20 %. Viiden vastauksen mukaan ainoastaan alkoholiongelmaisia oli ollut 21–40 %, kahden vastauksen mukaan 41–60 %, yhden vastauksen mukaan 61–80 % ja yhden vastauksen mukaan 81–100 %. Yksi vastasi, että hänellä ei ole ollut laitoskuntoutusasiakkaita.

Kysymykseen laitoskuntoutusjaksojen toteutuspaikasta vastasi 13 vastaajaa. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Yksi vaihtoehtoista oli Järvenpään sosiaalisairaala, joka on nykyään Haarajoen A-klinikan Päihdesairaala. Käytämme tästä vaihtoehdosta kyselyn yhteydessä nimeä Järvenpään sosiaalisairaala.

Valittuja vastausvaihtoehtoja oli yhteensä 16. Vastaajista kymmenen ilmoitti laitoskuntoutusjaksopaikaksi Järvenpään sosiaalisairaalan, neljä terveyskeskuksen

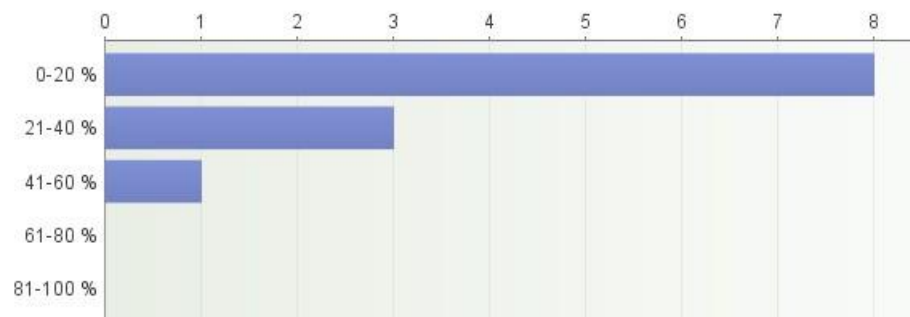
tai sairaalan osaston ja yksi Helppi-yhteisön. Yksi vastaajista ei tiennyt, missä laituskuntoutusjakso oli toteutettu.

Seuraavassa kysymyksessä tiedustelimme arviota siitä, kuinka suuri osa laituskuntoutusjaksoista on johtanut tavoiteltuun tulokseen raitistumisen suhteen kahden vuoden kuluttua kuntoutusjaksosta. Vastauksia tähän kysymykseen saimme 12. Näistä 11 arvioi, että 0–20 % asiakkaista oli raitistunut kahden vuoden kuluessa laituskuntoutusjakson jälkeen. Yksi vastaaja arvioi määräksi 21–40 %.



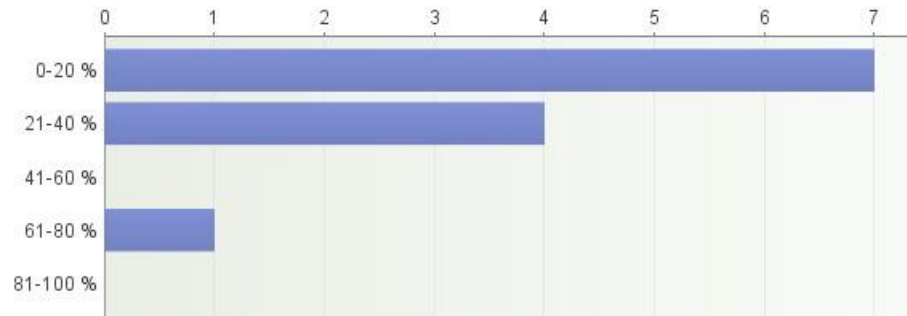
Kuvio 1: Laituskuntoutusjaksolla raitistuneiden määrä kahden vuoden kuluttua kuntoutusjaksosta on vastaajien mukaan pieni.

Alkoholin käytön vähentämistä kahden vuoden kuluessa laituskuntoutusjaksosta arvioi 12 vastaajaa. Kahdeksan arvioi alkoholin käytön vähentyneen 0–20 % laituskuntoutusjaksolla olleista asiakkaista. Kolme vastaajaa arvioi prosentiksi 21–40 % ja yksi 41–60 %.



Kuvio 2: Laituskuntoutusjakson jälkeen alkoholin käyttöä on kuitenkin vastaajien arvion mukaan vähentänyt hiukan useampi kuin lopettanut kokonaan.

Elämänhallinnan paranemista arvioi 12 vastaajaa. Vastaajista seitsemän arvioi elämänhallinnan parantuneen kahden vuoden kuluessa laituskuntoutusjaksosta 0–20 %:lla asiakkaista, neljä 21–40 %:lla asiakkaista ja yksi 61–80 %:lla asiakkaista.



Kuvio 3: Elämänhallinnan paranemista vastaajien arvion mukaan on tapahtunut laituskuntoutusjakson jälkeen hiukan useammalla kuin alkoholin käytön vähentämistä tai lopettamista.

Kysymykseemme siitä, kuinka suurella osalla laituskuntoutusjakso on johtanut tavoiteltuun tulokseen kahden vuoden kuluttua jonkin muun tekijän suhteen, vastasi kuusi vastaajaa. Tämä kysymys oli avoin. Viiden vastaajan mukaan 0–20 % asiakkaista oli saavuttanut jonkin muun tekijän suhteen asetetut tavoitteet. Yhden mukaan määrä oli 21–40 %. Yksi vastaaja oli nimennyt muuksi tekijäksi pystyvyyssuskomusten paranemisen. Lisäksi yksi vastaaja totesi, että kuntoutuspaikka on ollut jokin muu kuin Järvenpään sosiaalisairaala.

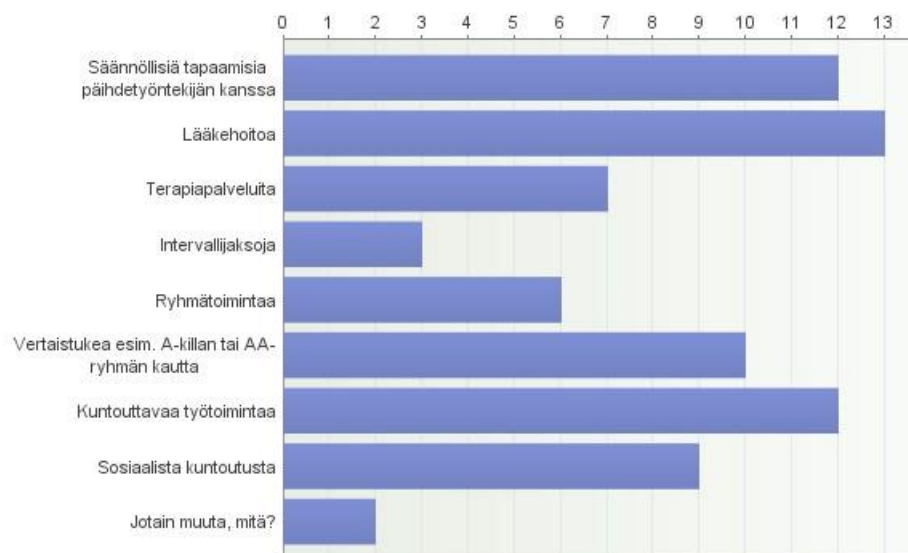
5.1.2 Omaisten rooli kuntoutusprosessissa

Kysyimme omaisten osallistumisesta kuntoutusprosessiin avoimella kysymyksellä. Vastauksia tähän kysymykseen saimme seitsemän. Viidessä vastauksessa nousi esille, että omaiset osallistuivat kuntoutusprosessiin tukemalla asiakasta eri tavoin. Tuki voi olla vierailuja, yhteydenpitoa, psykososiaalista tukea ja arjen asioiden hoitamista, kuten asumiseen liittyvien asioiden hoitamista kuntoutusjakson aikana tai avun hakemista eri palveluista. Kahdessa vastauksessa nousi esille omaisten osallistuminen arviointikeskusteluihin ja verkostopalaveriiniin. Kahden vastaajan mukaan omaiset olivat osallistuneet kuntoutusprosessiin kuljettamalla

asiakasta kuntoutusjaksolle. Yhden vastauksen mukaan puoliset olivat osallistuneet kuntoutusprosessiin. Yhdellä vastaajalla ei tullut mieleen yhtään tapausta, jossa omainen olisi ollut mukana kuntoutusprosessissa.

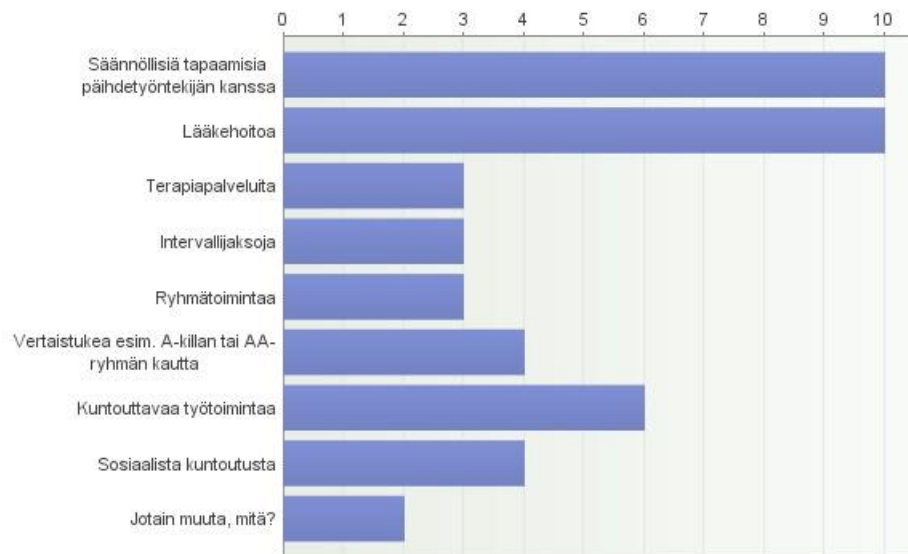
5.1.3 Tarjolla olevat laituskuntoutuksen jälkeiset palvelut

Seuraavaksi tiedustelimme asiakkaille tarjolla olevia palveluita laituskuntoutusjakson jälkeen. Vastaajat saivat valita useampia vastausvaihtoehtoja. Vastaajien määrä oli 14 ja valittuja vastausvaihtoehtoja 74. Lääkehoitoa tarjottiin 13 vastaajan mukaan. Säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa oli tarjolla 12 vastaajan mukaan, samoin kuntouttavaa työtoimintaa. Vertaistukea esimerkiksi A-Killan tai AA-ryhmän kautta oli tarjolla kymmenen ja sosiaalista kuntoutusta yhdeksän vastaajan mukaan. Terapiapalveluita oli tarjolla seitsemän, ryhmätoimintaa kuuden ja intervallijaksoja kolmen vastaajan mukaan. Avoimeen kysymyseen "Jotain muuta, mitä?" oli vastannut kaksi työntekijää. Heistä toinen oli nimenmennyt palveluksi luontoelämysopastusta päihdekuntoutujille. Toinen vastaajista oli kommentoinut, että tällä hetkellä (hänen omassa kunnassaan) ei ole päihdetyöntekijää ja että päihdeasiakkaiden hoito on mielenterveyspuolen sairaanhoitajalla.



Kuvio 4: Kunnissa on lähes kaikkien vastaajien mukaan tarjolla lääkehoitoa, säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa sekä kuntouttavaa työtoimintaa. Sosiaalinen kuntoutus sekä A-kilta ja AA-ryhmätoiminta on myös yleistä.

Seuraavaksi kysyimme, mitä palveluita vastaajat ovat hyödyntäneet asiakkaiden kanssa laituskuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen. Vastaajien määrä oli 12, valittujen vastausvaihtoehtojen lukumäärä 45. Vastaajat saivat valita kysymykseen useampia vastausvaihtoehtoja. Kymmenen vastaajaa kertoi kunnassaan käytettävän säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa. Saman verran vastanneista kertoi myös asiakkaidensa saavan lääkehoitoa. Kuntouttavaa työtoimintaa oli hyödyntänyt kuusi vastaajaa, sosiaalista kuntoutusta ja vertaistukea neljä vastaajaa. Kolmen vastauksen mukaan oli hyödynnetty terapiapalveluita, intervallijaksoja tai ryhmätoimintaa. Avoimeen kysymykseen "Jotain muuta, mitä?" oli tullut kaksi vastausta, joista toisessa työntekijä oli vastannut hyödyntäneensä palveluita asumiseen liittyvissä asioissa ja toinen otti esille säännölliset tapaamiset psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.



Kuvio 5: Työntekijöiden asiakastyössä eniten hyödyntämiä palveluita olivat lääkehoito ja keskustelut päihdetyöntekijän kanssa. Myös kuntouttavaa työtoimintaa on käyttänyt yli puolet vastanneista. Muita palveluita käytetään vähemmän.

5.1.4 Laituskuntoutusjakson jälkeen tarjottavien palvelujen riittävyys

Kysymykseen siitä, oliko asiakkaille vastaajan mielestä olemassa riittävästi päihde- ja alkoholin kohtuukäyttöä tukevia palveluita kunnassa, saimme

vastauksia 14. Vastaajista 13 oli sitä mieltä, että palveluita ei ole riittävästi. Yksi oli sitä mieltä, että palveluita on tarpeeksi.



Kuvio 6: Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta vastaajat olivat sitä mieltä, että kunnassa ei ole tarjolla riittävästi päihdeettömyyttä tai alkoholin kohtuukäyttöä tukevia palveluita.

Avoimeen kysymykseen siitä, mitä palveluja tai tukea asiakkaat tarvitsisivat vastaajan mielestä nykyisten palveluiden lisäksi, vastasi kaikki 14 vastaajaa. Seitsemässä vastauksessa nousi esille tarve asumista tukeville palveluille. Näitä palveluja olisivat muun muassa asumisen ohjaus yleisesti, tukiasuminen ja yhteisöasuminen, tiivis yhteydenpito asiakkaisiin ja rinnalla kulkeminen kotikäynnin, päihdementikoille suunnatut asumispalvelut ja tilapäismajoitus. Eräässä vastauksessa korostettiin sitä, että vaikka aikuissosiaalityössä asiakasohjausta tehdäänkin, niin kaikilla asiakkailla ei ole kontaktia sosiaalipuolen työntekijöihin. Yhden vastaus oli, että hän ei tiedä, mitä palveluita tai tukea asiakkaat tarvitsisivat nykyisten palveluiden lisäksi.

Viidessä vastauksessa nousi esille tarve erilaiseen arjen tukemiseen yhteisöllisyyden ja toiminnallisuuden kautta, niin sanotut matalan kynnyksen olohuoneet tai kohtaamot. Tukea tarvittaisiin arkipäivän sujumiseen, talousasioihin ja päihdeettömään elämään sekä irtiottoon päihteitä käyttävistä kavereista. Ohjaaminen muuhun tekemiseen olisi tärkeää. Yhteinen olohuone olisi paikka, jonne asiakas olisi aina tervetullut, jossa hän saisi vertaistukea, jossa hänet kohdattaisiin sellaisena kuin hän on ja jolla olisi hänelle jotain annettavaa. Erilaisia toiminnallisia palveluja tarvitaan, koska kaikki asiakkaat eivät hyödy pelkästään terapeutisista keskusteluista päihdetyöntekijän kanssa. Olohuonetoiminnassa saisi tai voisi olla työntekijöinä entisiä päihteiden käyttäjiä, tukihenkilöitä ja kokemusasiiantuntijoita.

Neljässä vastauksessa nostettiin esille ryhmätoiminta ja vertaistuki etenkin nuorten osalta. Muissa vastauksissa oli näiden asioiden lisäksi yksittäisiä kommentteja erilaisista palveluista huomiotavista asioista. Yksilöllinen tarve olisi voitava huomioida palveluita suunniteltaessa. Tärkeäksi koettaisiin tiivis yhteydenpito asiakkaan kanssa; asiakkaalla tulisi olla omatyöntekijä, joka pitäisi yhteyttä asiakkaaseen, vaikka asiakas ei vastaajan mukaan jaksaisi, pystyisi tai osaisi. Asiakas tarvitsisi rinnalla kulkemista. Yksi vastaaja ehdotti raittiussihteerin viran perustamista uudelleen. Yhdessä vastauksessa nostettiin esille päihdetyöntekijöiden riittämätön määrä suhteessa kasvaviin asiakasmääriin. Samoin nousi esille se, että palveluita ja tukivaihtoehtoja (laitoskuntoutusvaihtoehtoja lukuun ottamatta) on kyllä tarjolla, mutta niiden saatavuus ja asiakkaan sitouttaminen niihin on haasteellista.

Neljässä vastauksessa kommentoitiin lisäksi laitосkuntoutusta. Kahdessa vastauksessa toivottiin vaihtoehtoja laitосkuntoutukselle Järvenpään sosiaalisairaalan lisäksi ja että asiakkaiden yksilöllisyys huomioitaisiin tässäkin suhteessa paremmin. Yhdessä vastauksessa haluttiin huomattavasti pidempiä laitосkuntoutusjaksoja ja yhdessä vastauksessa jaksotettua laitосkuntoutusta.

Kysyimme vielä avoimen kysymyksen siitä, mitä muuta vastaaja haluaisi meille sanoa. Saimme tähän yhdeksän vastausta. Kolmessa vastauksessa kritisoitiin laitосkuntoutuspalveluiden järjestämistä. Kahdessa näistä vastauksista toivottiin asiakaslähtöisempää mahdollisuutta tarjota vaihtoehtoja laitосkuntoutukseen. Toivottiin, että asiakkaiden käytössä olisi erilaisia laitосkuntoutusvaihtoehtoja riippumatta siitä, että joku vaihtoehto on kilpailutuksessa valittu. Kuntoutukseen ohjaamisessa tulisi voida ajatella asiakkaan tarpeita, koska asiakkaat ovat erilaisia. Eräässä vastauksessa nostettiin esille asiakkaiden oma motivaatio, jonka pohjalta heidät mahdollisesti ohjattaisiin laitосkuntoutusjaksolle.

Kuntoutusjaksoista toivottiin myös tiiviisti toistuvia, esimerkiksi yhden kuukauden kuntoutusjakso kolmen kuukauden välein, tai että jaksot olisivat selkeästi pidempiä. Yhdessä laitосkuntoutukseen liittyvässä vastauksessa kritisoitiin suoraan Järvenpään sosiaalisairaala. Vastaajan mukaan laitосkuntoutuksen vaikuttavuus on huonoa. Alkoholistit eivät halua lähteä Järvenpähän, koska siellä on muita

päihteidenkäyttäjiä niin paljon. Muissa vastauksissa nousi esille muun muassa tarve asiakkaan laaja-alaiseen kohtaamiseen pelkän lääkehoidon sijaan ja elämän suunnitteluun siten, että kaikki tuki ei loppuisi hoitojaksoon tai olisi yksipuolista. Esille nousi myös se, että sosiaalityön työntekijöiden tulisi tehdä tiiviimmin yhteistyötä päihdetyön työntekijöiden kanssa asiakkaiden palveluiden suunnittelussa.

Yhteiskunnallisen tason asenteisiin, resursseihin ja poliittiseen päätöksentekoon otettiin kantaa yhdessä vastauksessa. Siinä myös kritisoitiin Kainuun soten päihdepalveluita, joiden ongelmien nähtiin olevan päihdetyöntekijöiden sijaan organisaatiotason kehittämiseksi. Yhdessä vastauksessa nousi esille ikääntyvät alkoholitit yksittäisen huolen kohteena olevana asiakasryhmänä. Ikääntyvien alkoholistien kotona pärjääminen huolestuttaa psyykkisen ja fyysisen kunnon huononemisen takia etenkin läheisiä ja naapureita. Vastauksessa nousi esille tämän asiakasryhmän asumiseen liittyen myös huoli paloturvallisuudesta ja siivottomuudesta.

5.2 Johtopäätökset Webropol-kyselyn tuloksista

Hirsjärven ym. (2007, 190–191) mukaan sähköisen kyselyn heikkoutena on se, että emme voi varmistua siitä, kuinka vakavasti ja huolellisesti viranhaltijat kyselyyn vastaavat tai vastaavatko ollenkaan. Vastausprosentti tekemässämme webropol-kyselyssä oli 26,4. Työntekijöistä 18 oli avannut kyselyn, mutta jättänyt vastaamatta siihen. Tämä voi kertoa siitä, että aihe ei kosketa kaikkia kyselyn vastaanottaneita. Jos itsellä ei suoraan ole sellaisia asiakkaita, jotka olisivat olleet laitospääntöyksessä, työntekijä voi kokea että kysely ei koske häntä, vaikka siinä kartoitettiin myös ideoita ja ajatuksia palveluiden kehittämiseksi.

Kun kysely lähetettiin ensimmäisen kerran, kesälomakausi oli alkanut ja osa työntekijöistä oli jo lomalla. Lomakausi lisää työssä olevien työntekijöiden kiirettä, mikä puolestaan saattaa selittää sitä, että kysely avattiin, mutta siihen ei vastattu. Kuitenkaan vastausprosentti ei juuri parantunut, vaikka uusimme kyselyn syk-

syllä 2017. Vastausten vähäiseen määrään syksyllä voi vaikuttaa se, että työntekijöillä on kiireitä perustyössä, jolloin vastaamiseen ei löydetä aikaa. Pohdimme myös sitä, aiheuttaako aihe työntekijöissä turhautumista. Vastanneiden työntekijöiden vastauksista kuultaa se, kuinka resursseja asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen ei ole tarpeeksi, ja että palveluja pitäisi kehittää.

Kyselyn vastausprosentti oli sen verran pieni, ettei kovin pitkälle meneviä päätelmiä sen perusteella voi tehdä. Pääsääntöisesti kyselyyn vastanneet työntekijät (93 % vastanneista) olivat kuitenkin sitä mieltä, että Kainuun sotessa ei ole tarjolla riittävästi palveluja päihdekuntoutusjaksojen jälkeen, eikä riittävästi vaihtoehtoisia paikkoja laituskuntoutusjaksojen toteuttamiseksi. Strukturoidun asumisenohjauksen puuttuminen koettiin epäkohdaksi, samoin kuin yhteisöllisen ja osallistavan, matalan kynnyksen toiminnan puuttuminen.

Vastaajat nostivat esille sen, että kunnissa on tarjolla erilaisia päihdeettömyyttä tukevia palveluita, kuten lääkehoitoa, keskusteluja päihdetyöntekijän kanssa, AA-toimintaa, vertaistukea, sosiaalista kuntoutusta ja kuntouttavaa työtoimintaa. Palveluita kuitenkin käytetään aika yksipuolisesti. Suurin osa vastaajista kertoi käyttäneensä asiakastyössä pääasiallisesti lääkehoitoa ja keskusteluja päihdetyöntekijän kanssa. Kuntouttavaa työtoimintaa oli hyödyntänyt muutama, samoin muita palveluita. Näyttäisi kuitenkin siltä, että aikuissosiaalityön puolelta tarjottava tuki laituskuntoutuksen jälkeen keskittyy siihen, että asiakkaat ohjataan saamaan keskusteluapua päihdetyöntekijöiltä, mutta muihin päihdeettömyyttä tukeviin palveluihin ohjataan vähemmän, vaikka niitä olisikin tarjolla.

5.3 Laituskuntoutuksen jälkeiset päihdeettömyyttä tukevat palvelut asiakkaiden näkökulmasta

Sosiaalialalla on viime aikoina korostettu asiakkaiden äänen kuulemista ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämistä paikallisten palvelujen suunnittelemisessa ja kehittämisessä, ja asiakkaiden osallistumisella on tarkoitettu esimerkiksi palvelujen käytöstä syntyneen kokemusasiantuntemuksen monipuolista hyödyntämistä asiakastyön uudistamisessa (Hyväri 2013, 177).

Haastattelimme neljää asiakasta Kainuun alueelta. Haastateltavista kolme oli miehiä ja yksi nainen. Haastateltavien päihdekuntoutuspaikat olivat terveystieteiden osastojen lisäksi olleet A-Klinikkasäätiön Päihdesairaala Haarajoella, Hoitokoti Tuhkimo Tohmajärvellä sekä Naantalissa sijaitseva Rehappi, joka tarjoaa Minnesota-mallista hoitoa. Kaikissa tekemissämme haastatteluissa nousi esille teemoittelumme mukaiset asiat eli motivaatio, tyytyminen ja kiinnittyminen.

5.3.1 Motivaatio

Motivaatio viittaa ennen kaikkea ihmisen sisäiseen motivaatioon, omaan haluun raitistua ja muuttaa elämäänsä. Halu muutokseen tulee monella sen kautta, että päihteet aiheuttavat erilaisia ongelmia. Päihteiden käytön aiheuttamat ongelmat tulivat esille haastatteluissa eri tavoin. Yksi haastateltava kuvasi sitä, miten päihteet täyttivät koko elämän, jopa unetkin.

"Että ei se... kontrolli hävisi niinku täysin mutta se tälle saerauvelle nyt on ominaesta että tuota koko ajan sitä alakaa enempi ja enempi lipsumaan se semmonen elämänote että tota se vähän ajan päästä täyttää kaeken. Se tosiaan vei vappaa-ajan ja vei työajan ja unniin se tuli siten ettei pystyny enää nukkumaan. Tae sitten sinä pystyt silleen että sinä sammut." Mies, 46 v.

Toinen haastateltava kuvasi päihteiden käytön aiheuttamia talousvaikeuksia ja ajautumista rikoksiin. Hän kuvasi elämää päihteiden kanssa kaksoiselämäksi, koska joutui valehtelemaan läheisilleen.

"Tavallaan se että alako tallous kaatua kotona ja minä en oo sellanen ihminen että en tee rikoksia ja alko tulla kavallusta ja sellasta niin kotiväki ja päihdetyöntekijä sano, että nyt on viimeinen hetki. Oli puoliso ja kolme lasta, elin kaksoiselämää että pidin huolta perheestä ja samalla käytin päihteitä. Pimitin tallouvesta ja valehtelin kaikille." Mies, 45 v.

Päihdetyöntekijän rooli korostui laitospäihdekuntoutukseen ohjaamisessa, samoin kuin kuntoutusjakson jälkeisten palveluiden tarjoamisessakin. Kaikki haastateltavat olivat hakeutuneet laitospäihdekuntoutusjaksolle päihdetyöntekijän tai sosiaalityön

työntekijän kautta. Haastateltavat kokivat tärkeänä sen, että itsellä oli halu lähteä kuntoutusjaksolle ja että oma sisäinen motivaatio kuntoutukseen oli olemassa.

Sisäisen motivaation merkitystä kuvaa yhden haastateltavan kommentti, joka kertoo siitä, miksi hän juo vaikka tietää, että ei pitäisi juoda. Tämä toisaalta kuvaa myös tyytymistä omaan elämäntilanteeseen.

"Minä en siejä ahdinkoa ja sillon kun ei missään nimessä pitäisi juopotella niin minähän juopottelen." Mies, 53 v.

Laitoskuntoutusjaksoista saadut kokemukset vaihtelivat. Jakson sisältö ja vastavuus omiin tarpeisiin vaikuttivat siihen, miten hyödyllisinä jaksot koettiin. Tärkeänä pidettiin sitä, että laitoskuntoutusjaksolla huomioitiin yksilölliset tarpeet.

"Siellä meni kaheksan viikkoa. Ensin oli kahen viikon katkasu että lääkkeillä pudotettiin kaikki nollaan. Pääsin sitten Hietalinna-yhteisöön ja se osoittautu hyväksi. Alaku oli tosi vaikeeta että keskeyttääkö vai ei. Ensimmäinen kuukausi oli vaikein. Vertaistuki, pallopelit ja liikunta oli hyviä juttuja ja niistä sai mielihyvää. Oma ohjaaja huomasi, että minulle pieni yksikkö on hyvä ja pääsin yksilökuntoutukseen." Mies, 45 v.

Yksi haastateltavista oli ollut sekä Haaraajoella että Minnesota-hoidossa ja vertaili niiden sopivuutta itselleen. Hän otti esille erityisesti sen, että hänelle merkityksellistä oli hoitajien oma kokemus alkoholismista.

"Ne oli niin eri maailmat tää Minnesota-hoito ja Järvenpään hoito. Toisessa oli hirveen tiukka kontrolli ja annettiin mahdollisuus kohtuukäyttöön ja toisessa ei kontrollia ja sanottiin että se on ainoa tie että ei ota mitään." Mies, 46 v.

"Että se on niin kokonaisvaltanen juttu että semmonen joka ei oo ite sitä kokenu niin ei voe täysin varmasti... ni ei kukkaan koskaan kokonaan ymmärtää muu ku, toinen joka on ollu samassa tilassa. Siks tämä niinku se hoitomuoto missä minä viimesimmäksi olin ni on todennäköisesti prosentuaalisesti niin tehokas että tuota ku siellä on hoitajina, niin sanottuina hoitajina ja terapeutteina ni.. toiset juopot." Mies, 46 v.

5.3.2 Tyytyminen

Tyytymisellä tarkoitamme haastateltavien asennoitumista sekä olemassa oleviin palveluihin että omaan elämäntilanteeseensa. Haastateltavien kommentteista välittyi se, että palvelut eivät välttämättä ole juuri sitä, mitä halutaan tai tarvitaan. Palvelujärjestelmältä ei kuitenkaan vaadita tai olla vailla muuta tai ei osata ajatella, että omaa tilannetta voitaisi millään palveluilla muuttaa. Toisaalta mielessä voi olla joku hoito tai asia, joka voisi helpottaa, mutta sitä ei olla vailla eikä oteta työntekijän kanssa puheeksi.

"Järvenpäässä oli akupunktio mut täällä en tiä onko mahdollista saaha. Se rentoutti ja vei ajatuksia pois ja tuntemuksia." Mies, 53 v.

"Ei muuta ku päihdetyöntekijän luona käynnit, ei oo kerrottu muuta." Mies, 53 v.

Yksi haastateltava koki, että päihdeettömyyttä tukevia palveluita on ollut riittävästi, vaikka hän ei itse ollutkaan laitostuntoutuksen jälkeen pysynyt raittiina.

"Mitä tarvihitisi palveluita että tukisi päihdeettömyyttä? ..minen kyllä ossaa tuohon kyllä vastata. Mikä se oisi semmonen palvelu. On ollu riittävästi palveluita." Nainen, 53 v.

Toisaalta sama haastateltava koki, että pienellä paikkakunnalla asumisen takia hän ei haluakaan lähteä puhumaan omia asioitaan esimerkiksi A-kiltaan. Tässä tulee esille leimaantumisen pelko. Ei haluta yhteisön silmissä leimaantua alkoholistiksi tai myöntää, että tarvitsee päihdeettömyyttä tukevia palveluita.

"Kyllähän mulla oli se mieli että kyllä minä lähen... En minä tuohon ossaa sannaoo että onko tarpeeksi päihdeettömyyttä tukevia palveluita. Pikkukunta kun kaikki juoruttaa kaikki toisten assiet. Ei sitä haluakkaan lähteä puhumaan (vaikka A-kiltaan tai ryhmään)". Nainen, 53 v.

Laitoskuntoutuksen jatkokolkujen ja tarjolla olevien palveluiden vastaavuus omiin tarpeisiin ja elämäntilanteeseen on tärkeä tekijä. Yksi haastateltavista kuvasi A-killan ja AA-ryhmän välisiä eroja ja merkitystä sille, että hän itse on pysynyt raittiina.

"Sitten kun mä olin raitistunut niin pidettiin hyvin tiiviisti yhteyttä päihde-työntekijän kanssa. Kävin mä alussa A-killassa mutta siellä oli tabu aihe se alkoholi, siitä ei puhuttu. Alkoholistille kuitenkin on tärkeää se asiasta puhuminen... AA:ssa käyn edelleen. Se on se isoin tuki, mitä olen saanu. Siellä käyvvään niin lähellä kun puhutaan itse kukin omasta elämästä ja pöljyyksistä mitä on sattunu niin etes kerran viikossa havahtuu siihen, että minäkin olen alkoholisti." Mies, 46 v.

Kuntouttava työtoiminta on tarjonnut kahdelle haastatellulle päivärytmin ja sisältöä elämään.

"Nyt oon kolome kuukautta ollut tässä siviilielämässä. Kuntouttavan työtoiminnan kautta oon saanu sisältöä elämään." Mies, 45 v.

5.3.3 Kiinnittyminen

Kiinnittyminen yhteisöön ja läheisiin on merkittävä joko päihteiden käyttöä tai raitistumista tukeva tekijä. Haastateltavat kertoivat, että ensisijaisesti heidän omaisensa olivat se taho, joka oli ilmaissut huolensa läheisensä päihteidenkäytöstä ja alkanut vaatia laitoskuntoutukseen pääsyä.

Laitoskuntoutusjaksolla omaiset ja yhteisö otettiin tavalla tai toisella mukaan kuntoutusprosessiin. Tämä oli haastateltaville tärkeä, mutta vaikeakin asia. Yksi haastateltava kuvaa omaisten mukana olemisen merkitystä niin, että se on keskeinen syy siihen, että hän on pysynyt raittiina laitoskuntoutuksen jälkeenkin.

"Siellä oli läheisviikonloppu, johon kututtiin isä, kummisetä ja täti jotka terapeutti oli kutsunut minun piirtämän sukuun perusteella. Istuttiin ringissä ja sen keskelle menttiin istumaan kahelle tuolille vastakkain ja alettiin

puhumaan. Ensin tuli isä ja purskahti itkemään ja kyllähän siinä tuli itellekin vedet silmiin... Se oli vittumainen tilanne mutta en vaihtas sitä pois. Se on todennäköisesti syy että olen vieläkin raitis." Mies, 46 v.

Keskusteluapu koetaan merkityksellisenä ja yksi haastateltava toi esille puolison mukanaolon merkityksen. Kun puoliso on mukana, asiat tulevat esille avoimemmin.

"Käydään viikottain puolison kanssa päihdetyöntekijän luona, puhutaan tunteista ja fiiliksistä ja täydennetään toinen toisiamme. Kun puoliso on läsnä niin tulee sanottua kaikki, mitä ei ehkä yksin tulis sanottua. Avoimutta tulee jos ei kotona osaa sanoa kaikkea." Mies, 45 v.

Toinen haastateltava kuvaa yhteisön merkitystä päihteiden käyttöä tukevana tekijänä. Hän tiedostaa itsekin sen, että seura pitäisi valita eri tavalla, jos haluaisi raitistua. Tässä tulee esille sekä tyytymisen että kiinnittymisen teemat. Toisaalta hän tyytyy elämäänsä päihteiden kanssa, toisaalta tiedostaa yhteisön vaikutuksen omaan elämäänsä.

"Pitäs liikkua ja valita ihmisseura uudelta näkökannalta. Mennä semmoiseen seuraan missä voi olla selevin päin ja tavata ihmisiä muualla kuin kapakassa." Mies, 53 v.

5.4 Johtopäätökset asiakashaastatteluiden tuloksista

Haastateltavamme kertoivat samansuuntaisia asioita ja esittivät samansuuntaisia toiveita kuntoutusmahdollisuuksien toteuttamisesta. Ne haastateltavat, jotka nyt olivat käyttämättä alkoholia tai lääkkeitä, korostivat oman halun tärkeyttä kuntoutumisprosessissa. Kaksi haastateltavaamme totesi, että palveluiden saanti on myös itsestä kiinni ja että pitäisi ottaa vastaan kaikki se apu ja tuki, mitä Kainuussa on tarjolla päihdekuntoutujille.

Haarajoen Päihdesairaalassa oli ollut haastateltavista asiakkaistamme kolme. Yksi heistä oli hoitoon tyytyväinen ja kertoi, että Päihdesairaalassa kokoontui

ryhmiä, muun muassa elämänhallintaryhmä. Hän kuitenkin totesi myös, että Päihdesairaalaan oli yksinäistä ja että tekemistä ja ohjelmaa olisi pitänyt olla enemmän. Toinen puolestaan kritisoi Päihdesairaalaan raskaasti. Hän oli Päihdesairaalan jälkeen käynyt kuntoutusjaksolla Naantalissa Rehapissa. Tämän jakson hän oli maksanut osittain itse ja kattanut osan kustannuksista Kainuun sotien maksusitoumuksella. Haastateltava piti Rehapissa tarjottavaa Minnesota-mallin kuntoutusta todella tehokkaana ja hyödyllisenä itselleen. Hän koki olennaisena asiana sen, että mikäli hän nyt retkahtaisi, hän ei Minnesota-mallin mukaisesti milloinkaan voisi palata sinne kuntoutukseen.

Haastateltavamme toivoivat lisää valinnanvapautta ja vaihtoehtoja eri kuntoutusjaksopaikoille. Suurimmaksi osaksi haastateltavat kokivat, että Kainuun sote suhtautuu nihkeästi muihin kuin Päihdesairaalaan kuntoutuspaikkoina, eikä mielellään myönnä maksusitoumuksia muualle.

Eräs haastateltava kertoi, että laitospääntoutusjaksolla hänelle oli suositeltu tukihenkilöä, mutta tällaista ei omalla kotipaikkakunnalla ollut saatavilla, joten asiakas jäi ilman tätä palvelua. Toinen haastateltava kertoi, että Haarajoella oli tarjottu akupunktiota, jonka hän oli kokenut hyödylliseksi, mutta jota hän ei ollut pyytänyt kotipaikkakunnallaan. Akupunktio oli ollut hänelle hyvä keino rentoutua ja purkaa ahdistusta, joka hänellä toimi juomishimon laukaisijana. Palvelun jatkaminen kotipaikkakunnalla voisi toimia päihitteettömyyttä tukevana keinona.

Eräs haastateltava toivoi enemmän ryhmämuotoista kuntoutusta, esimerkiksi liikuntaryhmiä ja yhdessä tekemistä. Lisäksi tämä haastateltava toivoi NA-ryhmää omalle kotipaikkakunnalleen (Kainuun ainoa NA-ryhmä kokoontuu tällä hetkellä Kajaanissa). NA tulee sanoista Narcotics Anonymous, ja on suomennettuna Nimettömät Narkomaanit. Se on hyötyä tavoittelematon toveriseura niille, joille huumeista on muodostunut ensisijainen ongelma ja jotka haluavat lopettaa huumeiden käytön. (NA – Narcotics Anonymous. Nimettömät Narkomaanit. 2016.)

Haastateltavista kaksi oli kokenut, että kuntouttava työtoiminta on hyvä apu arkielämän rytmin ylläpitämisessä. Aamulla on joku syy herätä ja joku paikka, mihin

pitää mennä. Tämä tuo elämään päihteettömyyttä tukevaa sisältöä ja mielekästä tekemistä. Toinen haastateltavista kuitenkin koki turhauttavana sen, että kuntouttavan työtoiminnan jälkeen ei ole mahdollista jatkaa samassa paikassa palkkatuella työskentelyä. Työllistymistä tukevien palveluiden poluttaminen onkin yksi haaste, jota tulisi kunnissa pohtia. Kuntouttavan työtoiminnan jälkeen usea voi pudota tyhjän päälle, jos jatkoksi ei ole mahdollista saada esimerkiksi palkkatukipaikkaa tai päästä opiskelemaan. Mielekkään tekemisen puuttuminen lisää riskiä päihteiden käyttöön ja syrjäytymiseen.

Yksi haastateltavista oli mukana sosiaalisen kuntoutuksen kehittämishankkeen toiminnassa. Hankkeessa käytetään toimintamuotoina luonto- ja taidelähtöisiä menetelmiä. Haastateltava kertoi, että hän oli innostunut hankkeen järjestämästä kuksantekokurssista, koska siinä sai aikaan jotain konkreettista ja näkyvää. Hän oli tehnyt kurssilla kuksat omille lapsilleen. Toinen hankkeen tuoma hyöty hänelle oli yhteisten retkien ja juhlien kautta tulleet positiiviset, päihteettömät yhteisölliset kokemukset, joiden kautta oli tarjolla myös monipuolista ruokaa. Arjessa ruuanlaitto jäi hänellä usein pelkän lenkkimakkaran syönniksi.

6 POHDINTA JA ARVIOINTI

Saimme Kainuun soten aikuissosiaalityöltä aihe-ehdotuksen tälle opinnäytetyölle, joten tarve tutkimukselle oli olemassa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja arvioida jo olemassa olevien päihdekuntoutuksen jatkopolkujen hyödyllisyyttä aikuissosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden näkökulmasta sekä sitä, millaisia jatkopolkujen päihdekuntoutuksesta kotiutuessa tulisi työntekijöiden ja asiakkaiden mielestä olla, jotta ne olisivat tarkoituksenmukaisia ja asiakkaille mahdollisimman paljon tukea ja apua antavia. Tutkimuksen tulokset ovat Kainuun alueella sillä tavalla merkityksellisiä, että niiden perusteella laitospäihdekuntoutuksen jälkeiset jatkopolut vaativat kehittämistä ja olemassa olevia palveluita tulisi hyödyntää tehokkaammin.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että aikuissosiaalityöntekijöillä on yhtenäinen näkemys siitä, että laitostuntoutuksen jälkeen ei ole tarjolla riittävästi päihde- ja lääketeettömyyttä tukevia palveluita. Haastatteluissa tuli esille, että haastateltaville ei ollut tarjottu pääsääntöisesti muita palveluita kuin päihdetyöntekijän tapaamisia ja lääketeetöitä. Haastateltavat taas eivät osanneet olla vailla muuta kuin heille jo tarjottuja palveluita.

Sekä työntekijät että haastateltavat nostivat esille laitostuntoutuspaikan merkityksen ja toivoivat kuntoutuspaikan valintaan yksilöllisyyttä ja vaihtoehtoja. Osa haastatelluista nosti esille tyytymättömyyden Haaraajoen kuntoutusjaksoon. Tutkimuksemme perusteella näyttää siltä, että ne asiat, mitä asiakkaat laitostuntoutusjaksolla olivat kokeneet hyväksi, eivät välttämättä siirry jatkopalveluihin. Raittiina pysymistä voisi parantaa se, jos jatkopalveluissa hyödynnettäisiin laitostuntoutusjaksolla toimineita asioita.

6.1 Palveluohjauksen rooli jatkopolkujen rakentamisessa

Todennäköisesti merkittävä osa alkoholiriippuvaisista ei osaa tai halua hakeutua hoitoon (Alho 2013, 131). Tekemämme haastattelut tukevat tätä väittämää. Haastattelemamme henkilöt eivät olleet oma-aloitteisesti hakeutuneet laitostuntoutusjaksoille, vaan he olivat päätyneet sinne joko omaisten tai viranomaisten aloitteesta. He eivät myöskään olleet vailla laitostuntoutuksen jälkeisiä palveluita aktiivisesti, vaan tyytyivät siihen, mitä heille ulkoapäin tarjottiin.

Haastatteluista välittyi tunne, että asiakkaat tyytyvät siihen, mitä annetaan, vaikka se ei olisikaan heidän omia tarpeitaan tai halujaan vastaavaa palvelua. Tämä asettaa työntekijät tärkeään rooliin asiakkaan palvelutarpeiden määrittelyssä. Työntekijän tulee aktiivisesti etsiä tietoa ja kuntoutumista tukevia vaihtoehtoja, joita hän voi tarjota asiakkaalle tämän palvelutarpeiden mukaisesti. Palvelutarpeiden tunnistaminen edellyttää aktiivista, läsnä olevaa työtettä, jotta työntekijä saa todellisen kuvan asiakkaan voinnista. Kaisa Hyttisen (2012, 26) mukaan pitkäaikaista hoitoa tai kuntoutusta tarvitseville päihdeasiakkaille suositellaan palve-

luohjausta, jossa etsitään ja tuetaan ratkaisuja elämänhallinnan ongelmiin. Palveluohjauksella pyritään myös kuntoutusjatkumon tai hoitopolkujen rakentamiseen eri yhteistyökumppaneiden kesken niin että tuki on riittävän pitkäkestoista. Palveluohjauksessa olennaista on asiakkaan palvelutarpeen selvittäminen, hoitosuunnitelmien tekeminen ja toteutuksen seuranta, yhteydenpito palvelutuottajiin ja viranomaisiin sekä palvelujen yhteensovittaminen ja linkittäminen. Tarve palveluohjaukselle, "rinnalla kulkijalle", nousi esille myös tässä opinnäytetyössä toteuttamamme webropol-kyselyn avoimissa vastauksissa.

Kyselyn vastausten perusteella aikuissosiaalityön ja päihdetyön välinen yhteistyö on vähäistä ja sitä tulisi kehittää. Vastuu laitospäihdetyön jälkeisistä jatkopalveluista on päihdetyöllä. Samat asiakkaat voivat kuitenkin olla myös aikuissosiaalityön asiakkaita. Asiakkaan kannalta olisi tärkeää, että eri tahojen asiakkuuksissa syntyvä tieto esimerkiksi suunnitelluista ja toteutetuista palveluista kulkisi luontevasti viranomaisten välillä. Tällä hetkellä tilanne on se, että tiedon kuljettajana toimii asiakas itse. Hän ei kuitenkaan välttämättä itsekään hahmota, mitä kaikkea hänen tulisi eri tahojen viranomaisten tekemistä suunnitelmista kertoa. Toisaalta hän ei välttämättä haluakaan kertoa kaikkea. Tästä voi seurata se, että eri tahoilla tuotetaan päällekkäisiä palveluja. Jokin palvelutarve voi myös tästä syystä myös jäädä kokonaan vastaamatta.

Hoidon tuloksellisuuteen vaikuttaa ratkaisevasti työntekijän ja asiakkaan välisen yhteistyön laatu ja hyvästä yhteistyösuhteesta poikiva asiakkaan muutoshalukkuus sekä motivaatio. Jos asiakas kokee tulevansa kuulluksi, hän sitoutuu hoitoon ja alkaa suhtautua optimistisesti ja toiveikkaasti hoidon mahdollisuuksiin. Vastaavasti tiedetään, että tuloksettomiin hoitosuhteisiin liittyy työntekijän pessimistinen suhtautuminen, yhteistyöhalukkuuden puute ja konfrontoiva työtapa. (Ehrling 2009, 145.)

6.2 Lähiverkoston rooli

Oikea-aikaisilla ja oikeanlaisilla palveluilla voidaan ehkäistä tai ainakin vähentää laituskuntoutuksen jälkeisiä retkahduksia. Yksilölliset palvelutarpeet voivat vaihdella suurestikin. Jollekin riittää se, että hän käy kerran viikossa keskustelemassa tilanteestaan päihdetyöntekijän kanssa, joku toinen taas voi tarvita lisäksi toiminnallisuutta päivien täyttämiseen. Tärkeää on, että vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä toimii ja että työntekijä kulkee asiakkaan rinnalla, jolloin luottamuksellinen suhde voi syntyä ja asiakkaan tarpeisiin voidaan vastata silloin, kun ne syntyvät.

Omaisten ja lähiverkoston rooli näyttäytyi haastattelujemme perusteella merkittävänä tekijänä joko raitistumista tukemassa tai alkoholin käyttöä ylläpitämässä. Yhteisön rooli näyttäytyy merkittävänä myös tutkimusten valossa. Hyttisen (2012, 25) mukaan kaikkein vaativin vaihe päihderiippuvaisen toipumisprosessissa on onnistuneen laitostarkkaisuhoiton jälkeinen siirtyminen omaan asuinympäristöön. Onnistuneen kuntoutuksen perusta on toimiva jälkihoito, johon voi kuulua muun muassa päihdeettömyyttä tukeva sosiaalinen turvaverkko, pitkäaikainen tuki ja mielekästä vapaa-ajan tekemistä. Sosiaalisella tukiverkostolla on myös erityisen suuri merkitys päihderiippuvuuden toipumisprosessissa jatkohoidon tukena.

6.3 Matalan kynnyksen kohtaamispaikat päihdeettömyyttä tukemassa

Päihdeettömyyden kanssa kamppailevalle yksikin päivä ilman päihteitä voi olla pitkä aika. Näin ollen palveluiden tulisi tarpeen tullen olla saatavilla välittömästi. Tässä voisi tehokkaana keinona toimia erilaiset matalan kynnyksen kohtaamispaikat, jonne voi mennä silloin kun apua tarvitsee, ilman, että täytyy odottaa tiettyä sovittua päivää tai kellonaikaa. Matalan kynnyksen kohtaamispaikassa olennaista on se, että se ei ole suunnattu vain esimerkiksi päihdekuntoutujille, vaan sinne voi mennä mukaan kuka tahansa. Näin vältetään leimaavuus, joka etenkin pienellä paikkakunnalla voi olla toimintaan mukaan menemistä rajoittava tekijä. Matalan kynnyksen kohtaamispaikassa voivat työskennellä rinnakkain viranomaiset, kolmannen sektorin toimijat ja kokemusasiantuntijat, jolloin asiakkaiden

tarpeisiin voidaan vastata joustavasti ja yksilöllisesti yhdessä paikassa. Tukihenkilötoiminta, asumisen ohjaus ja toiminnalliset ryhmät voivat olla osana tätä toimintaa.

Matalan kynnyksen päivätoimintaa on kartoitettu ja pilotoitu Kainuussa vuosina 2011–2013 Virta Kainuu-hankkeen Saari-osiossa, jossa tavoitteena oli kartoittaa ja koota yhteistyöhön eri kunnissa toimivat päivätoiminnan järjestäjät ja luoda yleiskuva päivätoiminnasta ja palveluaukoista kuntakohtaisesti. Keskeistä päivätoiminnassa on tämän kartoituksen mukaan osallisuutta vahvistava, empaattinen ja motivoiva työote, yksilö- ja ryhmäkohtainen työ sekä asiakaslähtöisyys. Päivätoiminnan tavoitteena on vahvistaa elämänkaaren eri vaiheissa olevien pysyvän syrjäytymisuhan alaisten elämän merkityksellisyyden kokemista, voimavarojen vahvistumista ja arjen hallintaa. (Kettunen, Maaranen, Piltonen & Torvinen 2013, 37.)

Virta Kainuu-hankkeen aikana pilotoitiin ryhmämuotoista päivätoimintaa Risti-järvellä, missä toiminta siirtyi hankkeen jälkeen kuntouttavan työtoiminnan vetämäksi. Päivätoimintaa kokeiltiin myös Hyrynsalmella, missä toimintaa toteutettiin matalalla kynnyksellä siten, että ovet olivat avoimet kaikille säännöllisinä aukioloaikoina. Osallistuminen oli vapaaehtoista, maksutonta ja aikarajoitteetonta. Toimintaan voi osallistua anonymisti, mutta ei päihteiden vaikutuksen alaisena. Asiakkaiden kokemusten mukaan päivätoiminta toi heidän elämäänsä muun muassa muutakin tekemistä kuin "dokaamista", eli jutteluseuraa, henkistä tukea ja jatkuvuutta elämään. Merkityksellistä oli, että ohjaajat olivat avoimia, eivätkä "karttaneet" ryhmäläisiä, hymyilivät ja antoivat vahvuutta "tällaisille laitapuolen kulkijoille". Hyrynsalmella toimintaa jatkettiin hankkeen jälkeen vuoden 2013 loppuun, mutta sen jälkeen sille ei ollut olemassa jatkorahoitusta. (Kettunen ym. 2013, 39–40.)

Kajaanissa toimii päiväkeskus, jonka toiminta on riippuvainen vuosittain myönnettävästä rahoituksesta. Pysyvämmän rahoituksen turvin päivätoiminta saisi jatkuvuutta, mikä olisi asiakkaiden kiinnittymisen kannalta merkityksellistä.

Virta Kainuu-hankkeen aloitteesta Kajaaniin perustettiin Nuorten Ystävät ry:n hallinnoima Klubitalo. Se on matalan kynnyksen kohtaamispaikka, jonka jäseneksi voivat liittyä henkilöt, joilla on esimerkiksi mielenterveyden ongelma, neurologinen vamma tai pitkäaikaissairaus, kehitysvamma tai muu vamma tai mikä tahansa piirre, joka vaikeuttaa pääsyä työelämään. (Kettunen ym. 2013, 45.)

Suomussalmella toimii tällä hetkellä sosiaalisen osallisuuden ja työllisyyden kehittämishanke Kujelma (2016–2018), joka on tarkoitettu työikäisille, työelämän ulkopuolella oleville henkilöille, joiden työ- ja toimintakyky eivät riitä työllistymiseen. Hankkeen toiminta perustuu vapaaehtoisuudelle ja on osallistujille maksetonta matalan kynnyksen toimintaa. Keskeisenä elementtinä on palveluohjaus ja yksilöllisen tuen tarjoaminen. (Suomussalmi. Kuntalainen. Projektit. Kujelma. i.a.)

6.4 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Rauhala & Virokannas (2011, 245–246) haastavat pohtimaan sitä, millä perusteella tutkimusprosessin eri vaiheissa – aina aiheen valinnasta ja kysymyksenasettelusta tiedon keruuseen ja analysointiin sekä raportoimiseen – tutkijat tekevät valintoja, joilla on merkitystä tutkimuksen kohteena olevien ihmisten kannalta. Pohdimme tätä jo opinnäytetyömme alkuvaiheessa. Kainuun sotelta tuli ehdotus, että kohdentaisimme tutkimuksemme koskemaan pelkästään työntekijöitä, ja heidän kokemustaan palvelujen olemassaolosta ja saatavuudesta. Halusimme kuitenkin tuoda tutkimukseemme mukaan asiakasnäkökulman, koska koimme, että on olennaista saada ammattilaisten lisäksi myös asiakkaiden näkemys esille.

Yhteistyön tekeminen Kainuun sotien työntekijöiden kanssa oli tärkeä osa opinnäytetyötämme, koska opinnäytetyömme pohjautui webropol-kyselyyn sekä asiakashaastatteluihin. Yhteistyö työelämäkumppanin kanssa olisi voinut olla syvempää. Tutkimuslupaprosessi kesti pitempään kuin olimme arvioineet, mikä viivästytti aineistonkeruun aloittamista ja sitä kautta vaikutti opinnäytetyöprosessin aikatauluun. Lisäksi olisimme toivoneet, että aikuissosiaalityön sisällä työntekijöitä

olisi motivoitu vastaamaan webropol-kyselyyn, jotta olisimme saaneet kattavamman kuvan aikuissosiaalityön tarjoamista päihdepalveluista Kainuussa sekä siitä, miten palveluita pitäisi kehittää.

Alkuperäisenä tavoitteenamme oli saada haastateltava jokaisesta Kainuun kunnasta. Kuntouttavan työtoiminnan ohjaajien avulla saimme kaksi haastateltavaa ja päihdetyöntekijöiden kautta toiset kaksi. Kaiken kaikkiaan haastateltavien löytäminen oli haastavampaa kuin olimme opinnäytetyötä aloittaessamme kuvitelleet. Jotkut asiakkaista, jotka olivat luovuttaneet yhteystietonsa yhteistyökumppaneillemme, eivät loppujen lopuksi olleetkaan halukkaita haastateltaviksi.

Olimme hyvin motivoituneita tämän opinnäytetyön tekemiseen, koska aihe kiinnosti meitä molempia. Suuntautumismme on mielenterveys- ja päihdetyö. Tämän opinnäytetyön tekeminen tuki suuntautumistamme, kuten myös suuntautumisopintomme tukivat tämän opinnäytetyön työstämistä. Opinnäytetyöprosessimme etenemiseen vaikuttivat työelämäyhteistyökumppanimme kanssa ilmenneet haasteet esimerkiksi aikataulujen suhteen. Työssäkäynti opintojen ohessa ja perhetilanteemme vaikuttivat siihen, että opinnäytetyön tekemiseen oli haasteellista löytää tarvittava aika.

Opinnäytetyöprosessiamme olisi sujuvoittanut ja nopeuttanut hiukan se, jos olisimme aloittaneet haastateltavien etsimisen ja haastattelujen tekemisen yhtä aikaa webropol-kyselyn kanssa. Ajattelimme kuitenkin, että haluamme ensin nähdä kyselyn vastaukset, koska oletimme niiden vaikuttavan haastattelujemme kulkuun ja siihen, mitä asiakkailta kysyisimme. Kyselyn vastaukset eivät kuitenkaan olleet sellaisia, että haastattelukysymyksiä olisi niiden perusteella tarvinnut muuttaa. Pohdimme jälkikäteen myös sitä, olisiko aineistonkeruun voinut toteuttaa päinvastaisessa järjestyksessä eli olisimme tehneet asiakashaastattelut ensin ja niiden vastausten perusteella tehneet webropol-kyselyn työntekijöille. Jos olisimme toteuttaneet aineistonkeruun tässä järjestyksessä, olisimme ehkä saaneet vielä paremmin esille asiakkaiden toiveet ja tarpeet palveluiden suhteen.

Prosessin aikana opimme paljon etenkin aineistonkeruusta ja sen analysoinnista. Toiselle meistä Webropol oli tuttu aiemmista työtehtävistä, mutta toiselle se oli uusi työkalu. Haastattelututkimusta kumpikaan meistä ei ollut aiemmin tehnyt, joten se oli uusi menetelmä meille molemmille. Haastattelujen tekeminen näin henkilökohtaisesta ja sensitiivisestä aiheesta oli ajatuksena haastava, varsinkin, kun suoritimme valtaosan haastatteluista haastateltavien kotona. Tärkeää oli mielestämme se, että haastattelut tehtiin kunnioittavassa ja arvostavassa ilmapiirissä. Haastattelun tekijän tulee mielestämme pyrkiä asettumaan haastateltavan asemaan ja ymmärtää hänen ajatuksiaan ja elämäntilannettaan ilman tuomitsevaa asennetta tai ennakkokäsityksiä. Tämä vaatii aitoa läsnäoloa ja kuulemista. Kaikkiaan tämän opinnäytetyön työstäminen on syventänyt sosionomin ammatillisten kompetenssien haltuunottoa, kuten eettistä – ja asiakastyön osaamista sekä tutkimuksellista kehittämisosaamista.

6.5 Jatkotutkimusaiheita

Yhtenä tärkeimmistä jatkotutkimusaiheista koemme laituskuntoutuksen vaikuttavuuden kartoittamisen Haarajoen A-Klinikkasäätiön Päihdesairaalassa, jonka kanssa Kainuun sote on tehnyt sopimuksen. Kyselyn vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että suurin osa laituskuntoutusjaksolla olleista jatkaa päihteiden käyttöä tai retkahtaa uudestaan.

Tekemistämme haastatteluista käy ilmi, että Kainuun soten kautta on mahdollista päästä laituskuntoutusjaksolle myös muualle kuin Haarajoelle, mutta tämä edellyttää asiakkaalta omaa aktiivisuutta vaihtoehtoisten paikkojen etsimisessä sekä halukkuutta ja mahdollisuutta kustantaa itse ainakin osa laituskuntoutusjakson kuluista vaihtoehtoisessa paikassa. Jatkotutkimuksissa voisi selvittää myös sitä, mitä erilaisia laituskuntoutusvaihtoehtoja asiakkaat ovat käyttäneet ja miten eri vaihtoehtojen kautta saadut tulokset eroavat toisistaan.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2010a). Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. (s. 7-16). Helsinki: Kustannus Oy Duodemic.
- Aalto, M. (2010b). Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. (s. 183-188). Helsinki: Kustannus Oy Duodemic.
- Alho, H. (2013). Lääkehoidon rooli alkoholiongelmien hoidossa. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.). *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 131-135). Helsinki: Sosiimedia Oy.
- A-Kiltojen liitto ry. (i.a.). Saatavilla 18.1.2018 <http://a-kiltojenliitto.fi/>
- A-Klinikkasäätiö. Hoitopalvelut. Hoitomuodot. Katkaisuhoido. (i.a.) Saatavilla 09.04.2017 <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/hoitomuodot/katkaisuhoido>
- Ehrling, L. (2009). Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisissa. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes. (toim.) *Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä*. (s.145-170). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Haavisto, K. (2017). Päihdeongelmat ja sosiaalityö. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteenen & P. Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja* (s. 290-298). Neljäs painos. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, J. (2010). *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Huttunen, J. (2013). Alkoholi terveystörkinä. Teoksessa T. Peltoniemi. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 11-16). Helsinki: Sosiimedia Oy.
- Hyttinen, K. (2012). Mikä tueksi kuntoutumisen polulla? Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiölle suunnattu palvelukansio. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Sosiaalialan koulutusohjelma. Saatavilla 16.1.2018 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48094/Hyttinen_Kaisa.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Hyväri, S. (2013). Palvelun käyttäjiä osallistava kehittämis- ja tutkimustoiminta. Teoksessa A. Nieminen, A. Tarkiainen & E. Vuorio. (toim.) *Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177.* (s.117-191). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Hyytiä, P. & Alho, H. (2009). Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes. (toim.) *Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä.* (s.74-87). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kaikkonen, R., Murto, J, Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskeniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. (2015). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 14.12.2016 http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/graph/user-select.php?alue1=ath_18&alue2=ath_1001&osoitin=ath_alco_cr&kuvio=gender_educ3&laheta=N%E4yt%E4
- Kallinen, K., Pirskanen, H., & Rautio, S. (2015). *Sensitiivinen tutkimuksessa. Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet.* Tallinn, Estonia: United Press Global.
- Kainuun sote. (i.a.). Saatavilla 6.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/node/1>
- Kainuun sote. Palvelut. Mielen terveys, päihteet ja riippuvuudet. Lähipalvelut. Kuntoutus (lähipalvelut). Katkaisuhuolto ja päihdekuntoutus. (i.a.). Saatavilla 6.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/katkaisuhuolto-ja-paihdekuntoutus>
- Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3) s. 311-322. Saatavilla 27.12.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100603/053kaukonen.pdf?sequence=1>
- Kettunen, M., Maaranen, A., Piltonen, T. & Torvinen, M. (2013). Osallisuutta ja sosiaalista vahvistumista Kainuussa. Virta Kainuu -osahankkeen loppuraportti. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Virta Kainuu -osahanke. Julkaisusarja: D:2. Kajaani. Saatavilla 16.1.2018 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-05/Virta%20Kainuu%20loppuraportti_20130927.pdf
- Kiianmaa, K. (2013). Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät. Teoksessa T. Peltoniemi Teuvo (toim.). *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.* (s. 43-51). Helsinki: Sosiimedia Oy.
- Koski-Jännes, A. (2013). Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.). *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040.* (s. 125-130). Helsinki: Sosiimedia Oy.

- Koski-Jännes, A., Riittinen L. & Saarnio P. (2008). *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuusisto, K. (2009). Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes. (toim.) *Irti päihdeongelmista* (s. 32-48). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kuusisto, K. (2010). Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Saatavilla 16.12.2016 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66569/978-951-44-7957-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Käypä hoito. Suositukset. Alkoholiongelmaisen hoito. (2015). Duodemic. Saatavilla 29.12.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>
- Kääriäinen, J. (2015). Päihteet ja rikollisuus. Haaste 1/2015. Saatavilla 13.12.2016 <http://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12015/paihteetjarikollisuus.html>
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Mäkelä, R. (2013). Addiktiokäsitteen kehitysvaiheita. Teoksessa T. Peltoniemi. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 119-124). Helsinki: Sosiomedia Oy.
- Mäkelä, R. & Aalto, M. (2010). Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. (s. 43-54). Helsinki: Kustannus Oy Duodemic.
- Mäkelä R. & Murto L. (2013). Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa T. Peltoniemi. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 91-97). Helsinki: Sosiomedia Oy.
- NA – Narcotics Anonymous. Nimettömät Narkomaanit. (2016). Saatavilla 3.1.2018 <https://www.nasuomi.org/>
- Pylkkänen, K. (2013). Riippuvuudet markkinailmiönä. Teoksessa T. Peltoniemi. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 104-107). Helsinki: Sosiomedia Oy.
- Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Liikakäytön tunnistaminen. (2015). Saatavilla 09.04.2017 <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/liikakayton-tunnistaminen>

- Päihdetilastollinen vuosikirja 2017. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2017. Saatavilla 27.12.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135657/URN_ISBN_978-952-302-972-9.pdf?sequence=1
- Rauhala, P.-L. & Virokannas, E. (2011). Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa A. Pehkonen & M. Väänänen-Fomin. (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. (s. 235-255). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Routio, P. Kysely ja lomakehaastattelu. Tuotetiede. Virtuaaliyliopisto. Taideteollinen korkeakoulu. (i.a.). Saatavilla 14.12.2016 http://www2.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/1364_empiiir.html#teemahaas
- Routio, P. Teemahaastattelu. Tuotetiede. Virtuaaliyliopisto. Taideteollinen korkeakoulu. (i.a.). Saatavilla 14.12.2016 http://www2.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/1364_empiiir.html#teemahaas
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Teemoittelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 19.01.2017 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Päihdepalvelut. (i.a.) Saatavilla 6.1.2018 <http://stm.fi/paihdepalvelut>
- Suomussalmi. Kuntalainen. Projektit. Kujelma. (i.a.). Saatavilla 18.1.2018 <http://suomussalmi.fi/kuntalainen/projektit/prime104.aspx>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Vastuualueet. Hyvinvoinnin edistäminen. Osallisuuden edistäminen. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. (2015). Saatavilla 18.04.2017 <http://stm.fi/syrjaytymisen-ja-koyhyiden-ehkaisy>
- Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (2009). Johdanto. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes. (toim.) *Irti päihdeongelmista* (s. 7-11). Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Tamminen, M. (2000). *Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihteenkäytön lopettamisesta*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 247. Helsinki: Stakes.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Alkoholin liikaa käyttävien osuus. (2015). Saatavilla 14.12.2016 http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/notes/ath_aco_cr.htm
- Tilastokeskus. Virsta. Virtual statistics. Tietoteoreettiset lähtökohdat. (i.a.) Saatavilla 12.12.2016 <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2009). Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Saatavilla 2.1.2018 <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- Virtanen, S. & Räikkönen, O. (2017). Päihdetilastollinen vuosikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 15.1.2018 <https://www.sli-deshare.net/THLfi/piihdetilastollinen-vuosikirja-2017-tilastopaivitetty>
- Winqvist, S. (2010). Tapaturmariski ja tapaturmat. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. (s. 145-154). Helsinki: Kustannus Oy Duodemic.
- Österberg, E. (2013). Alkoholien kulutus meillä ja maailmalla. Teoksessa T. Peltoniemi. (toim.) *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (s. 17-23). Helsinki: Sosiimedia Oy.

LIITTEET

Liite 1: Työntekijöille jaettu ennakkomateriaali ja webropol-kysely Hyvä aikuissosiaalityötä tekevä

Tällä kyselyllä kartoitamme tämänhetkisiä palveluita, joita Kainuun sotien aikuis-sosiaalityö tarjoaa laitostuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen päihdetyön asiakkaalle.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta Kainuulaisen päihdetyön asiakkaan jatkepolut päihdekuntoutuksesta kotiutuessa ja jatkepolkujen kehittäminen. Olemme rajanneet tutkimuksemme koskemaan alkoholia käyttäviä henkilöitä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä asiakasnäkökulmasta tutkimus, joka antaa työkaluja päihdekuntoutuksen jatkepolkujen kehittämiseksi aikuissosiaalityössä ja jakaa mahdollisesti jo olemassaolevia hyviä käytäntöjä laajemmalle. Laadimme tutkimuksestamme kirjallisen raportin, jonka luovutamme Kainuun sotien käyttöön.

Olemme kaksi sosionomiopiskelijaa Pieksämäen Diakonia-ammattikorkeakoulun Kajaanin ryhmästä, ja työelämäyhteistyökumppanimme tämän opinnäytetyön teossa on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Opinnäytetyömme on määrä olla valmis keväällä 2018, jolloin myös esitämme sen.

Toivomme että löydät aikaa vastata tähän kyselyyn. Aikaa vastaamiseen on hyvä varata noin 15 minuuttia.

Kysymykset

Laitostuntoutuspalvelut

Onko sinulla viimeisen kahden vuoden aikana ollut asiakkaina laitostuntoutusjaksolta kotiutuneita henkilöitä?

Kyllä

Ei

Minkä verran laitostuntoutusasiakkaista on ollut ainoastaan alkoholiongelmaisia?

0–20 %

21–40 %

41–60 %

61–80 %

81–100 %

Missä laitostuntoutusjaksot on toteutettu?

Järvenpään sosiaalisairaala

Terveyskeskus tai sairaalan osasto

Joku muu paikka, mikä?

Minulla ei ole tietoa missä

Kuinka suuri osa laitostuntoutusjaksoista on arvioiden mukaan johtanut tavoiteltuun tulokseen kahden vuoden kuluttua laitostuntoutusjaksosta (raitistuminen, alkoholinkäytön vähentäminen, elämäntilanteen paraneminen)

Raitistuminen

0–20 %

21–40 %

41–60%

61–80%

81–100%

Alkoholinkäytön vähentäminen

0–20 %

21–40 %

41–60%

61–80%

81–100%

Elämäntilanteen paraneminen

0–20 %

21–40 %

41–60%

61–80%

81–100%

Joku muu, mikä?

Mitä palveluita kunnassasi on tällä hetkellä tarjolla asiakkaille laitostuntoutusjakson jälkeen? Voit valita useamman vaihtoehdon. Listaa myös muut kuin oman organisaatiosi tarjoamat palvelut, joita sinulla on tiedossa.

Säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa

Lääkehoitoa

Terapiapalveluita

Intervallijaksoja

Ryhmätoimintaa

Vertaistukea esimerkiksi A-killan tai AA-ryhmän kautta

Kuntouttavaa työtoimintaa

Sosiaalista kuntoutusta

Jotain muuta, mitä?

Mitä palveluja olet hyödyntänyt asiakkaiden kanssa asiakkaan laitostuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen? Voit valita useamman vaihtoehdon.

Säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa

Lääkehoitoa

Terapiapalveluita

Intervallijaksoja

Ryhmätoimintaa

Vertaistukea esim. A-killan tai AA-ryhmän kautta

Kuntouttavaa työtoimintaa

Sosiaalista kuntoutusta

Jotain muuta, mitä?

Onko asiakkaille mielestäsi olemassa riittävästi päihteettömyyttä tai alkoholin kohtuukäyttöä tukevia palveluita kunnassasi?

Kyllä

Ei

Jos asiakkaan omaiset ovat osallistuneet kuntoutusprosessiin, niin millä tavoin?
(Avoin kysymys)

Mitä palveluita ja/tai tukea asiakkaat mielestäsi tarvitsisivat nykyisten palveluiden lisäksi? (Avoin kysymys)

Mitä muuta haluaisit vielä sanoa:

Kiitos vastauksistasi! Käsittelemme aineistoa opinnäytetyöprosessissamme luottamuksellisesti ja anonyymisti ja hävitämme aineiston asianmukaisesti heti, kun emme enää tarvitse sitä.

Liite 2: Suostumuslomake haastateltaville

HYVÄ HAASTATELTAVA

Olemme Katja Kemppainen ja Minna Saastamoinen ja opiskelemme sosionomeiksi Diaconia-ammattikorkeakoulussa Pieksämäen yksikön Kajaanin ryhmässä. Teemme opin-
näytetyötä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän aikuissosiaalityölle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitä palveluja päihdekuntoutuksesta ko-
tiutuville asiakkaille Kainuussa on tällä hetkellä tarjolla, ja mitä ja millaisia palveluja
asiakkaiden mielestä täytyisi olla. Tätä selvitämme haastattelemalla asiakkaita, jotka ovat
olleet päihdekuntoutuksessa. Haastattelut teemme syksyllä 2017. Haastattelun ajankoh-
dan sovimme yhdessä haastateltavan henkilön kanssa ennen haastattelun tekemistä.
Haastattelupaikkana voi olla vaikkapa kunnan sosiaalitoimisto.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu on luottamuksellinen, jolloin
haastateltavan henkilöllisyys ja asiat pysyvät salassa muilta ihmisiltä. Haastattelussa
esille tulevat asiat käsitellään niin, ettei yksittäistä haastateltavaa voi tunnistaa. Haastat-
telulla saatua tietoa käytämme opinnäytetyössämme. Hävitämme haastatteluaineistot asi-
anmukaisesti heti, kun emme niitä enää tarvitse. Haastatteluun osallistuminen ei vaikuta
sinun palveluihisi. Kysymykset koskevat sinun kuntoutumisprosessiasi. Voit missä vai-
heessa tahansa halutessasi keskeyttää haastattelun ja/tai tutkimukseen osallistumisen il-
man seuraamuksia. Saat vastata niin kuin sinusta tuntuu, ja jättää vastaamatta, jos haluat.
Toivomme, että voimme äänittää haastattelusi. Silloin meidän ei tarvitse kirjoittaa kaik-
kea muistiin paperille. Lisätietoa saat oman sosiaalityöntekijäsi tai -ohjaajasi kautta.
Ystävällisin terveisin, Katja Kemppainen ja Minna Saastamoinen

Olen saanut riittävästi tietoa ja suostun haastatteluun.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 3: Elämäkertahaastattelun kysymyksiä

Millä tavalla ja miten kauan päihteet ovat olleet osa elämääsi?

Milloin, miten ja miksi hait apua päihteidenkäyttöön?

Kuka sinut ohjasi laitostuntoutukseen?

Missä laitostuntoutusjakso(t) on toteutettu?

Kuinka kauan olet ollut laitostuntoutuksessa?

Millaista tukea ja millaisia palveluja olet saanut laitostuntoutuksen jälkeen? (Säännöllisiä tapaamisia päihdetyöntekijän kanssa, lääkettä, terapiapalveluita, intervallijaksoja, ryhmätoimintaa, vertaistukea esimerkiksi A-killan tai AA-ryhmän kautta, jotain muuta, mitä?)

Onko tämä tuki ja palvelu ollut riittävää?

Millainen apu on ollut tehokkainta?

Millaisia palveluja lisäksi toivoisit tai tarvitsisit päihteettömyyden tukemiseen?

Onko omassa kunnassasi riittävästi päihteettömyyttä tukevia palveluita?

Onko perhettäsi tai läheisiäsi huomioitu kuntoutusprosessissa?

Miten heidät on huomioitu?

Mitä muuta haluaisit vielä sanoa?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 4: Saatekirje työntekijöille sähköpostiin haastateltavien asiakkaiden tavoittamista varten

Hei!

Olemme Pieksämäen Diakin Kajaanin ryhmän sosionomiopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä Kainuun Sotelle aiheesta Alkoholia ongelmallisesti käyttävän asiakkaan jatkokolut päihdekuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen - Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tarjoamat palvelut ja niiden kehittäminen aikuissosiaalipalveluissa.

Teemme opinnäytetyömme ennen kaikkea asiakasnäkökulmasta, jota selvitämme haastatteleamalla laitostuntoutuksessa olleita asiakkaita. Nyt meillä tulisikin löytää ihmisiä, jotka ovat olleet laitostuntoutuksessa, ja jotka voisivat suostua haastateltaviksi jatkokoluihin liittyen. Yksi tai kaksi haastateltavaa per kunta riittäisi. Emme ole työssämme rajanneet tarkemmin, milloin asiakkaan olisi pitänyt laitostuntoutuksessa olla, mutta viimeisten muutaman vuoden sisällä kuitenkin.

Toivoisimmekin, että mikäli teillä on asiakkaita, jotka voisivat sopia haastateltaviksemme, niin saisimme heidän yhteystietonsa tai vaihtoehtoisesti jos tapaamisen voisi sopia Teidän kauttanne. Ohessa suostumuslomake haastateltavalle sekä haastattelurunko Teidän nähtäväksenne. Haastattelussa menisi arviolta noin tunti / haastattelu.

Kiitos!

Terveisin Katja Kemppainen puh. xxx-xxxxxxx

ja Minna Saastamoinen