

Kotikonsti -toiminta

Asiakkaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta päihde- kuntoutuksesta

Eveliina Seppänen
Jenna Kumpulainen
Merja Heikkinen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaalialan koulutusohjelma
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

Tekijä(t) Heikkinen, Merja Kumpulainen, Jenna Seppänen, Eveliina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Tammikuu 2018
	Sivumäärä 49	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kotikonsti -toiminta Asiakkaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta päihdekuntoutuksesta		
Tutkinto-ohjelma Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma & Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Teppo Karapalo, Vesa Vainiomäki		
Toimeksiantaja(t) Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kotikonsti on Jyväskylässä uusi päihdekuntoutuksen malli. Se on asiakkaan kotona tapahtuvaa tuettua päihdekierteen katkaisuhuitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia Kotikonsti –toiminnasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että opinnäytetyön avulla toimeksiantaja saisi selville asiakkaiden kokemuksia, sekä kehitysideoita. Lisäksi tavoitteena oli saada alustavaa tietoa siitä, mitä asiakkaat ajattelevat mahdollisesti tulevasta kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä Kotikonsti –toiminnassa. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki, jonka osa Kotikonsti –toiminta on.</p> <p>Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla vapaaehtoisia Kotikonstin asiakkaita heidän kotonaan teemahaastattelun keinoin. Haastatteluihin osallistui seitsemän Kotikonstin asiakasta. Saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyössä ilmeni, että asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluun ja pitävät sitä pääosin hyödyllisenä osana kuntoutumisen polkuaan. Kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä pidettiin hyvänä ja käyttökelpoisena ideana, jota voitaisiin hyödyntää niin ryhmäkeskusteluissa, kuin kahdenkeskisissä tapaamisissakin.</p>		
Avainsanat (asiasanat)		
Päihdekuntoutus, kotikuntoutus, kokemusasiantuntijat, kuntoutumisen polku		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Heikkinen, Merja Kumpulainen, Jenna Seppänen, Eveliina	Type of publication Bachelor's thesis	Date January 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 49	Permission for web publication: x
Title of publication The Kotikonsti -model Clients' experiences of rehabilitation at home		
Degree programme Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Degree Programme in Social Services		
Supervisor(s) Karapalo Teppo, Vainiomäki Vesa		
Assigned by Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat - varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki		
Abstract <p>Kotikonsti is a new abuser rehabilitation model developed in Jyväskylä. It means detoxification treatment carried out at the clients' homes. The purpose of the thesis was to examine the clients' experiences of the Kotikonsti-model. The aim was that the assignor of the thesis could learn about the clients' experiences and obtain development ideas. Another aim was to gain preliminary information about the clients' views on using experts by experience as a part of the Kotikonsti-model. The thesis was implemented in cooperation with the project called "Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat - varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki" [Municipal Strategies for Preventing Homelessness – early intervention, participation and housing support], of which the Kotikonsti-model is a part.</p> <p>The thesis was implemented as qualitative research. The data was collected by using theme interviews with volunteering Kotikonsti clients at their homes. Seven people volunteered for the interviews. The data were analyzed by using data-based content analysis.</p> <p>According to the results, the Kotikonsti clients were satisfied with the service and most of them found it as a beneficial part of their rehabilitation path. Using experts by experience was considered as a good and useful idea. According to them, experts by experience could be used in both group discussion and one-on-one meetings.</p>		
Keywords/tags (subjects) Rehabilitation, home rehabilitation, expert by experience		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Päihteet ja päihteiden käyttö	4
2.1	Päihteiden käytön tasot	4
2.2	Päihteiden aiheuttamat haitat	5
2.2.1	Alkoholi- ja huumesairaudet	6
2.2.2	Rikollisuus ja onnettomuusriski	7
2.2.3	Päihdehaitat ikääntyneille	8
2.2.4	Syrjäytyminen ja asunnottomuus	8
2.3	Päihteiden yhteys mielenterveysongelmiin	9
3	Päihderiippuvuus ja sen hoito	10
3.1	Päihderiippuvuuden ilmeneminen	10
3.2	Päihderiippuvuuden kehittyminen	12
3.3	Päihderiippuvuuden hoito	13
4	Päihdekuntoutus	15
4.1	Kuntoutumisen prosessi	15
4.2	Kotikuntoutus	16
4.3	Kokemusasiantuntijuus	17
5	Päihdehuolto	18
5.1	Päihdepalvelut ja päihdepalvelujärjestelmä	19
5.1.1	Jyväskylän päihdepalvelut	20
5.1.2	Päihdepalveluiden tulevaisuus	21
5.2	Kotikonsti	21
5.2.1	Kotikonsti käytännössä	22
5.2.2	Kotikonsti Jyväskylän hyvinvointisuunnitelmassa	23

6	Tutkimuksen toteutus	24
6.1	Tutkimusmenetelmä ja tutkimusongelma	24
6.2	Aineiston keruu	25
6.3	Haastattelun toteutusvaihe.....	26
6.4	Aineiston analyysi.....	27
6.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	29
7	Tutkimustulokset.....	30
7.1	Kotikonstin aloittaminen ja ennakkotiedot.....	30
7.2	Kotikonsti –toiminta	31
7.3	Tavoitteet ja Kotikonstin aikana havaitut muutokset	33
7.4	Kuntoutumisen polku	34
7.5	Kokemusasiantuntijuus	35
7.6	Kehittämisideat ja arvio.....	36
8	Pohdinta.....	37
	Lähteet.....	42
	Liitteet.....	48
	Liite 1. Alustava kysymyspatteristo	48
	Liite 2. Tiedote.....	49

Kuviot

Kuvio 1.	Haastateltujen sukupuoli- ja ikäjakauma	30
Kuvio 2.	Tahot, joista ohjauttu Kotikonsti -toimintaan.....	30
Kuvio 3.	Haastateltujen antamat arvosanat Kotikonsti -toiminnalle asteikolla 1-10 ..	37

1 Johdanto

Päihteiden kulutus Suomessa on suurta, erityisesti alkoholin osalta. Vuonna 2016 yli 15-vuotiaiden suomalaisten alkoholin kokonaiskulutuksen 100-prosenttisena alkoholina arvioitiin olevan noin 10,8 litraa henkilöä kohden vuodessa. Vaikka alkoholin kulutus on viime vuosina hieman laskenut, on se silti selkeästi yhä pohjoismaiden kärkeä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017 2017, 20, 42.)

Laittomia huumeita vuonna 2014 toteutetun tutkimuksen mukaan oli kokeillut viidesosa 15-69 -vuotiaista suomalaisista (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016 2016, 27). Aiempiin tutkimuksiin verrattuna määrä on ollut Suomessa kasvussa, mutta nuorten ongelmakäyttäjien määrä oli laskenut sitten 2000-luvun (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016 2016, 27-28).

Päihdepalveluita pyritään kehittämään jatkuvasti, jotta ne olisivat vaikuttavampia, mutta myös kustannustehokkaampia. Palveluiden kehittämisen yhtenä tavoitteena on luoda helposti saatavilla olevia, joustavia palveluita, jotka huomioivat myös päihdeongelman yhteydessä usein esiintyvät mielenterveyshäiriöt. (Päihdepalvelut n.d.)

Opinnäytetyömme käsittelee Jyväskyläläistä päihdekuntoutuksen mallia, Kotikonstia. Kotikonsti on kotona tapahtuvaa päihdekuntoutusta, jonka tavoitteena on tukea ja motivoida asiakkaita päihteiden käytön muutoksessa sekä toimintakyvyn, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin lisääntymisessä. Palvelua on kokeiltu vuodesta 2016 ja se on osa Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen hallinnoimaa asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki –hanketta, jossa Jyväskylän kaupunki on mukana. (Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat - varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki –hanke, n.d.)

Opinnäytetyössämme haluamme selvittää asiakkaiden kokemuksia Kotikonstista yksilöteemahaastattelun avulla. Lisäksi avaamme Kotikonstiin liittyviä käsitteitä ja kotona tapahtuvan päihdekuntoutuksen mallia. Idea opinnäytetyölle syntyi Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat - varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki –hankkeen projektipäällikön toiveesta.

2 Päihteet ja päihteiden käyttö

Päihteet ovat keskushermostoon vaikuttavia aineita, joita käytetään niiden käytöstä syntyvien psyykkisten vaikutusten vuoksi. Päihteitä on niin laillisia, kuin laittomiakin. Laillisia aineita ovat alkoholi ja tupakkatuotteet, laittomia huumausaineet. Huumausaineet voidaan jakaa neljään luokkaan: keskushermostoa lamaavat, keskushermostoa kiihdyttävät, hallusinogeenit ja kannabis. Päihteinä voidaan käyttää myös joitain lääkkeitä ja liuottimia. (Holmberg 2010, 11.)

Tässä opinnäytetyössä päihteillä tarkoitetaan alkoholia ja huumausaineita. Päädyimme tähän rajaukseen, sillä Kotikonsti –toiminnassa tarjotaan kotikuntoutusta näitä päihdeaineita käyttäville.

2.1 Päihteiden käytön tasot

Kaikki päihteitä käyttävät eivät ole automaattisesti riippuvaisia tai ongelmakäyttäjiä. Ihmiset voidaan jakaa karkeasti eri tasoihin suhteessa päihteiden käyttöön. Siihen, millä tasolla käyttäjä on, vaikuttaa muun muassa käyttökertojen tiheys, päihteen saatavuus ja käytön seuraukset. (Holmberg 2010, 36.)

Raitis henkilö on päihteetön. Kokeilukäyttäjä ihminen on silloin, kun testaa päihdettä muutamia kertoja päihteen ollessa helposti saatavilla. Testaamisen taustalla on halu selvittää päihteen vaikutukset itse ja sen myötä päättää, haluaako päihteen käyttöä enää jatkaa. (Holmberg 2010, 36.)

Satunnaiskäyttäjä käyttää päihdettä satunnaisesti sen saatavuuden mukaan. Hän tietää jo päihteen vaikutukset ja osaa odottaa niitä. Päihteen käyttö ei kuitenkaan vaikuta käyttäjän elämänhallintaan. (Holmberg 2010, 36.)

Tapakäyttäjällä päihteen käyttäminen liittyy toistuvasti johonkin tietynlaiseen tilanteeseen, jossa henkilö on tottunut päihdettä käyttämään. Tapakäytössä päihteen saaminen ei ole enää satunnaiskäytössä tyypillisesti sattumanvaraista, vaan tapakäyttäjällä on varmat väylät päihteen hankkimiseksi. (Holmberg 2010, 36.)

Ongelmakäyttäjällä päihteen käyttö on jo riski terveydelle, hyvinvoinnille tai sosiaalisille suhteille, mutta hän jatkaa käyttöä siitä huolimatta. Tässä vaiheessa päihteen

käyttämisen vaikutukset ovat jo muuttuneet hallitseviksi joko yhdellä, tai useilla elämäntilanteilla. (Holmberg 2010, 36.)

Riippuvuuskäyttäjälle päihteen käyttö on muuttunut jatkuvaksi ja pakonomaiseksi, eikä se ole enää käyttäjän hallinnassa. Päihdettä on käytettävä yhä enemmän vastaavan vaikutuksen saamiseksi, sillä käyttäjän toleranssi on kasvanut. Toleranssilla tarkoitetaan päihteen sietokykyä. Tässä vaiheessa seuraa usein jo vieroitusoireita, mikäli päihteen käyttö vähenee tai loppuu. (Holmberg 2010, 36.)

Alkoholin käyttö voidaan jakaa kolmeen eri riskiluokkaan käyttömäärien perusteella. Suositukset pätevät terveisiin työikäisiin aikuisiin. Todennäköisesti riskittömästi alkoholia voi nauttia päivässä suositusten mukaan naiset 0-1 annosta ja miehet 0-2 annosta. Kohtalainen riski muodostuu, mikäli naiset juovat viikossa 7 annosta ja miehet 14. Alkoholin käyttö aiheuttaa jo korkean riskin, mikäli naisilla annoksia kertyy viikossa 12-16 ja miehillä 23-24. Yhdellä annoksella tarkoitetaan 12 grammaa absoluuttista alkoholia. (Alkoholiongelman hoito 2015.)

2.2 Päihteiden aiheuttamat haitat

Päihteiden käyttö ei ole haitatonta ja sillä voi olla seurauksia niin yksilölle, lähiympäristölle kuin koko yhteiskunnalle. Haittoja ilmenee myös muille, kuin päihteestä riippuvaisille. Toisaalta riippuvuus lisää haittojen todennäköisyyttä. (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Hill, Holder, Homel, Österberg, Rehm, Room & Rossow 2003, 24.)

Erytisesti alkoholin tuomien haittojen tutkimisen ja keskustelun painopiste on siirtynyt käyttäjästä itsestään entistä enemmän laajemmin myös muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Päihdepoliittisia ratkaisuja pyritään tekemään niin, että myös päihteidenkäyttäjien läheisille ja muille ihmisille koituvia haittoja voitaisiin ehkäistä. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 5.) Vaikka päihderiippuvaisten läheiset joutuvat kärsimään päihteiden aiheuttamista haitoista, päätimme Kotikonstin asiakaskunnan mukaisesti keskittyä lähinnä käyttäjälle itselleen aiheutuviin haittoihin.

2.2.1 Alkoholi- ja huumesairaudet

Päihteillä on suuria vaikutuksia yksilön terveyteen. Alkoholisairaudeksi kutsutaan sellaista sairautta, jonka pääasiallinen aiheuttaja on alkoholi (Huttunen 2013, 13). Vastaavasti huumesairaudessa sairauden pääasiallinen aiheuttaja on jokin huumausaine.

Alkoholisairauksiksi lasketaan alkoholismi, alkoholimyrkytykset, alkoholipsykoosit, alkoholimaksasairaudet ja haimatulehdus. Lisäksi alkoholi voi olla aiheuttamassa neurologisia ja psykiatrisia ongelmia, syöpää, verisairauksia, hormoni- ja ravitsemushäiriöitä, sydänlihaksen rappeutumista ja rytmihäiriöitä sekä kohonnutta verenpainetta. (Huttunen 2013, 13.)

Alkoholismi, eli alkoholiriippuvuus, on aivojen elinikäinen sairaus, joka etenee asteittain ja aiheutuu alkoholin toistuvasta käytöstä (Kiiänmaa 2013, 44). Alkoholismia on kahdenlaista. Tyypin I alkoholismin kehittyminen vie aikaa, jopa vuosia. Sille on tyypillistä päihteiden käytön ja vieroitusyritysten vuorottelu. Tämä on kahdesta tyyppistä yleisempi, sillä noin 80% alkoholiriippuvaisista on tyypin I alkoholisteja. Tyypin II alkoholisteilla riippuvuus on kehittynyt nopeammin ja jo varhaisnuoruudessa. (Holmberg 2010, 43; Hietaharju & Nuutila 2010, 69.)

Vuonna 2016 terveydenhuollossa on rekisteröity 21 756 hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus. 32 300 hoitojaksossa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina ja hoitovuorokausia kertyi 121 620. Erikoissairaanhoidon polikliinisinä käyneitä alkoholisairauksiin liittyen oli 43 135. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017 2017, 55, 59, 60.)

Huumesairauksia ovat muun muassa huume- ja lääkeriippuvuus, huumausainemyrkytykset, elimelliset aivo-oireyhtymät ja ruiskuhuumeisiin liittyvät tartuntataudit (Päihdetilastollinen vuosikirja n.d., 40-41). Lisäksi huumeet voivat aiheuttaa esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia, keuhkosairauksia sekä maksa- ja munuaisvaurioita, riippuen käytetystä huumausaineesta (Tietoa eri huumeista 2015).

Myös huumeiden käyttö näkyy terveydenhuollossa. Vuonna 2016 vuodeosastoilla on rekisteröity 3 587 hoitojaksoa, joiden päädiagnoosina oli huumaus- tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus. 6 633 hoitojaksossa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Alkoholisairauksista poiketen huumesairauksissa määrä painottui erikoissairaanhoidon

poliklinikkakäynteihin, joita oli 72 509. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2017 2017, 57, 59.)

2.2.2 Rikollisuus ja onnettomuusriski

Suomessa huumausaineiden käyttö, hallussapito, ostaminen ja välittäminen ovat rikoksia (Hakkarainen & Jääskeläinen 2013, 100). Päihteiden käyttö saattaa johtaa tekemään muita rikoksia, kuten omaisuusrikoksia tai välittämään huumeita. Tämä perustuu siihen, että päihderiippuvainen joutuu rahoittamaan kasvavan toleranssin myötä yhä suurempia päihdemääriä. (Kekki 2009, 13-14, 90-92.)

Päihteillä, erityisesti humalahakuisella alkoholinkäytöllä, on todettu olevan yhteys myös väkivaltarikoksiin. Väkivaltarikokset eli seksuaalirikokset, pahoinpitelyt ja henkirikokset tapahtuvat todennäköisimmin viikonloppuisin myöhään illalla tai aamuyöllä, jolloin baarit sulkeutuvat. Päihteet lisäävät niin väkivaltaista käyttäytymistä, kuin riskiä joutua sen uhriksi. Päihtyneen kyky pohtia tekojen seurauksia ja hallita käyttäytymistään on madaltunut ja toisaalta taas erimielisyydet lisääntyvät, mikä voi vaikuttaa siihen, että ihminen toimii toisin kuin ilman päihdettä käyttäytyisi. Parisuhdeväkivaltatapauksia tutkittaessa on huomattu, että päihteiden liittyessä tapahtumiin on väkivalta ollut usein raaempaa ja vammat pahempia. (Piispa 2013, 82; Warpenius, Kotovirta, Karlsson & Österberg 2013 110-118.)

Rattijuopumuksen raja moottoriajoneuvoa ajaessa on 0,5 promillea tai 0,22 grammaa alkoholia litrassa uloshengitysilmaa. Myös huumausaineiden ja luvattomien lääkeaineiden tai niiden aineenvaihduntatuotteen näkyminen ajaessa tai ajon jälkeen katsotaan rattijuopumukseksi. (Rikoslaki 39/1889, 3§.) Tutkimusten mukaan rattijuopoilla on suurempi todennäköisyys joutua osalliseksi liikenneonnettomuuteen. Usein he ovat myös syyllisiä näissä onnettomuuksissa. Eniten päihteidenkäytön muodoista onnettomuusriskiä kasvattaa runsas veren alkoholipitoisuus sekä sekakäyttö. (Karjalainen, Impinen & Lillsunde 2013, 124-127.)

Päihteet lisäävät onnettomuusriskiä muuallakin kuin liikenteessä. Päihteet ovat useiden onnettomuuksien, kuten hukkumisten ja kaatumisten taustalla. Erityisesti ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien onnettomuuksien määrä on ollut kasvussa. (Huttunen 2013, 15.)

2.2.3 Päihdehaitat ikääntyneille

Ikääntyneille on kehitetty omat riskirajat, jotka pohjautuvat Yhdysvaltojen geriatrisen seuran suosituksiin. Naisilla tämä raja on viisi annosta viikossa, miehillä seitsemän. Kerralla alkoholiannoksia voi riskirajojen puitteissa juoda kaksi. Matalammat rajat perustuvat siihen, että ihmisen elimistö muuttuu ikääntyessä. Näiden muutosten myötä sama määrä alkoholia kasvattaa veren alkoholipitoisuutta enemmän. Lisäksi ikääntyneille on enemmän kroonisia sairauksia ja lääkkeitä, joihin päihteet voivat vaikuttaa negatiivisesti ja jopa arvaamattomasti. (Holmberg 2010, 94.)

Vain kolmasosalla ikääntyneistä esimerkiksi alkoholiongelma on kehittynyt eläkkeelle jäännin jälkeen. Muilla päihteiden ongelmakäyttö on alkanut jo aiemmin. (Holmberg 2010, 93.) Tässä näkyy ennaltaehkäisyn sekä varhaisen puuttumisen ja tuen merkitys, sillä päihdeongelmaan olisi tehokkaampaa puuttua heti ongelmien alettua. Suurten ikäluokkien vanhetessa ikääntyneiden määrä on suhteellisen suurta verrattuna muihin väestöön. Heitä on niin paljon, että pienikin ongelmien kasvu näkyy suuresti. Siksi sosiaali- ja terveysalalla olisi osattava uudella tavalla tunnistaa, puuttua ja auttaa. (Holmberg 2010, 93.)

2.2.4 Syrjäytyminen ja asunnottomuus

Syrjäytyminen on käsitteenä hankala määritellä. Se voidaan nähdä prosessina, jossa huono-osaisuus kasautuu ja ihminen jää syrjään sosiaalisista suhteista, yhteisöllisyydestä, työelämästä sekä mahdollisuudesta käyttää valtaa ja vaikuttaa. (Juhila 2006, 54; Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 11.) Prosessi voi edetä joko hitaasti, vähittäisenä sivuun joutumisena tai olla raju pudotus (Laine ym. 2010, 12). On tärkeää huomata, että syrjäytyminen ei ole yksilön ominaisuus, vaan muuttuva tila (Juhila 2006, 54).

On tunnistettu muutamia riskiryhmiä, joilla syrjäytymisvaara on suurempi. Yksi näistä ryhmistä ovat päihdeongelmaiset. (Juhila 2006, 55.) Syrjäytymisellä ja päihteiden käytöllä on yhteys - päihteiden väärinkäyttö voi aiheuttaa syrjäytymistä ja toisaalta syrjäytyminen voi aiheuttaa päihteiden väärinkäyttöä (Lund 2006, 9). Päihteet voivat edistää syrjäytymistä ja heikentää elämänhallintaa, sillä niiden käytöllä on negatiivisia vaikutuksia ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ne vaikuttavat terveyteen,

sosiaalisiin suhteisiin, toimeentuloon ja työkykyyn. (Kotovirta & Österberg 2013, 85.) Riskiryhmillä on todettu myös olevan omia käytäntöjä, jotka vahvistavat syrjäytymistä ylläpitämällä ulkopuolisuutta muuhun yhteiskuntaan (Juhila 2006, 54).

Syrjäytymisen lisäksi on olemassa syrjäyttämistä. Ihminen tulee syrjäytetyksi, kun hänen mielipiteitä ja näkökantoja ei huomioida, tai osallisuus kyseenalaistetaan. (Laine ym. 2010, 11.)

Huono-osaisuuden kasautumiseen voi liittyä myös asunnottomaksi jääminen. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA:n määritelmän mukaan ihminen on pitkäaikaisasunnoton, jos asunnottomuus jatkuu tai uhkaa jatkua yli vuoden sosiaalisten tai terveydellisten syiden vuoksi, tai jos hän on ollut asunnoton toistuvasti viimeisten kolmen vuoden aikana. Asunnottomuus määritellään siis sen mukaan, missä ihminen oleskelee. Asunnoton voi oleskella esimerkiksi sukulaisten tai muiden tuttavien luona, ensisuojoissa tai jopa ulkona. Asunnottomuuden taustalla voi olla useita ja hyvin erilaisia tekijöitä. (Erkkilä 2017, 307-308.)

Kuten syrjäytymiselle, myös asunnottomuudelle on määritelty riskiryhmiä ja päihdeongelmaiset muodostavat yhden ryhmän (Erkkilä 2017, 308). Päihteet vaikuttavat ihmisen elämänhallintaan ja taloudelliseen tilanteeseen, joten vuokrat voivat viivästyä tai jäädä maksamatta. Lisäksi päihteidenkäyttö voi häiritä naapureita, mikä voi johtaa valitusten ja häädön kautta asunnon menettämiseen. (Lehtonen & Salonen 2008, 31.)

Asunnottomuus hankaloittaa elämänhallintaa, päihteidenkäytön hallintaa, työssäkäyntiä ja ihmissuhteiden solmimista sekä ylläpitoa. Asunnottomuus johtaa todennäköisesti muihin vaikeuksiin. (Lehtonen & Salonen 2008, 10.) Se voi myös pahentaa jo olemassa olevia ongelmia.

2.3 Päihteiden yhteys mielenterveysongelmiin

Päihteillä on todettu olevan yhteys mielenterveysongelmiin. Asiakasta, joka sekä väärinkäyttää päihteitä, että omaa vakavan mielenterveyden häiriön kutsutaan yleisesti kaksoisdiagnoosipotilaaksi. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että päihderiippuvaisista nuorista ja aikuisista 50-80 % omaa myös jonkin mielenterveyden sairauden. (Holmberg 2010, 65-66.) Suomessa luku on todennäköisesti hieman toinen,

mutta se antaa silti osviittaa siitä, kuinka laajasti nämä kaksi asiaa ovat yhteydessä toisiinsa.

Eri mielenterveyshäiriöiden yleisyys vaihtelee iästä riippuen. Nuorilla päihderiippuvaisilla esiintyy paljon käytös- ja uhmakkuushäiriöitä ja tarkkaavaisuushäiriöitä. Aikuisilla taas epävakaata ja epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä, sekä unettomuutta ja ikääntyneillä dementiaoireita. Yhteistä kaikille ikäryhmille on depression ja ahdistuneisuuden yleisyys, sekä kohonnut itsemurhariski. (Holmberg 2010, 65-66; Huttunen 2013, 13.)

Vaikka päihderiippuvaisilla esiintyy paljon mielenterveyshäiriöitä, ei silti voida sanoa, että mielenterveysongelmat olisivat suoraan seurausta päihderiippuvuudesta. Kaksoisdiagnoosipotilaat voidaankin jakaa neljään eri ryhmään. Ensin voi olla mielenterveysongelma, jota seuraa päihteiden väärinkäyttö. Lisäksi on mahdollista, että päihteiden väärinkäyttöä seuraa mielenterveysongelma. Toisaalta päihdeongelman ja mielenterveysongelmien ei tarvitse olla toisistaan riippuvaisia, vaikka niitä esiintyisikin samalla henkilöllä. Mielenterveysongelmat ja päihdeongelma voivat myös kummuta samoista altistavista kokemuksista, kuten aiemmista traumaattisista tilanteista. (Holmberg 2010, 67.)

3 Päihderiippuvuus ja sen hoito

Päihderiippuvuudessa satunnaisen käytön sijaan päihteistä on tullut elämää hallitseva asia, joka muovaa jopa elämäntapoja sekä käyttäytymistä. Käyttö ei ole enää hallittua, vaan päihderiippuvaisella on pakonomainen tarve saada päihdettä, haittoista huolimatta. Päihdyttävää ainetta tarvitaan sietokyvyn kasvun myötä yhä enemmän halutun lopputuloksen saamiseksi ja mikäli päihdettä ei jostain syystä ole saatavilla, seuraa vieroitusoireita. (Holmberg 2010, 42-44.)

3.1 Päihderiippuvuuden ilmeneminen

Riippuvuutta ja riippumattomuutta on sekä myönteistä, että kielteistä. Ne kehittyvät syntymästä asti muodostaen ihmiselle oman yksilöllisen kokonaisuuden. Myönteisesti riippuvainen ihminen pystyy sopeutumaan erilaisiin elämäntilanteisiin säilyttäen

turvallisuuden tunteen. Hän luottaa muihin saadakseen apua, tukea ja tyydytystä. Sitä kautta kehittyy kyky olla osa vastavuoroisia ihmissuhteita ilman, että ne tuottavat ahdistusta. (Holmberg 2010, 37.)

Kielteinen riippuvuus on motivaatiojärjestelmän pitkäkestoinen häiriötila, jossa ihminen turvautuu liiaksi tilanteeseen sopimattomaan selviytymiskeinoon ja pyrkii käyttämään sitä mahdollisimman usein, vaikka oman minuutensa kustannuksella. Riippuvuutta kohtaan tunnetaan pakonomaisia tunteita ja kyky hallita omaa toimintaa on joko heikentynyt, tai sitä ei välillä ole lainkaan. Kielteisen riippuvuuden kohde tuottaa helposti mielihyvää ja tyydytystä ja peittää muita epämieluisia asioita. Sillä on kuitenkin haitallisia seurauksia. Se korvaa vähitellen ne asiat, joita ihminen oikeasti kaipaisi. Päihderiippuvuus on yksi kielteisen riippuvuuden kohde. (Holmberg 2010, 37-39; Salo-Chydenius, Holmberg & Partanen 2015, 117.)

Päihderiippuvuuden kannalta myös riippumattomuudella on merkitystä: myönteisesti riippumaton uskaltaa hakea apua ilman, että kokee sitä uhaksi itsetunnolleen. Kielteisesti riippumaton voi kokea omien tarpeiden ilmaisemisen vaikeaksi ja eristäytyä tukea antavista ihmissuhteista. Selvästi avun tarpeesta huolimatta oman avuttomuuden tunnustaminen voi olla hankalaa, mikä voi olla este avun hakemiselle ja saannille. (Holmberg 2010, 37; Salo-Chydenius ym. 2015, 116-117.)

Päihderiippuvaiset voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, myötätahtoisin ja vastentahtoisiin. Myötätahtoinen päihderiippuvainen haluaa toimia riippuvuutensa mukaisesti ja hyväksyy oman päihteiden käyttönsä. Vastentahtoinen ei haluaisi toimia riippuvuuden mukaan, mutta jostain syystä tekee silti niin. Hän ei usein hyväksy omaa päihteiden käyttöönsä. Molempia ryhmiä yhdistää se, että kyky tehdä itsenäisiä päihteisiin liittyviä päätöksiä on huonontunut. (Holmberg 2010, 39.)

Päihderiippuvuus on monitahoinen asia, johon liittyy useita osin päällekkäisiä ulottuvuuksia. Riippuvuutta voi esiintyä kaikilla ulottuvuuksilla tai osassa niistä, yksilön mukaan. (Salo-Chydenius ym. 2015, 115; Kiianmaa 2013, 44; Holmberg 2010, 40.)

Fyysiseen ulottuvuuteen kuuluu muun muassa elimistön mukautuminen fysiologisesti päihtymystilaan, josta on tullut elimistölle uusi normaali tapa toimia. Tämä näkyy esimerkiksi muutoksina välittäjäaineiden toiminnassa. Fyysiseen ulottuvuuteen

kuuluvat myös vieroitusoireet, joita ilmenee päihteiden poistuessa elimistöstä. (Salo-Chydenius ym. 2015, 115; Kiianmaa 2013, 44; Holmberg 2010, 40.)

Psyykkistä ulottuvuutta on muun muassa riippuvuudelle tyypillinen pakonomainen himo saada päihdettä ja käytöstä pidättäytymisen mahdottomuus, vaikka käytön negatiiviset seuraukset olisivat käyttäjän tiedossa. Se voi olla myös tottumusta - päihteidenkäyttäjä on tottunut tietynlaiseen tapaan käyttää päihdettä. Psyykinen riippuvuus kehittyy yleisesti ennen fyysistä, eikä siihen liity fyysiselle riippuvuudelle tyypillisiä vierotusoireita. (Salo-Chydenius ym. 2015, 115; Kiianmaa 2013, 44; Holmberg 2010, 40.)

Sosiaalinen ulottuvuus syntyy ryhmässä - tällöin päihteidenkäyttäjä on osa ryhmää, jota yhdistää päihteiden käyttö. Ryhmässä hän voi jakaa ajatuksia, tunteita ja kokemuksia päihteidenkäyttöön liittyen. Vanhat sosiaaliset suhteet voivat korvautua uusilla, päihteidenkäyttöön myönteisesti suhtautuvilla. (Salo-Chydenius ym. 2015, 116; Holmberg 2010, 40.)

Henkinen ulottuvuus liittyy elämäntattomuuteen, ajattelumaailmaan tai ilmapiiriin, joka päihteidenkäyttäjän mielestä tekee riippuvuuden olemassaolon hyväksyttäväksi. Riippuvuuteen kuuluu esimerkiksi tärkeitä arvoja tai uskomuksia. (Salo-Chydenius ym. 2015, 116; Holmberg 2010, 40.)

3.2 Päihderiippuvuuden kehittyminen

Siihen, kuinka päihderiippuvuus syntyy, on olemassa useita erilaisia teorioita ja näkemyksiä. Ne ovat osin toisiaan täydentäviä. (Holmberg 2010, 42; Salo-Chydenius 2015, 118.)

On tutkittu, että perimällä on vaikutusta riippuvuuden kehittämisessä. Perimä ei vaikuta käytön aloittamiseen, mutta sillä on vaikutusta siihen, jatkaako ihminen päihteiden käyttöä (Kiianmaa 2013, 43). Asiaa on tutkittu perhe-, adoptio- ja kaksostutkimuksilla (Holmberg 2010, 43). Esimerkiksi identtisiä kaksosia tutkittaessa on todettu, että 50-60% alkoholismien esiintymisen riskistä voi selittyä perimällä. (Salo-Chydenius ym. 2015, 118.)

Neurobiologisen selitysmallin mukaan päihteiden toistuva käyttö ja vierotusoireiden poteminen muovaavat välittäjäaineiden säätelemien hermoratojen toimintaa (Salo-Chydenius ym. 2015, 118). Alkoholi ja huumausaineet muokkaavat samoja aivojen mielihyvätöimintoja, joten tältä osin voidaan ajatella, että niiden riippuvuutta aiheuttavat ominaisuudet ovat samankaltaiset (Kiianmaa 2013, 43).

Sosiaalipsykologia huomioi yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen merkityksen. Päihderiippuvuus nähdään opittuna tapana ja selviytymiskeinona. (Salo-Chydenius ym. 2015, 118.)

Lääketieteessä päihderiippuvuus nähdään kroonisena ja helposti uusiutuvana sairautena. Sille on määritelty omat diagnostiset kriteerinsä, joita terveydenhuollossa voidaan hyödyntää. (Salo-Chydenius ym. 2015, 118.) Uusiutuvuudella viitataan retkahtamiseen, eli päihteidenkäytön uudelleen aloittamiseen selvän kauden jälkeen. Tähän voi johtaa päihteiden käyttöön liittyvät ärsykkeet, ympäristön vihjeet ja seura. Myös ihmisen kokema stressi voi heikentää kykyä pidättäytyä päihteiden käytöstä. (Kiianmaa 2013, 45.)

On tunnistettu tekijöitä, jotka voivat altistaa tai suojata yksilöä päihdeongelmalta. Turvallinen ja päihteetön ympäristö, hyvä terveys, perimä, mielekäs tekeminen ja tarvittaessa yhteiskunnan helposti saatavilla oleva tuki voivat suojata ihmistä päihdeongelmalta. Lisäksi kyky solmia ja ylläpitää positiivisia ihmissuhteita, sekä sosiaalinen tuki ja ystävät ovat arvokkaita. Näiden puute voi lisätä alttiutta päihdeongelmalle. (Salo-Chydenius ym. 2015, 111.)

3.3 Päihderiippuvuuden hoito

Pitkittynyt päihteiden käyttö harvoin lopetetaan kerralla, päihteistä irti päästäminen vähitellen on tavallisempi tapa lopettaa. Ihmisen käsitellessä päihteiden käytön irti päästämistä, käy hän läpi eräänlaista luopumista elämässään. Osana luopumista on tutun, päihteitä käyttävän puolen hiipuminen itsestä. (Holmberg 2010, 51.)

Päihteidenkäytön lopettamiseen kuuluu vaihteita, jotka ovat samankaltaisia, kuin kriisi- ja suruprosessin eri vaiheet. Yksinkertaistaen näitä ovat shokki-, reaktio- ja kä-

sittelyvaiheet, sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Kyseiset prosessit eivät suoraan ole rinnastettavissa toisiinsa, mutta molemmissa vaiheissa ihmisen täytyy käsitellä isoa elämänmuutosta, sekä etsiä uutta suuntaa itselleen. (Holmberg 2010, 51.)

Päihde-, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa mielenterveys- ja päihdepotilaita on hoidettu rinnakkain, jaksoittain tai integroidusti. Rinnakkaiselle mallille tyypillistä on, että eri tahot hoitavat oman erityisosaamisensa mukaan asiakasta yhtäaikaaisesti. Jaksottaisessa mallissa asiakas käy yhdellä ammattilaisella kerrallaan. Saavutettuaan tarpeeksi hyvän tuloksen, voi hän siirtyä seuraavalle ammattilaiselle toisen ongelman kanssa. Integroidussa mallissa kaikki asiakkaan ongelmat otetaan huomioon yhtäaikaaisesti ja niitä hoidetaan moniammatillisesti usean ammattilaisen avulla. (Holmberg 2010, 68.)

Päihdehoidossa otetaan huomioon sekä fyysinen, että psyykinen puoli. Psyykkisen puolen hoitoon kuuluu esimerkiksi psykososiaalisille hoidoille tyypilliset keskustelu ja yhdessä tekeminen, minkä kautta asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy vuorovaikutusta. Fyysistä puolta, eli vieroitusoireita ja niihin liittyviä haittoja, voidaan hoitaa lääkityksen avulla. (Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito 2015; Päihderiippuvuus 2014.)

Psykososiaalisella hoidolla tarkoitetaan asiakkaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta, joka on sekä hoitavaa, että tukea tarjoavaa. Se voi sisältää erilaisia terapeutisia menetelmiä. Psykososiaalisille kuntoutus- ja hoitomenetelmille on tärkeää, että hoito on jatkuvaa, potilasta motivoidaan, hoitoon sitoudutaan ja yhteistyö on hyvää. (Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä 2016.)

Päihteiden käyttämiseen on tärkeää puuttua varhaisessa vaiheessa, koska vaikutukset yksilön terveyteen ovat suotuisia. Oman tilanteen, valintojen, toiminnan ja vastuun pohtiminen ovat osa päihteiden käytön puuttumisen myönteisiä vaikutuksia. Toisille riittää, että puututaan kerran, kun taas toiset tarvitsevat useampia kertoja huomattuaan puuttumisen myönteiset vaikutukset. (Holmberg 2010, 26-27.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä vähennetään ja ennaltaehkäistään päihteiden aiheuttamia haittoja. Ehkäisevään päihdetyöhön sisältyy alkoholin, tupakan, huumeiden sekä rahapelihaittojen ehkäiseminen. Ehkäisevästä päihdetyöstä on asetettu laki, jonka ta-

voitteeksi on asetettu terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvon edistäminen. Lain mukaan kyseessä on toiminta, jolla tarkoitetaan päihteiden käytön vähentämistä sekä päihteistä aiheutuvia haittoja, kuten terveydelliset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset haitat. (Ehkäisevä päihdetyö n.d.; Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015, 2§.)

4 Päihdekuntoutus

Päihteiden väärinkäytöstä aiheutuu monen tyyppistä tarvetta avulle, tuelle, hoidolle sekä kuntoutukselle. (Päihdehoito 2016). Päihdekuntoutuksen toteutumista ja vaikuttavuutta ohjaavat vapaaehtoisuus ja motivaatio. Edellytyksenä on, että henkilö itse ymmärtää syyn kuntoutumiseen. Hoitoon ja kuntoutukseen hakeutuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. (Laurell, Nordman & Suvikas 2013, 259.)

4.1 Kuntoutumisen prosessi

Kuntoutumisen prosessi on tavoitteellinen ja etenevä, asiakkaan ja asiantuntijoiden yhdessä suunnittelema. Kuntoutumisenprosessissa vastuu on sekä ammattilaisilla, että asiakkaalla. Ammattilaisten on kyettävä tunnistamaan kuntoutuksen tarve ja heillä on vastuu kuntoutustoimenpiteistä. Asiakkaan vastuulla on motivaatio kuntoutumiseen. Kuntoutuminen myös vaatii asiakkaalta paljon voimavaroja. (Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen & Leino 2016, 59.)

Kuntoutumisen prosessi voi lähteä käyntiin eri tavoin. Päihteiden väärinkäyttäjät voi itse olla aloitteellinen tunnistaa oman avun tarpeen. Joskus käy niin, että päihderiippuvaisen läheinen tai jokin ammattihenkilö havaitsee kuntoutumisen tarpeen ja asiakas on valmis ottamaan tukea vastaan. (Autti-Rämö ym. 2016, 59.)

Avuntarpeen oikea-aikainen tunnistaminen on tärkeää. Se ei kuitenkaan yksin riitä, vaan myös tarjottavan tuen ja toimenpiteiden on oltava asiakaslähtöisiä, oikeita ja riittäviä. Muita, kuin tarpeen mukaisia muutoksia toimenpiteisiin ja tukeen tulisi välttää, jotta jatkuvuus säilyisi. Muu kuin asiakkaan tilanteen tarpeen mukainen muutos voi olla esimerkiksi organisaation vaihtuminen. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 15.)

Yksi kuntoutuksen yleinen tavoite on parantaa kuntoutujan mahdollisuuksia osallistumiseen. Apuna tähän on kuntoutujan omien voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto. (Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen & Leino 2016, 59.) Asiakkaan kanssa pohditaan myös muita kuntoutumisen tavoitteita. Tavoitteiden asettaminen alkaa asiakkaan muutostarpeen kartoittamisesta yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Karhula, Veijola & Ylisassi 2016, 225). Kun asiakas saa asettaa tavoitteita kuntoutumiselleen, voi se vahvistaa hänen osallisuuden kokemustaan. Tunne osallisuudesta voi vahvistaa asiakkaan motivaatiota kuntoutumiselle. Yhdessä tekeminen voi myös vahvistaa asiakkaan ja ammattilaisen välistä suhdetta. (Karhula ym. 229-230.) Muutostarpeen selvittämiseksi tehdään tilannearvio nykyhetkestä. (Karhula ym. 2016, 225).

Kuntoutumisen tueksi voidaan laatia kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma kertoo toiminnan sisällön ja tekijät ja se pohjautuu kuntoutujan tavoitteisiin. (Karhula ym. 2016, 225.) Kuntoutumissuunnitelma on pakollinen, mikäli asiakas on tahdonvastaisessa hoidossa. Muuten kuntoutumissuunnitelma laaditaan tarvittaessa, yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutussuunnitelmaa tarkastetaan aina tarpeen mukaisesti. (Päihdehuoltoasetus 653/1986, 2§.) Kuntoutussuunnitelmaa tarkistettaessa voidaan samalla pohtia kuntoutumisen edistymistä suhteessa kirjattuihin tavoitteisiin (Karhula ym. 2016, 225).

Kuntoutumisen prosessissa asiakkaan voimavaroja ja tasavertaista osallisuutta voidaan hyödyntää voimavaralähtöisellä toimintamallilla, esimerkiksi aiemmin mainitussa tavoitteiden asettamisessa. Tällöin ammattihenkilö kuuntelee asiakkaan näkemyksiä ja ajattelutapaa, sekä tukee häntä niissä. Voimavaralähtöisen toimintamallin tunnuspiirteitä ovat itseluottamuksen, omatoimisen ongelmanratkaisukyvyyn sekä myönteisen ja toiveikkaan tulevaisuudenkuvan vahvistaminen. (Karhula ym. 2016, 236.)

4.2 Kotikuntoutus

Kodin merkitys on jokaiselle erilainen ja yksilöllinen. Toiselle se merkitsee itsenäisyyttä ja vapautta, toiselle rauhaa ja turvaa. Koti on paikka, jossa voi olla oma itsensä.

Omassa kodissa voi rentoutua, sekä tehdä vapaasti omia asioita. Ikääntyessään ihmiset alkavat viettää enemmän aikaa kotonaan. Myös kodin ulkopuoliset askareet sijoittuvat lähemmäs omaa kotia. (Nykänen 2007, 35.)

Kotona tapahtuvan päihdekuntoutuksen kohderyhmä ovat täysi-ikäiset päihteiden käyttäjät, jotka tarvitsevat ammattilaisten apua päihdeongelmaan. Kotikuntoutus on erityisen hyvä vaihtoehto, mikäli muut avo- tai laitostarkkaisuhoitovaihtoehdot eivät vastaa asiakkaan tarpeeseen, tai ole riittäviä. (Mäkelä 2012, 5.)

Asiakkaalle on tärkeää, että hoito on osa hänen elämäänsä. Hoidon ollessa irrallinen muusta elämästä, voi seurauksena usein olla hoidosta erkaantuminen (Holmberg 2010, 68). Kotona tapahtuva tarkkaisuhoito on hyödyllinen sekä kuntoutujalle, että kuntoutujan perheenjäsenille. Kuntoutus tapahtuu kotiympäristöstä, jolloin perheenjäsenet saavat olla läsnä ja kuntoutuja saa heiltä tarvitsemansa luontaisen tuen. (Lewis & Williams 2002, 202.) Päihteettömyyttä ylläpitää arkiset askareet, jotka liittyvät asumiseen ja elämiseen. Asumisen ja päihteettömyyden yhteistyön tulos mahdollistaa näin normaalin elämän. (Lehtonen & Salonen 2008, 31.) Muita kotona tehtävän tarkkaisuhoiton vahvuuksia ovat matala kynnyks hakeutua hoitoon, nopea saatavuus, suhteellisen matalat kustannukset, turvallisuus, tehokkuus ja mahdollisuus ottaa huomioon erityisten asiakasryhmien tarpeet (Mäkelä 2012, 10.)

4.3 Kokemusasiantuntijuus

Osana päihdekuntoutusta voi olla kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen. Kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on omakohtainen kokemus esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelmasta. Tällä tarkoitetaan myös sitä, että henkilö voi olla kuntoutuva, sairastava, palvelun käyttäjänä tai omaisena toimiva kokemusasiantuntija. Kokemusasiantuntija tietää millaista on sairastaa päihderiippuvuutta. Hän myös tunnistaa hoidon tai kuntoutuksen aikana läpikäytyt tunnetilat. Hänellä on kokemusta niistä tekijöistä ja tavoitteista, jotka ovat auttaneet häntä kohti päihteetöntä elämää. (Hietala & Rissanen 2015, 13.)

Potilas-, vammais- ja kansalaisjärjestöjen vertaistuen kautta on kehitetty kokemusasiantuntijatoimintaa. Tämä tuo esille kolmannen sektorin kuntoutuspalveluiden kokemustiedon, vertaistuen ja ohjaajan aseman merkityksen. (Hietala & Rissanen 2015,

12). Kokemusasiantuntemuksella on juurensa vertaistuessa, joka perustuu samankaltaisia asioita ja kohtaloita läpikäyneiden keskinäiseen kokemusten jakamiseen sekä tukemiseen. (Hietala 2016, 388.)

Kokemusasiantuntijalta edellytetään, että hän on edennyt jo pitkälle omassa kuntoutumisen prosessissaan. Lisäksi hänellä on oltava riittävästi etäisyyttä omiin kokemuksiinsa. Kokemusasiantuntijalla tulisi olla kykyä reflektoida tapaansa välittää omia kokemuksiaan muille, sekä valmiuksia tehdä yhteistyötä ammattilaisten kanssa. (Hietala & Rissanen 2015, 32.)

Kuntoutuksen ammattilaisilla on mahdollista saada tietoa kokemusasiantuntijoiden avulla kuntoutumisesta ja kuntoutujien arjesta. Näin asiakkaiden odotuksia ja tarpeita palveluiden sisällöstä, vuorovaikutuksesta ja järjestelmän toimivuudesta voi ymmärtää paremmin. Kokemusasiantuntijat ovat hyödyksi myös asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden osallisuuden vahvistamisessa. (Hietala 2016, 388.)

5 Päihdehuolto

Nykyisen päihdehuollon juurien voidaan katsoa olevan vuonna 1937 voimaan tulleella alkoholilainilla (60/1936), jolloin huolto- ja hoitotoiminta vakiinnutettiin kuntien sosiaalitoimen ja valtion alkoholihuoltoloiden tehtäväksi. Tuolloin sosiaalitoimen tehtävänä oli lähinnä antaa varoituksia ja toteuttaa raittiusvalvontaa. Päihdehuoltoloiden parantava tekijänä pidettiin työn tekemistä huoltolassa. Vuonna 1955 A-klinikoista tuli vapaaehtoisuuteen perustuvan avohoidon perusmalli, joissa yhdistyivät sekä sosiaalityö että lääketieteellinen näkökulma. (L 60/1936; Mäkelä & Murto 2013, 91.) Alkoholilaki uudistui vasta 1962 voimaan tulleen PAV-lain (laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta) myötä. Uusi laki painotti vapaaehtoisuutta, huoltoviranomaisten auttamistoimintaa sekä huollettavan omaehtoisuutta. 1980-luvulla huoltolahoidon sisällöt ja menetelmät monipuolistuivat entisestään. (Päihtyneiden kiinniottamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti 2011.)

Päihdehuollossa toiminnan lähtökohtina ovat perus- ja ihmisoikeudet, oikeusturva, sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö ja ammatillinen etiikka. Keskeisiä ohjaavia lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä päihdehuoltolaki. (Mäkelä & Murto 2013, 92.)

5.1 Päihdepalvelut ja päihdepalvelujärjestelmä

Kunnat ovat päihdehuoltolain määrittelemänä velvollisia järjestämään hoitoa päihdeongelmista kärsiville sekä heidän läheisilleen. Ongelmien vähentämiseksi eri viranomaisilta odotetaan yhteistyötä, terveys- ja sosiaalitoimen edellytetään panostavan hoitopalveluihin tasavertaisesti. Kuntien vastuulla on myös tarpeellinen päihdetyö asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin järjestämiseksi, joka myös terveydenhuoltolaikiin on asetettu. Päihdetyön tarkoituksena on, sosiaalihuoltolain mukaisesti, vahvistaa päihdeettömyyteen tukevia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa niitä tekijöitä, jotka vaarantavat terveyttä ja turvallisuutta. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2014, 544; L 1301/2014, 24 §.) Uudessa sosiaalihuoltolaissa määriteltiin ensimmäistä kertaa sosiaalinen kuntoutus, jolla tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea (L 1301/2014, 17§).

Päihdepalvelujärjestelmällä tarkoitetaan erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka on tarkoitettu päihdeongelmista kärsiville (Partanen 2015, 485). Palvelut voidaan jakaa perus- ja erityispalveluihin. Peruspalveluita tarjoaviin kuuluu esimerkiksi terveyskeskukset, sosiaalitoimistot, neuvolat ja kotipalvelut. Niissä päihdepalvelut voivat liittyä päihdeidenkäytön tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelmien arviointiin ja hoitoon ohjaamiseen (Partanen 2015, 486). Päihdehuollon erityispalveluilla tarkoitetaan mm. A-klinikoita ja nuorisoasemia, katkaisuhuoltoasemia, laitospalveluita hoito- ja kuntoutusyksiköitä, palveluasumisyksiköitä sekä vertaistukiryhmiä, kuten AA- tai NA-ryhmät, eli Nimettömät alkoholistit ja Nimettömät narkomaanit (Kuoppasalmi ym. 2014, 545-546). Kunnat voivat tuottaa päihdehuollon erityispalvelut itse tai ostaa ne ostopalveluina esimerkiksi säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta, jotka ovat erikoistuneet tuottamaan päihdepalveluja (Partanen 2015, 486).

Ensisijaisesti päihdepalveluja tarjotaan avopalveluina, joita voivat olla esimerkiksi sosiaalinen tuki, katkaisuhuito, ryhmäterapia tai kuntoutus. Laitoshoito tai –kuntoutus on tarkoitettu henkilöille, joille avohoidon palvelut eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia. Katkaisuhuito, jossa päihteiden käyttö keskeytetään ja hoidetaan vierotusoireita, voidaan niin ikään järjestää avohoitona tai laitoksessa. Hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita ovat esimerkiksi sosiaalinen kuntoutus ja asumispalvelut. (Päihdepalvelut n.d.)

5.1.1 Jyväskylän päihdepalvelut

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus eli JYTE tuottaa palvelut Jyväskylän, Hankasalmen ja Uuraisten kuntien asukkaille, yhteensä noin 140 000 henkilölle (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE) 2017). Terveysasemilla päihdepalveluja on saatavilla sairaanhoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla sekä päihdehoitajien toimesta. Päihdehoitajalle ei tarvita lääkärin tai hoitajan lähetettä ja myös omaiset voivat ottaa yhteyttä, mikäli esimerkiksi herää huoli läheisen päihteiden käytöstä. Päihdehoitajalta saa ohjausta ja neuvontaa, tarvittaessa ohjauksen muihin hoitopaikkoihin sekä motivointia ja tukea muutokseen. (Päihdepalvelut 2017, Päihdehoitajan vastaanotto terveysasemalla 2017.)

Päihdehoitaja arvioi tarvittaessa hoidon tarpeen ja ohjaa asiakkaan jatkohoitoon erityispäihdepalveluihin, esimerkiksi Sovatek-säätiölle. Sovatek-säätiön hoitopalveluvalikoimaan kuuluu avohoitopalveluita sekä laitoshoitopalveluita, jotka on tarkoitettu mm. alkoholin-, lääkkeiden-, ja huumeidenkäyttäjille sekä heidän läheisilleen. Sovatek-säätiöllä on esimerkiksi vieroitushoito- ja huumevieroitusosastot, päihdepäivystys, liikkuva päihdepalvelu, arviointi- ja kuntoutuspalveluyksikkö, erilaisia kursseja ja ryhmiä mm. kuntoutumisen tueksi sekä erilaisia tukitoimia myös peli- ja riippuvuusongelmallisille. Avohoitopalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia, mutta laitoshoitopalveluihin tarvitaan kotikunnan myöntämä maksusitoumus tai voimassa oleva ostopalvelusopimus Sovatek-säätiön kanssa. AA- ja NA-ryhmät kokoontuvat myös Sovatekin Päihdepalvelukeskuksessa. (Tietoa päihde- ja riippuvuuspalveluista n.d.)

Erilaisia muita toimijoita ovat esimerkiksi Jyväskylän Kan-koti, jonka taustalla on Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry. Kan-kotien asukkaille on tarjolla ammatillista

päihdekuntoutusta sekä hoidollista asumispalvelua. Erityisosaamisaluetta Jyväskylän Kan-kodeilla on vankityö. (Jyväskylän Kan-koti n.d.)

5.1.2 Päihdepalveluiden tulevaisuus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen, eli sote-uudistus tulee vaikuttamaan myös päihdeongelmaisten palveluiden järjestämiseen. Päihdepalveluiden kehittämisessä suuntaviivaa on antanut Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, jossa on kehitetty mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota. (Päihdepalveluiden kehittäminen 2014; Partanen, Kuussaari, Forsell, Varris & Markkula n.d.) Integraatiolla on tarkoitus lisätä niin sanotun ”yhden luukun” periaatetta, tuottaa kaksoisdiagnoosiasiakkaille nykyistä tarkoituksenmukaisempia ja kustannustehokkaampia palveluita sekä koota ammattilaisten osaaminen kokonaisvaltaisesti yhteen (Partanen ym. n.d.).

Myös Jyväskylän kaupunki on ensimmäisessä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassaan 2016-2020 hyödyntänyt kansallisia kehittämissuunnitelmia. Suunnitelmassa korostetaan, niin kansallisesti kuin alueellisesti ”asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja”. Suunnitelmatyön aluksi Jyväskylässä ja lähikunnissa laadittiin kuntalaiskysely, josta ilmeni mm. hoitoon pääsyn olevan vaikeaa, vaikkakin itse hoito koetaan hyvänä. Muita tärkeitä pidettyjä kehityskohteita kyselyn mukaan olivat matalan kynnyksen hoidon kehittäminen, mielenterveys- ja päihdetyön integraatio sekä varhainen puuttuminen ongelmiin. (Jyväskylän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016-2020 2016.)

5.2 Kotikonsti

Kotikonsti-toiminta on yksi painopistealue kolmivuotisessa (2016-2019) ESR-rahoitteisessa hankkeessa; Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat -varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki, johon Jyväskylän kaupunki on lähtenyt mukaan. Jyväskylässä painotus on erityisesti kolmessa kohderyhmässä: vanki-

lasta vapautuvat ja yhdyskuntaseuraamusta suorittavat, oleskeluluvan saaneet turva-
paikanhakijat sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaat ja -kuntoutujat. Yhtenä osana
tarkoituksena testata liikkuvan työn mallia, kuten kotona tehtävää katkaisuhuoi-
työtä eli Kotikonstia. (Nieminen 2016; Ijäs 2017, 10.)

Kotikonsti palveluna on asiakkaan kotona tapahtuvaa tuettua päihdekierteen katkai-
suhoitoa (Kotikonsti-esite n.d.). Toiminta on inhimillistä, asiakaslähtöistä, yksilöllistä
ja turvallista. Lisäksi se on nopea hoitomuoto päihdeongelmiin. (Ijäs 2017, 10.) Palve-
lun tavoitteena on tukea ja motivoida asiakkaita päihteiden käytön muutoksessa sekä
toimintakyvyn, arjen sujuvuuden ja hyvinvoinnin lisääntymisessä (Kotikonsti-esite
n.d.). Kotiin annettava katkaisuhuito on laitoskatkaisuhuitoa edullisempaa, sekä mah-
dollistaa päihteettömän elämäntavan myös varsinaisen laitosjakson jälkeen (Niemi-
nen 2016). Monesti koti on hoidon toteuttamiselle paras mahdollinen paikka, mikäli
asiakkaan tilanne ei vaadi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa tai seurantaa (Kotikonsti-
esite n.d.)

5.2.1 Kotikonsti käytännössä

Kotikonstin ensimmäisellä käynnillä asiakkaan luokse kerrotaan palvelusisällöstä, kar-
toitetaan kokonaistilanne sekä arvioidaan palvelun sopivuutta asiakkaalle. Käynnillä
pyritään selvittämään tämänhetkinen päihteiden käyttö ja päihdetausta, asiakkaan
terveydentila, vieroitusoireet sekä sosiaalinen tilanne. (Kotikonsti-esite n.d.)

Seuraavalla, niin sanotulla motivointikäynnillä, täytetään asiakkaan kanssa AUDIT-
kysely, joka toimii keskustelun ohjaajana sekä aloitetaan päihdepäiväkirjan pitäminen
(Kotikonsti-esite n.d.). AUDIT eli Alcohol Use Disorders Identification Test on Maail-
man terveysjärjestö WHO:n kehittämä kymmenen kysymyksen testi, joka on todettu
toimivaksi alkoholin liikakäytön tunnistajaksi (Tulostettavat testit – Alkoholi n.d.).
Ikäihmisten kanssa käytetään alkoholimittaria, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaille
(Kotikonsti-esite n.d.). Käytössä on myös alkoholin suurkulutuksen riskit -kortteja,
jotka voivat auttaa asiakasta ymmärtämään omaa terveydentilaansa sekä päihteiden
käytöstä syntyviä haittoja (3.4 Vähennetään päihdeongelmia kotona tehtävän katkai-
suhoidon ja päihdetyön avulla 2017). Kokonaisuudessaan ensimmäinen viikko sisäl-

tää asiakkaan motivointia päihteettömyyteen sekä luottamuksen rakentamista. Konaistilanteen kartoituksen pohjalta asiakkaalle laaditaan osallistava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Kotikonsti-esite n.d.)

Kotikonsti-toimintaan kuuluu myös jälkikuntoutus, jossa asiakkaalle annetaan riittävä tuki vähentämiseen ja päihteettömyyteen. Asiakkaalle voidaan yksilöllisesti räätälöidä esimerkiksi tarpeen mukaiset avopalvelut, vertaistukea, harrastuksia sekä mielekästä tekemistä päihteiden käytön tilalle. Jälkikuntoutuksessa korostuu yhteistyö eri toimijoiden kanssa, esimerkiksi AA:n, sekä saattaen vaihtaen periaate. Asiakkaalle voidaan tarjota vielä tukikäyntejä muihin avopalveluihin kiinnittyessä tai intervallihoidon retkahdusten ehkäisemiseksi. (Kotikonsti-esite nd.)

Kotikonsti-toiminnan alussa on hyödynnetty kokemusasiantuntijaa, joka oli mukana kotikäynneillä 7.11.2016 - 7.2.2017 välisenä aikana. Kokemusasiantuntija toi esille omaa tarinaansa sekä selviytymiskeinoja motivoiden ja antaen vertaistukea kuntoutujille. Kotikonsti-toiminnan projektipäällikkö mainitsi sähköpostiviestissään heidän kouluttavan parhaillaan kokemusasiantuntijoita. Koulutuksen jälkeen he pohtivat, kuinka kokemusasiantuntijoita voitaisiin jatkossa hyödyntää. Mahdollisesti samalla tavalla kuten toiminnan alussa. (Ollikainen 2017.)

5.2.2 Kotikonsti Jyväskylän hyvinvointisuunnitelmassa

Jyväskylän kaupunki toteutti keväällä 2017 laajan hyvinvointikertomuksen, joka nosti esille viisi keskeistä painopistettä:

1. Yksinäisyyden vähentäminen
2. Polarisaation/ eriarvoistumisen loiventaminen
3. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
4. Osallisuus ja aktiiviset asuinalueet
5. Toiminnan vaikutusten arviointi ja mittaaminen.

Hyvinvointikertomusta seuraa hyvinvointisuunnitelma, joka on konkreettinen toimenpidesuunnitelma edellä mainittujen painopisteiden toteutumista varten. Tavoitteet ja toimenpiteet on jaoteltu ikäryhmittäin, erityisryhmittäin sekä kaikkia kaupunkilaisia koskeviin toimiin. (Hyvinvointisuunnitelma: Luonnos 9.10.2017 lausuntoja varten 2017.) Erikseen työikäistä väestöä koskevassa osiossa on huomioitu Kotikonsti, kohdassa 3.4; Vähennetään päihdeongelmia kotona tehtävän katkaisuhoidon

ja päihdetyön avulla (3. Työikäiset 2017). Kotikonstilla on ajateltu olevan vaikutusta seuraaviin osa-alueisiin: eriarvoisuuden loiventaminen, palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen sekä osallisuuden vahvistaminen (Hyvinvointisuunnitelma 2016-2020 2017).

6 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön idea syntyi, kun Kotikonstin projektipäällikkö oli yhteydessä Jyväskylän ammattikorkeakouluun. Toiveena oli, että tästä Jyväskylässä uudesta ja vielä vähän tutkitusta aiheesta tehtäisiin opinnäytetyö, jota Kotikonsti voisi hyödyntää jatkossa.

6.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusongelma

Opinnäytetyö on laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii määrän mittaamisen sijaan kuvaamaan todellisen elämän ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja sitä käytetään usein silloin, kun ilmiötä ei ole vielä tutkittu paljoa. Sen tarkoituksena ei ole tuottaa täysin objektiivista tietoa, sillä tutkija ei voi kokonaan ulkoistaa itseään niin, ettei esimerkiksi oma arvoperusta vaikuttaisi hieman tulokseen. Lisäksi tutkimuksen tulos koskee vain kohdetapauksia, eikä täten ole yleistettävissä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-161; Kananen 2014, 16-17.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia Kotikonsti-toiminnasta. Asiakkaiden kokemusten kartoittaminen on tärkeää, jotta palvelua voidaan kehittää niin, että se on tehokasta ja palvelee asiakkaiden tarpeita. Tavoitteena on, että opinnäytetyön avulla toimeksiantaja saa asiakkailta heidän kokemuksiaan, sekä kehitysideoita ja alustavaa tietoa siitä, mitä asiakkaat ajattelevat mahdollisesti tulevasta kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä Kotikonsti-toiminnassa. Oma tavoitteemme oli kasvattaa päihdepuolen osaamistamme ja tutustua Jyväskylässä uuteen päihdekuntoutuksen malliin.

Tutkimusta tehdessä usein muotoillaan ongelma, jota tutkimuksella lähdetään ratkaisemaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu, että ongelma ei ole välttämättä muuttumaton ja täysin tarkka tutkimuksen alusta loppuun, vaan se saattaa

muovautua matkalla. Ongelmia voi olla yksi, josta johdetaan niin kutsuttuja alaongelmia, tai sitten useampi samantasoinen ongelma. (Hirsjärvi ym. 2009, 125-126.) Opin- näytetyölle asetettujen tavoitteiden pohjalta muotoutui kolme tutkimusongelmaa:

1. Millaisia kokemuksia asiakkailla on Kotikonsti –toiminnasta?
2. Millaiseksi asiakas hahmottaa kuntoutumisen polkunsaa?
3. Miten asiakkaat kokemustensa perusteella kehittäisivät Kotikonstitoimintaa osana kuntoutumisen polkua?

6.2 Aineiston keruu

Erilaisia tutkimusstrategioita yhdistää samat aineistonkeruumenetelmät, jopa niin, että voidaan puhua aineistonkeruun perusmenetelmistä. Näihin menetelmiin luetaan kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö. (Hirsjärvi ym. 2009, 191-192.) Aineiston keruun prosessi ja menetelmän valinta vaativat suunnitelmallista esityötä, jossa tulee ottaa huomioon muun muassa aineiston analysointiin käytettävä aika, haluttu lopputulos, käytännön toteutus ja luotettavuus (Mts. 185-186).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä käyttää laadullisia metodeja aineistoa hankittaessa. Esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi ja ryhmähaastattelut ovat metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja "ääni" nousevat esille. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Opinnäytetyömme luonteen ja tutkimuskysymystemme pohjalta valitsimme aineistonkeruun perusmenetelmistä haastattelun. Haastattelun etuina ovat esimerkiksi vastausten helpompi tulkinta, tarkentavien kysymykset esittämisen mahdollisuus haastattelun aikana sekä laajempi kertomisen mahdollisuus. Näiden vuoksi vastaukset ovat vähemmän tulkinnan varaisia. (Mts. 205.)

Tutkimushaastattelut voidaan tyypillisesti jakaa sen mukaan, miten strukturoitu tai muodollinen haastattelutilanne on. Täysin strukturoitu haastattelu tapahtuu lomaketta apuna käyttäen, jossa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on täysin määrätty. Avoin haastattelu toisena ääripäänä voi muuttaa muotoaan haastattelun edetessä ja muistuttaa kaikista haastattelumuodoista eniten keskustelua. Strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto on teemahaastattelu (puolistrukturoitu haastattelu), joka vastaa hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtiin. Teemahaastattelussa usein haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta tarkat raamit kysymyksille ja järjestykselle puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 208-209; Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Teemahaastattelu valikoitui asettamamme tutkimusongelman ja sen myötä tutkimuskysymysten kautta toimivimmaksi menetelmäksi toteuttaa aineistonkeruu. Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että haastateltavan kokemuksia, ajatuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

6.3 Haastattelun toteutusvaihe

Opinnäytetyön aineistonkeruuta varten loimme haastattelurungon, jonka kysymykset pohjautuivat asettamiimme tutkimusongelmiin. Teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti runko ei ollut ehdoton, vaan keskustelu saattoi poikia haastattelijalta uusia kysymyksiä. Tavoitteenamme oli kuitenkin saada mahdollisimman laajasti asiakkaiden kokemuksiin perustuvia vastauksia, joten tarkentavia kysymyksiä oli useita (liite 1).

Haastattelun toteutusta varten tulee ottaa huomioon kohdejoukko, tutkimuksen aihe sekä pohdittava, millä haastattelumuodolla saavutetaan parhain tulos; yksilö-, pari- tai ryhmähaastattelulla (Hirsjärvi ym. 2009, 210). Tutkimusaiheemme sensitiivisyyden vuoksi valitsimme yksilöhaastattelut, kartoitimmehan kuitenkin asiakkaiden henkilökohtaisia kokemuksia. Varauduimme etukäteen siihen, että haastatteluista saattaa tulla pitkiä. Otimme sen seikan huomioon tehdessämme haastattelut syksyllä, jolloin jatkokäsittelylle jäisi riittävästi aikaa.

Haastateltaviin olimme yhteydessä puhelimitse ja sovimme molemmille osapuolille sopivia haastatteluajoja. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 74) mukaan teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan, jolloin haastattelupaikan pitäisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. Haastattelut tehtiin haastateltavien kotona yksin tai parin kanssa. Haastatteluihin valmistauduimme perehtymällä kysymyksiin sekä haastateltaville avattaviin käsitteisiin, esimerkkinä "kuntoutumisen polku". Tarkistimme myös tallennusvälineiden toimivuuden, joita oli haastattelutilanteessa varmuuden vuoksi useampi kuin yksi.

Haastattelutilanteessa pyrimme pitämään yllä kiireettömyyden tuntua, annoimme haastateltaville aikaa pohtia vastauksia ja pelkkien kysymysten esittämisen sijaan keskustelimme. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 135) toteavat, että syvä dialogi mahdollistaa rikkaan aineiston.

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimusta tehdessä avainasiaksi nousee aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Analysoinnin aikana saadaan yleensä vastauksia niihin kysymyksiin, jotka tutkimusongelman kautta on määritetty, tai toisaalta analyysi voi tuoda odottamattomia-kin vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Perusanalyysimenetelmä, jota kaikissa kvalitatiivisen tutkimuksen perinteissä voidaan käyttää, on sisällönanalyysi. Sitä voidaan pitää yksittäisenä analyysimuotona, mutta myös eräänlaisena kehyksenä analyysikeinoille (Hirsjärvi & Hurme 2000, 153; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Tuomi ja Sarajärvi (2009, 91) mainitsevat, että monet muunnimiset laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät usein perustuvat jollain tavalla sisällönanalyysiin, mikäli sillä tarkoitetaan erilaisten dokumenttien analysointia. Laadullinen analyysi voidaan jakaa vielä muodoltaan kolmeen eri luokkaan: aineistolähtöinen analyysi, teoriaohjaava analyysi sekä teorialähtöinen analyysi. Edellä mainittuja analyysimuotoja toisistaan erottaa se, kuinka tutkittavan aiheen teoria on ohjannut aineiston keruuta, analyysia ja raportointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-99.) Muodoltaan opinnäytetyömme analyysi ja raportointi perustuvat aineistolähtöisyyteen.

Tapoja analysoida aineistoa on monia. Valitsimme kerätyn aineistomme analyysikeinoksi teemoittelun, jossa aineistosta tarkastellaan haastateltaville yhtenäisiä piirteitä lähtökohtateemoihin pohjautuen. Usein esiin nousee myös uusia teemoja, joita ei tutkimuskysymyksiä laadittaessa ole välttämättä huomioitu, mutta joita ei voida yhden tutkimuksen puitteissa käsitellä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Pohjimmiltaan teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä aihepiireittäin. Metodi mahdollistaa tiettyjen teemojen etsimisen ja vertailun aineistosta. Teemahaastattelua purettaessa pilkkomista helpottaa jo ennalta mietityt teemat, jonka jälkeen aineistosta etsitään teemoja kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Opinnäytetyössämme aineiston vaiheittainen pilkkominen tapahtui tutkimusongelmasta johtaneiden kysymysten myötä aina pienempiin ja tarkentavimpiin osasiin.

Aineistomme analyysi eteni järjestyksessä:

1. Aineiston purkaminen (litterointi)
2. Aineiston teemoittelu
3. Analyysi

Aineiston litteroinnin, eli sanasta sanaan puhtaaksikirjoittamisen, tarkkuutta ei ole selkeästi määritelty. Aineiston analyysitapa on syytä miettiä etukäteen, tällöin litteroinnin tarkkuuteen osataan kiinnittää tavan vaatima huomio. (Hirsjärvi ym. 2009, 222; Hirsjärvi & Hurme 2000, 139.) Litteroimme aineistomme tarkasti, nekin kohdat, jotka eivät suoranaisesti viitanneet teemoihimme. Mikäli haastateltavia olisi ollut isompi joukko, tai haastattelujen kestot yli tunnin mittaisia, olisimme voineet rajata litteroinnin tarkkuutta.

Litteroidun aineiston teemoittelussa voi apuna hyödyntää esimerkiksi koodausta. Koodi voi olla jonkinlainen merkki tai muu jäsentelevä merkintä aineistossa, jolla korostetaan sanoja, lauseita, rivejä, kappaleita tai vielä pidempiä osioita tekstistä. Koodauksen apuna voi käyttää, materiaalin sijainnista riippuen; värikyiniä, alleviivausta, fontin lihavoitua, tekstin maalaamista jne. Aineiston jatkokäsittelyä helpottaa selkeästi tehty koodaus. (Silius 2008, 5-7.) Opinnäytetyössämme litteroidusta aineistosta "maalattiin" eri värein vastauksia, jotka järjesteltiin erilaisten kysymysten ja teemojen alle. Näin vastauksia oli helpompi vertailla, löytää samankaltaisuuksia ja poikkeamia.

Tulosten analysoinnin jälkeen tutkijan on pyrittävä tulkitsemaan tuloksia sekä muodostamaan niistä johtopäätöksiä. Kvalitatiivisessa tutkimukseksi haasteeksi voi muodostua tulkintojen moninkertaisuus; tutkija tulkitsee haastateltavaa, lukija taas tutkijan tulkintoja. Näin ollen on syytä ottaa huomioon, että lukijan on luotettava kirjoittajan tulkintoihin. Samaa aineistoa voidaan tulkita monin eri tavoin, eri näkökulmista ja faktoistakin voi syntyä tulkinnallisia erimielisyyksiä. On myös huomioitava, että jo aineiston keruun vaiheessa erilaiset asiat voivat myötävaikuttaa saatuihin tuloksiin. Eri haastattelijat, kielenkäyttö ja vaihtelevat kysymyksen asettelut tuovat vastauksiin vaihteluväliä. (Hirsjärvi ym. 2009, 229; Hirsjärvi & Hurme 2000, 151-152.)

6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Eettisyys ja luotettavuus on huomioitu opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa sekä tutkimuksen prosessin edetessä. Hyvän tutkimuksen tekoon kuuluu tulkinnan huolellisuus, harkitusti valittu kirjallisuus sekä tekstiin lähdeviitteinen tarkka merkitseminen (Hirsjärvi ym. 2009, 349-350). Opinnäytetyössämme olemme hyödyntäneet ja keränneet aineistoa laajasti sekä tarkastellen kriittisesti niiden luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Lähdeviitteet ja lähdeluettelo vastaavat toisiaan, noudattaen huolellisuutta ja kriittisyyttä lähteiden pohjalta kirjoittaessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toteutuksen yksityiskohtainen selostaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Opinnäytetyömme laadullisen tutkimuksen toteutus on perusteltu ja kirjoitettu totuudenmukaisesti.

Reliabiliteetin ja validiteetin avulla arvioidaan työn laatua ja luotettavuutta. Reliabiliteetti merkitsee tulosten pysyvyyttä ja validiteetti oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2014, 147, 160.) Toisin sanoen reliabiliudella tarkoitetaan sitä, että samaa asiaa tutkittaessa saadaan useammalla tutkimuskerralla sama tulos (Hirsjärvi & Hurme 2008, 186). Määrittely voidaan tehdä myös toisella tavalla. Arvioitsijoita voi olla useampia ja mikäli he päätyvät samaan lopputulokseen, on tulos reliabiliteettiä. (Mts.186.)

Tutkimuksemme luotettavuus perustuu haastateltavien vapaaehtoisuuteen. Kotikonsti toiminnan – asiakkaat saivat työntekijän välityksellä tekemämme tiedotteen, jossa kerroimme opinnäytetyöstä, haastattelusta ja siitä kuinka tulemme aineistoa käyttämään. Tiedotteen yhteydessä asiakkaat antoivat suostumuksensa haastatteluiden äänittämiseen (liite 2).

Haastattelutilanteessa kerroimme samat tiedot kuin tiedotteessa ja painotimme haastatteluiden anonymiteettiä, sekä äänitetyn aineiston poistamista heti tekstin purkamisen eli litteroinnin jälkeen. Litteroitu aineisto poistetaan tutkimusprosessin päätyttyä. Tiedotteessa korostimme erityisesti luottamuksellisuutta, anonymiteettiä ja henkilötietolakia (523/1999), joka mielestämme on toteutunut onnistuneesti tutkimuksemme edetessä (liite 2).

7 Tutkimustulokset

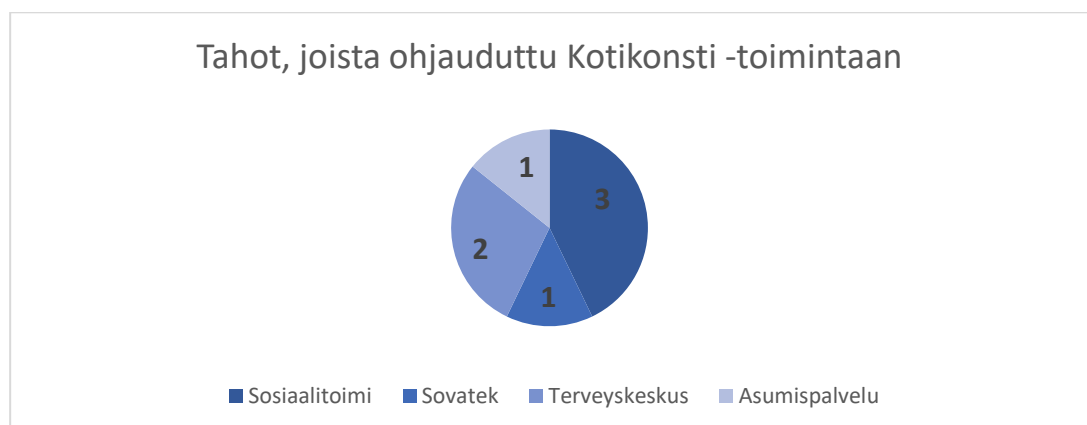
Haastatteluihin osallistui seitsemän vapaaehtoista Kotikonstin asiakasta. Haastatelluista viisi oli naisia, kaksi miehiä. Vastanneiden ikä vaihteli 32-71 –vuoden välillä. (ks kuvio 1.) Asiakkaat ovat olleet mukana Kotikonsti –toiminnassa eri mittaisia aikoja, millä voi olla vaikutusta vastauksiin.

SUKUPUOLI \ IKÄ	IKÄ				
	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 →
MIES	0 hlö	0 hlö	0 hlö	1 hlö	1 hlö
NAINEN	1 hlö	0 hlö	3 hlö	0 hlö	1 hlö

Kuvio 1. Haastateltujen sukupuoli- ja ikäjakauma

7.1 Kotikonstin aloittaminen ja ennakkotiedot

Kaikki haastatellut henkilöt kertoivat olleensa alun perin yhteydessä johonkin muuhun tahoon, kuin Kotikonstiin. Mainittuja tahoja olivat Sovatek-säätiö, sosiaalitoimi ja terveyskeskus (ks kuvio 2). Yhteydenoton syynä ei ollut välttämättä ensisijaisesti päihdeongelma, vaan esimerkiksi päihtyneenä sattunut onnettomuus, jonka seurauksena asiakkaan päihteidenkäytöstä oltiin huolestuttu ammattilaisten toimesta. Muita syitä olivat talousvaikeudet ja mielenterveysongelmat. Yksi haastatelluista oli hakenut apua suoraan päihdeongelmaan.



Kuvio 2. Tahot, joista ohjaututtu Kotikonsti -toimintaan

Sovatek-säätiön, sosiaalitoimen ja terveystieteiden työntekijät olivat kaikkien haastatteluiden mukaan olleet aktiivisia Kotikonstin tarjoamisessa ja ehdottaneet, että antaisivat asiakkaan yhteystiedot Kotikonstin työntekijälle. Luvan myöntämisen jälkeen Kotikonstista oltiin yhteydessä asiakkaaseen. Haastatelluista osa mainitsi, että ei olisi lähtenyt mukaan Kotikonstiin, mikäli yhteydenotto olisi jäänyt itse hoidettavaksi. Yksi haastatelluista olisi ottanut itse yhteyttä Kotikonstin työntekijään. Haastatteluissa todettiin olevan helpompaa, että työntekijä on aloitteellinen ja soittaa asiakkaalle ensimmäisen kerran. Yksi haastateltu kertoi, että hänestä on vaikeaa soittaa työntekijälle ensin.

Kotikonstin työntekijän yhteydenottoa kuvailtiin pääasiassa nopeaksi, yhteydenoton ajankohta vaihteli seuraavasta päivästä viikkoon. Myös tapaaminen oli järjestynyt nopeasti. Yksi haastatelluista oli saanut yhteydenoton viikkojen kuluttua ja hän koki yhteydenoton hitaaksi.

Haastatelluista kaksi oli sitä mieltä, että Kotikonstia tarjottiin heille oikea-aikaisesti. Muut eivät osanneet haastattelutilanteessa sanoa, oliko palvelu juuri oikea-aikaisesti tarjottua. Oikea-aikaisuudelle tärkeitä piirteitä oli haastateltavien mukaan oma halu ja avun pyytäminen, sekä valmius sitoutua tarjottuun apuun.

Jokainen haastateltu mainitsi, että ei ollut kuullut Kotikonstista aiemmin. Haastatelluista yksi ei tiennyt Kotikonstista mitään vielä silloinkaan, kun Kotikonstin työntekijä tuli ensimmäisen kerran käymään hänen luonaan. Kotiin tulevista palveluksista oltiin kuitenkin kiinnostuneita, vaikka tietoa ei ennen aloitusta paljoa ollut.

Suurimmalla osalla haastatelluista ei ollut odotuksia Kotikonstille vähäisten ennakkotietojen vuoksi. Odotuksiksi mainittiin päihdekierteestä pääsy vakituisen työntekijän ja lääkehoitoon saatavan tuen avulla, sekä kokonaisvaltainen avun saanti ja mahdollisuus purkaa asioita työntekijän kanssa.

7.2 Kotikonsti –toiminta

Haastatellut avasivat Kotikonstiin kuuluvia asioita käytännön toimien kautta. Jokainen haastateltu kertoi keskustelun olevan osa työntekijän käyntejä. Keskustelun aiheet ovat pääasiassa päihdeasioihin painottuvia, mutta tapaamiset sisältävät myös

juttelua ihan arkisistakin asioista. Yksi haastateltu mainitsi, että kokee voivansa keskustella työntekijän kanssa avoimesti.

Toinen asia, joka toistui usean haastatellun mainitsemana, oli työntekijän antama tuki. Haastatellut kokivat saavansa tukea eri asioihin. Mainittuja asioita olivat päiheteettömyys, elämänhallinta, mieliala ja elämänmuutos. Konkreettisiksi tukemisen muodoiksi mainittiin tavoitteiden mukainen kannustaminen, vaikeiden asioiden ratkominen yhdessä, tsemppaus mielialan laskiessa, sekä arjen rutiineihin kannustaminen. Tavoitteiden mukaisella kannustamisella haastateltu tarkoitti sitä, että työntekijä on kehunut haastateltua siitä, että vaikka tämä on välillä käyttänyt päihteitä, on hän saanut lopetettua sen paljon aiempaa nopeammin.

Keskustelun ja tuen lisäksi Kotikonstiin kuuluu myös lääkehoito. Tämän mainitsi vain yksi haastateltu. Hän oli tyytyväinen siihen, että lääkehoito järjestyy järjestelmällisesti joka viikko.

Tapaamiskäyntien tiheys vaihteli kunkin asiakkaan henkilökohtaisen tilanteen mukaan. Tapaamisten vaihteluväli oli kahdesta käynnistä viikossa yhteen tapaamisen kuukaudessa. Käyntejä mainittiin olevan useammin Kotikonstin aloitusvaiheessa tai tarvittaessa, kuten sairaalajakson jälkeen. Yleisin käyntitiheys oli kerran viikossa. Yksi haastatelluista kertoi, että kerran kuukaudessa on riittävä määrä; sitä useammin ei olisi puitavia asioita.

Kaikki haastatellut kokivat yhteistyön työntekijän kanssa olleen hyvää. Usea mainitsi, että työntekijän kanssa oli helppo tulla toimeen ja kemiaat olivat kohdanneet hyvin. Tätä pidettiin tärkeänä. Yksi haastateltu jopa totesi tässä yhteydessä, että hän kokee vihdoin päihdetyöstä olevan hyötyä, kun yhteistyö työntekijän kanssa toimii. Yksi haastatelluista toi ilmi, että voi rehellisesti kertoa kaikki päihteidenkäyttöön liittyvät asiansa työntekijälle valehtelematta, vaikka ne olisivat negatiivisia. Samana pysyvää työntekijää pidettiin hyvänä asiana, jotta ei aina tarvitse puhua samoista asioista ja aloittaa alusta.

Työntekijän käyntien lisäksi Kotikonstin toimintaan kuuluu virkistyspäivät. Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastatelluista olivat osallistuneet Kotikonstin järjestämään virkistyspäivään edes kerran. Vaikka osa oli pitkään pohtinut, osallistuuko virkistys-

päivään terveydentilan tai ennakko-oletusten vuoksi, olivat kaikki osallistuneet tyytyväisiä siihen, että päättivät lähteä mukaan. Virkistyspäivän hyväksi puoliksi nostettiin mahdollisuus sosiaalisuuteen ja uusien tuttavuuksien luonti. Yksi haastatelluista nosti esiin myös toisenlaisen näkökulman. Hän oli tyytyväinen uusiin tuttavuuksiin, mutta halusi pitää yhteydenpidon rajattuna työntekijän ohjaamiin tapaamisiin. Pelkona oli, että muuten riski yhteiselle päihteidenkäytölle kasvaisi.

Kaksi haastateltua kertoi kokevansa, että voi vaikuttaa Kotikonsti -toiminnan sisältöön omalla kohdallaan. Molemmat kokivat, että heidän esittämiään toiveita oli kuunneltu. Toinen haastatelluista antoi tästä konkreettisen esimerkin. He olivat suunnitellut yhdessä työntekijän kanssa, että menisivät jollain tapaamiskerralla yhdessä kävelyllä ja keskustelisivat samalla. Kolmas haastateltu kertoi, että virkistyspäivien sisältöön on voinut vaikuttaa.

7.3 Tavoitteet ja Kotikonstin aikana havaitut muutokset

Vaikka Kotikonsti oli alkujaan haastatelluille tuntematon palvelu eikä heillä ollut ennakko-odotuksia, osa pystyi nimeämään selkeitä tavoitteita, joita kohti tahtoisivat Kotikonstin tuella mennä. Kaksi haastatelluista tavoitteli päihteettömyyttä, mikä olikin molempien kohdalla toteutunut. Kolmella henkilöllä tavoitteina oli päihteiden käytön vähentäminen, joista yksi kertoi vähentäneensä päivittäisestä käytöstä kerran viikossa tai kahdessa tapahtuvaan käyttöön.

Kaikkien kohdalla tavoitteet eivät liittyneet päihteiden käytön muutoksiin: yksi toivoi ratkaisuja lääkehoidon toteutumiseen ja kertoi tavoitteen säännöllisestä lääkkeiden ottamisesta toteutuneen. Muut tavoitteet liittyivät elämäntapaan, voimavaroihin ja mielialaan. Nämä eivät olleet kukaan täysin toteutuneet, mutta haastatellut olivat huomanneet muutoksia kohti parempaa. Muutoksina mainittiin kasvanut sisukkuus, muuttunut elämäntapa ja elämän mielekkyyden lisääntyminen. Yksi haastateltu kertoi suunnittelevansa ensimmäistä kertaa elämässään työharjoittelua ja opiskelupaikan hakemista. Myös toinen haastatelluista toi esiin, että oli miettinyt uudelleen kouluttautumisen mahdollisuutta.

Kaikilla ei ollut tavoitteita, joita he Kotikonstin avulla tavoittelisivat. Kaksi haastatelluista mainitsi, että palvelun ollessa heille vielä tuntemattomampi, ei selkeitä tavoitteita ollut vielä muodostunut. Toinen heistä kertoi, että tavoitteen sijaan hänellä on toive siitä, ettei oma tilanne menisi ainakaan huonompaan suuntaan. Kaksi haastatelluista ei myöskään osannut sanoa, oliko Kotikonstin aikana tapahtunut muutoksia.

Vaikka halusimme selvittää ovatko haastatellut huomanneet muutoksia elämässään tai itsessään Kotikonstiin osallistumisen myötä, emme kuitenkaan väitä, että muutokset olisivat Kotikonstista johtuvia. Asiakkaat ovat myös olleet palvelun piirissä vasta vähän aikaa ja eri mittaisia aikoja, mikä vaikuttaa vastauksiin.

7.4 Kuntoutumisen polku

Pyysimme haastateltavia kertomaan, millaiseksi he ajattelevat käsitteen ”kuntoutumisen polku”. Olimme jo etukäteen itse määritelleet kuntoutumisen polun yksilölliseksi prosessiksi, jossa pyritään jostain tietystä lähtöpisteestä eteenpäin, kohti toivottua tavoitetta. Kuntoutumisen polku voi sisältää useita eri palveluita ja tapahtumia, jotka vaikuttavat siihen, kuinka pitkällä yksilö kuntoutumisen polulla on. Määritelimme käsitteen, jotta voimme verrata haastateltujen omia näkemyksiä omaamme. Toisaalta myös tahdoimme varmistaa, että haastatellut pystyvät tiettyjen kysymysten kohdalla vastaamaan yhteisen määritelmän mukaisesti, jotta kysymys olisi yhdenmukaisempi.

Lähes kaikki vastaajat ajattelivat kuntoutumisen polun olevan positiivinen asia. Toisaalta sen nähtiin myös vievän paljon aikaa – kuntoutuminen ei tapahdu hetkessä, vaan on pienin askelin eteenpäin menemistä. Muuten haastateltujen vastaukset olivat hyvin yksilöllisiä. Yksi haastatelluista kuvasi omaa kuntoutumisen polkuaan kirjavaksi ja monenlaisia tunnetiloja sisältäväksi. Kolme haastatelluista kertoi, että oman kuntoutumisen polun keskiössä on mielenterveyden kohentaminen. Henkisen puolen kuntouttamista he perustelivat sillä, että se vaikuttaa muuhun olemiseen ja jaksamiseen.

Haastateltujen vastauksista nousi esiin se, että monella Kotikonsti ei ole ollut ainoa palvelu kuntoutumisen polun varrella. Muiksi palveluiksi mainittiin asumiseen liittyvät palvelut, terveydenhuollon palvelut, mielenterveyspalvelut ja päihdepalvelut.

Osalla haastatelluista oli Kotikonstin kanssa samanaikaisesti muita palveluita käytössä, osa oli kokeillut muita palveluita ennen Kotikonstia. Yksi haastateltu kertoi, että aloitettuaan Kotikonstissa hän on pystynyt vähentämään muiden palveluiden, kuten mielenterveyspalveluiden käyttöä. Toinen totesi, että Kotikonsti ja toinen hänen käyttämänsä palvelu ovat muodostaneet hyvän kokonaisuuden. Pienen otannan vuoksi emme halua yksilöidä haastateltujen käyttämiä palveluita tarkemmin anonyymiteetin säilyttämiseksi.

Kaksi haastateltua ei kokenut, että olisi kuntoutumisen polulla. Yksi haastateltu koki, että kuntoutumista ylipäänsä ei tapahdu tällä hetkellä. Toinen kertoi oman kuntoutumisen olevan tällä hetkellä tuuliajolla.

Lähes jokainen haastateltu koki, että Kotikonsti on ollut hyödyllinen osa kuntoutumisen polkua. Jokaisen saama hyöty oli yksilöllinen. Kotikonsti koettiin hyödyttäneen elämänasenteen muutoksessa, mielialassa, henkilökohtaisen tuen saannissa, muiden palveluiden tarpeen vähenemisessä ja arjen sujumisessa. Yksi haastateltu totesi, että Kotikonsti on tällä hetkellä tärkeä osa kuntoutumista, eikä sitä toivottavasti pitkään aikaa tarvitse siitä erottaa. Yksi haastateltu ei osannut sanoa, onko Kotikonstista osana kuntoutumisen polkua ollut hänelle hyötyä.

7.5 Kokemusasiantuntijuus

Haastateltavilta kysyttiin muutamia kysymyksiä liittyen kokemusasiantuntijoihin ja niiden hyödyntämiseen kotona tapahtuvassa päihdekuntoutuksessa. Koska kokemusasiantuntijuus ei välttämättä ole tuttu asia kaikille, kerroimme siitä hieman ennen siihen liittyvien kysymysten esittämistä.

Kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä pidettiin hyvänä ajatuksena. Samanlaisen taustan omaamisen ajateltiin olevan hyödyllistä päihdekuntoutuksen kannalta, kun he tietävät samankaltaiset vaikeudet omakohtaisesti. Omakohtaista kokemusta pidettiin hyvin arvokkaana ja tärkeämpänä, kuin kirjoista opittua tietoa. Haastateltavat toivat ilmi sitä, että ammattilaiset eivät oikeasti tiedä, mitä on olla päihdeongelmainen. Päihdeongelmaiset itse ovat sen suhteen kokemuksen ammattilaisia.

Kokemusasiantuntijoita toivottiin ryhmäkeskusteluihin. Kokemusasiantuntijat toisivat keskusteluun mukaan omakohtaisen kokemuksen selviytymisestä. Haastatteluissa

nousi myös toinen näkökulma - kokemusasiantuntijoista olisi hyötyä asiakkaiden lisäksi työntekijöille, kun he voisivat saada kokemusasiantuntijoilta uusia näkemyksiä päihdetyöhön. Ryhmäkeskustelujen lisäksi kokemusasiantuntijat voisivat tehdä samanlaisia kotikäyntejä, kuin Kotikonstin työntekijäkin tekee.

Kenestä tahansa ei kuitenkaan ole kokemusasiantuntijaksi. Haastatteluissa tuli ilmi, että pelkkä samankaltainen päihdetausta ei riitä. Kokemusasiantuntijoilta toivottiin riittävän pitkää päihteettömyyttä ja vahvoilla oloa päihteiden suhteen. Muutama haastatelluista ei ollut aiemmin pohtinut asiaa. He eivät osanneet sanoa mielipidettään kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä.

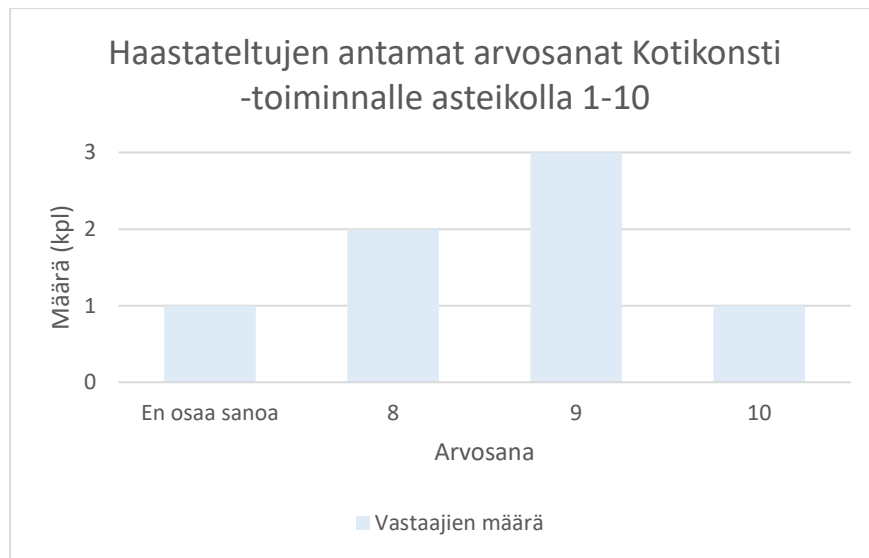
7.6 Kehittämisideat ja arvio

Kotikonsti –toimintaan oltiin hyvin tyytyväisiä. Toimintaa kuvattiin tehokkaaksi ja aiemmista käytetyistä päihdepalveluista poikkeavaksi. Poikkeavuutta pidettiin hyvänä asiana. Yksi haastateltu nosti esiin kehitysidean työntekijän laajemmasta verkostoitumisesta. Toiveena oli, että Kotikonstin työntekijä huomioisi työskentelyssään myös muita asiakkaan käyttämiä palveluita ja tarpeita.

Virkistyspäivien toivottiin kestävän pidempään, jotta osallistujat ehtisivät tutustua toisiinsa paremmin. Sisällöksi toivottiin avointa keskustelua kaikkien osallistujien kesken rajatusta päihteistä koskevasta aiheesta, jossa myös työntekijät voisivat olla mukana. Virkistyspäiviä toivottiin järjestettävän myös jatkossa.

Osa haastatelluista ei osannut sanoa, mitä Kotikonstissa voitaisiin kehittää. Useat haastatellut kokivat olleensa niin lyhyen aikaa asiakkaina, että eivät osanneet sen perusteella sanoa, mitä Kotikonstissa voitaisiin tehdä toisin tai lisätä.

Kysyimme haastatelluilta vielä numeerista arvosanaa välillä yhdestä kymmeneen koko Kotikonsti –toiminnalle. Tätä kysyimme, koska osalle ihmisistä numeerisen arvosanan antaminen voi olla sanallista arviota helpompaa. Se antaa myös suuntaa yleisestä tyytyväisyydestä, vaikka jokainen käsittääkin subjektiivisesti. Kotikonsti sai kaksi kahdeksaa, kolme yhdeksää ja yhden kymmenen. Kahdeksan ja yhdeksän arvosanoja perusteltiin usean haastatellun toimesta sillä, että vaikka he ovat olleet palveluun tyytyväisiä, on kaikessa aina parantamisen varaa.



Kuvio 3. Haastateltujen antamat arvosanat Kotikonsti -toiminnalle asteikolla 1-10

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia Kotikonsti – toiminnasta. Tavoitteena oli, että saatuja tuloksia voitaisiin hyödyntää Kotikonsti – toiminnan kehittämisessä ja vakiinnuttamisessa Jyväskylän palveluverkoston. Oma tavoitteemme oli kasvattaa päihdepuolen osaamistamme ja tutustua Jyväskylässä uuteen päihdekuntoutuksen malliin.

Kotikonsti –toiminnassa aloittamista pidettiin helppona. Muiden palveluiden työntekijät kertoivat Kotikonstista ja olivat aloitteellisia pyytäessään lupaa yhteystietojen välittämiseen. Tärkeäksi nähtiin se, että yhteydenottaminen Kotikonstiin ei jäänyt asiakkaan vastuulle, vaan Kotikonstista tehtiin ensimmäinen yhteydenotto asiakkaaseen. Suurin osa koki, että ei olisi todennäköisesti aloittanut Kotikonstissa, mikäli se olisi jäänyt asiakkaan vastuulle. Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastatellut kokivat, että palvelun aloittaminen tapahtui nopeasti. Haastattelujen pohjalta meille syntyi ajatus siitä, että yhteistyö eri tahojen kanssa ja työntekijöiden aloitteellisuus olisi jatkossakin tärkeää, jotta asiakkaat ohjautuisivat palveluun ja aloittaminen olisi yksinkertaisempaa.

Haastatelluiden ennakkotiedot Kotikonsti –toiminnasta olivat vähäiset tai olemattomat. Yksi haastatelluista koki, että hänen tietonsa kyseisestä palvelusta olivat hatarat vielä hetken aloituksen jälkeen. Vähäiset ennakkotiedot vaikuttivat siihen, ettei haastatelluilla ollut muodostunut ennakko-oletuksia siitä, mitä Kotikonsti –toiminta voisi heille tarjota tai kuinka he voisivat siitä hyötyä. Jäimme pohtimaan, mikä vaikutus sillä olisi, jos asiakkailta olisi paremmat ennakkotiedot ennen Kotikonstin aloittamista. Mietimme myös sitä, voisiko asiakkaille antaa esimerkiksi kattavan tietopakettin Kotikonstista, johon he voisivat etukäteen perehtyä.

Kotikonsti –toiminnan osiksi nähtiin kaikkien mainitsema keskustelu työntekijän kanssa, työntekijän tarjoama tuki, apu lääkehoidossa sekä virkistyspäivät. Haastattelujen pohjalta työntekijän tuki vaikuttaa yksilöllä räätälöidyltä asiakkaan omien tavoitteiden ja tilanteen pohjalta. Virkistyspäiviä pidettiin mieluisina ja niitä toivottiin jatkossakin. Muutama mainitsi virkistyspäivien tärkeäksi osaksi mahdollisuuden sosiaalisuuteen. Meille uutena näkökulmana tuli yhden haastatellun pelko siitä, että mikäli hän vapaa-ajalla ystävystyisi muiden asiakkaiden kanssa, voisi siitä olla haittaa hänen päihteettömyydelleen. Tätä emme olleet tulleet aiemmin ajatelleeksi.

Osa haastatelluista koki, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa Kotikonstin toimintaan. Erityisesti virkistyspäivien sisältö koettiin sellaiseksi, mihin on mahdollisuus vaikuttaa. Kukaan ei sanonut, että ei koe voivansa vaikuttaa toimintaan.

Kaikki kokivat tulevansa työntekijän kanssa hyvin toimeen. Muutama haastateltu nosti esiin välien avoimuuden ja oman kokemuksen siitä, että voi puhua työntekijälle rehellisesti kaikesta päihteisiin liittyvästä, myös negatiivista asioista ja takapakeista. Samana pysyvää työntekijää pidettiin hyvänä asiana, sillä se mahdollistaa sen, ettei keskustelua tarvitse aina aloittaa alusta.

Tapaamisten määrä vaihteli hiukan jokaisen haastatellun kohdalla. Tapaamisten tiheyteen vaikutti haastattelujen pohjalta ainakin asiakkaan toive ja tilanne. Tarvittaessa, kuten esimerkiksi sairaalajakson jälkeen, tapaamisia oli mahdollista järjestää tavallista useammin. Tapaamisia oli myös yleensä ollut useammin Kotikonstissa aloitessa ja tapaamiskerrat olivat harventuneet, kun haastateltu oli ollut jonkin aikaa palvelun piirissä.

Haastatellut mainitsivat tavoitteikseen päihteettömyyden, päihteiden käytön vähentämisen, avun saannin lääkehoitoon, elämönhallinnan kasvun ja mielialan kohentamisen. Kaikilla ei ollut tavoitteita tai he eivät osanneet sanoa, mikä tavoite olisi.

Koimme yllättäväksi sen, että kaikki tavoitteet eivät koskeneet päihteiden käyttöä, kuten olimme etukäteen olettaneet.

Haastatellut olivat huomanneet joitain muutoksia, joita Kotikonsti –toiminnan aikana oli tapahtunut. Muutoksina mainittiin päihteiden käytön väheneminen, muuttunut elämänasenne, elämän mielekkyyden lisääntyminen ja monipuolistunut elämänsäilytö. Kaikki eivät osanneet sanoa, oliko Kotikonstin aikana tapahtunut muutoksia. Tarkoituksenamme oli vain selvittää haastatelluiden omia ajatuksia siitä, mitä he näkevät muuttuneen Kotikonstissa olon aikana. Emme väitä muutosten johtuvan Kotikonsti –toiminnasta. Syy-seuraussuhteiden osoittaminen opinnäytetyössä on haasteellista, erityisesti koska haastatelluiden asiakkuudet olivat lyhyitä.

Kuntoutumisen polun haastatellut kokivat positiiviseksi, eteenpäin vieväksi prosessiksi, joka vaatii aikaa. Usea haastateltu mainitsi henkisen hyvinvoinnin olevan tärkeä kuntoutumisen polun kehityskohde. Kotikonsti koettiin hyödylliseksi osaksi kuntoutumisen polkua ja sen toivottiin jatkuvan tulevaisuudessakin. Useilla haastatelluista oli myös muita palveluita, joissa he olivat samanaikaisesti. Yksi haastatelluista kertoi, että muiden palveluiden tarve oli Kotikonstin aloittamisen myötä vähentynyt. Kaikki haastatellut eivät kokeneet olevansa kuntoutumisen polulla, tai osanneet sanoa, ovatko sillä vielä. Vaikka olimme määritelleet käsitteen kuntoutumisen polku ja kerroimme sen haastatelluille, jäi meille silti sellainen tunne, että jokainen käsitti sen omalla tavallaan. Siksi vastauksetkin ovat hyvin vaihtelevia. Emme koe tätä ongelmana, sillä tarkoituksenamme olikin selvittää, kuinka haastateltu itse asian kokee.

Kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä pidettiin käyttökelpoisena ajatuksena. Ehtona oli, että kokemusasiantuntijan tulisi olla tehtävänsä kykenevä ja olla päihteidenkäytön lopettamisen suhteen vahvoilla. Kokemusasiantuntijaa ajateltiin voivan hyödyntää ryhmäkeskusteluissa, sekä kahdenkeskisissä tapaamisissa. Yksi haastateltu nosti toisenlaisen näkökulman mainitessaan, että myös työntekijät hyötyisivät kokemusasiantuntijan erilaisesta osaamisesta. Kaikki eivät osanneet sanoa, mitä kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä ajattelevat. Meidän ennako-oletuksemme oli

haastattelun tulosta vastaava. Pohdimme, voisiko kehitysasiantuntijoiden hyödyntämistä kokeilla esimerkiksi virkistyspäivien ryhmäkeskusteluissa.

Kaiken kaikkiaan haastatellut olivat tyytyväisiä Kotikonstiin. Kehitysideat koskivat lähinnä virkistyspäiviä, joiden toivottiin kestävän pidempään ja sisältävän enemmän avointa keskustelua kaikkien osallistujien kesken. Lisäksi Kotikonstin työntekijältä toivottiin enemmän verkostoitumista muiden asiakkaiden käyttämien palveluiden kanssa.

Etukäteen pelkäsimme, että haastattelun otanta jäisi pieneksi. Vapaaehtoisia vastaajia löytyi kuitenkin seitsemän, mikä on Kotikonstin sen aikaiseen asiakasmäärään suhteutettuna suuri. Tällä hetkellä asiakkaita on 12.

Emme osanneet heti alusta alkaen kysyä haastatteluissa kaikkia niitä kysymyksiä, jotka lopulta kysyimme. Muutaman ensimmäisen haastattelukerran aikana nousi haastatellun puheesta sellaisia asioita, joita myöhemmin halusimme kysyä muiltakin haastatelluilta. Tällainen oli kysymys siitä, olisiko haastateltu soittanut itse Kotikonstin työntekijälle, mikäli hänelle olisi annettu yhteystieto, eikä Kotikonstista oltaisi oltu häneen yhteydessä ensin. Koska aloimme kysymään näitä asioita vasta muutaman haastattelun jälkeen, emme saaneet kaikilta vastauksia niihin. Useat kysymykset ovat myös hypoteettisia, eikä haastateltu voi olla varma, olisiko esimerkiksi ottanut itse yhteyttä Kotikonstiin, mikäli se olisi hänen vastuulleen jäänyt. Koimme kuitenkin, että haastateltujen ajatusten selvittäminen voi olla hyödyllistä jatkokehittämistä varten.

Opinnäytetyöltämme toivoimme runsaasti kehitysideoita, joita Kotikonstissa voitaisiin sitten hyödyntää. Aluksi koimme, että emme tältä osin onnistuneet. Kuitenkin yhteenvetoa tehdessä totesimme, että haastatellut ovat maininneet useita toimivia asioita. Kehittäessä palvelua on tärkeä tietää myös se, minkä koetaan jo toimivan. Myös kehitysideoita ja mielipiteitä erityisesti kehitysasiantuntijoiden hyödyntämiseen tuli jonkin verran. On ymmärrettävää, että vasta vähän aikaa palvelussa oltuaan on hankala sanoa, mistä voisi olla hyötyä ja mitä voitaisiin muokata.

Kotikonsti opinnäytetyön aiheena tuntui erittäin mielenkiintoiselta. Koska Kotikonstia on tutkittu vähän, oli mahdollisia opinnäytetyön aiheita monia. Päädyimme toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen ja omien mielenkiinnon kohteidemme mukaisesti rajaamaan opinnäytetyön aiheeksi asiakkaiden omat kokemukset Kotikonstista.

Jatkotutkimusaiheiksi näkisimme asiakkaiden kokemukset pidemmän asiakkuuden jälkeen, kuinka Kotikonstin työntekijä voisi verkostoitua muiden yhteistyötahojen kanssa, sekä vertailun muihin kotona tapahtuviin päihdekuntoutusmalleihin.

Lähteet

3. Työikäiset. 2017. Hyvinvointisuunnitelman tavoitteet ja toimenpiteet. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 9.12.2017. <http://www.jyvaskyla.fi/hyvinvointikertomus/suunnitelma/tyoikaiset>
- 3.4 Vähennetään päihdeongelmia kotona tehtävän katkaisuhoidon ja päihdetyön avulla. 2017. Hyvinvointisuunnitelma. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 9.12.2017. http://www.jyvaskyla.fi/hyvinvointikertomus/suunnitelma/toimenpide/va_hennetaan_paihdeongelmia
- Alkoholiongelmaisen hoito. 2015. Käypähoito. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 23.12.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028Suo>
- Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. 2015. Päihdelinkki. Viitattu 10.12.2017. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>
- Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat - varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki –hanke. N.d. Jyväskylän kaupunki. http://www.jyvaskyla.fi/strategia_ja_hankkeet/hankkeet/perusturva/asunnottomuudenennaltaehkaisy
- Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Tallinna: Duodecim.
- Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Tallinna: Duodecim.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Griesbecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. 2003. Alcohol: no ordinary commodity. New York: Oxford University Press.
- Ehkäisevä päihdetyö. N.d. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Viitattu 7.1.2017. <http://stm.fi/ehkaiseva-paihdetyo>
- Erkkilä, E. 2017. Asunnottomuus ja sosiaalityö. Julkaisussa Sosiaalityön käsikirja. Toim. A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki. 4. uud. p. Helsinki: Tietosanoma.
- Hakkarainen, P. & Jääskeläinen, M. 2013. Huumeiden käytön haitat muille ihmisille. Julkaisussa Alkoholii- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Toim. K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi

- Hietala, O. 2016. Kokemusasiantuntija kuntoutumisen tukena. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Tallinna: Duodecim.
- Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntija-toiminnasta. Helsinki: Uni-grafia.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.p. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima.
- Huttunen, J. 2013. Alkoholi terveysriskinä. Julkaisussa Pääasiana alkoholi - Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Toim. T. Peltoniemi. Helsinki: Lönnberg Painot.
- Hyvinvointisuunnitelma: Luonnos 9.10.2017 lausuntoja varten. 2017. Hyvinvointikertomus ja -suunnitelma. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 9.12.2017. <http://www.jyvaskyla.fi/hyvinvointikertomus/suunnitelma>
- Hyvinvointisuunnitelma 2016-2020. 2017. Hyvinvointisuunnitelman tavoitteiden ja toimenpiteiden arviointi ja mittarit -listaus. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 9.12.2017. http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/93892_hyvinvointisuunnitelma_luonnos20171009.pdf
- Ijäs, T. 2017. Kotikonstia ja kokemusasiantuntijuutta – avaimia asunnottomuuden ehkäisyyn. Jyväskylä-lehti 2/2017, 15.3.2017.
- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Jyväskylän Kan-koti. N.d. Toimintayksiköt. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniry. Viitattu 10.12.2017. <http://www.kan.fi/toimintayksikot/jyvaskylan-kan-koti>
- Jyväskylän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016-2020. 2016. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 27.12.2017. http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/83609_jyvaskylan_mielenterveys-ja_paihdesuunnitelma_2016-2020_valmis1.pdf
- Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE). 2017. Terveyspalvelut. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 19.11.2017. <http://www.jyvaskyla.fi/sote/jyte>
- Kananen, J. 2014. LAADULLINEN TUTKIMUS OPINNÄYTETYÖNÄ. Miten kirjoitan kvalitatiivisen tutkimuksen vaihe vaiheelta.

Karjalainen, K., Impinen, A. & Lillsunde, P. 2013. Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tielläliikkuville. Julkaisussa Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Toim. K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.

Karhula, M., Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Tallinna: Duodecim.

Kekki, T. 2009. Taparikollisuus, huumeet ja rikoskierre. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 80/2009. Tampere: Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print.

Kiiänmaa, K. 2013. Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät. Julkaisussa Pääasiana alkoholi - Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Toim. T. Peltoniemi. Helsinki: Lönnberg Painot.

Kotikonsti-esite. N.d. Asunnottomuuden ennaltaehkäisyyn kuntastrategiat -varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki.

Kotovirta, E. & Österberg, E. 2013. Alkoholin sosiaaliset haitat ja syrjäytyminen. Julkaisussa Pääasiana alkoholi - Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Toim. T. Peltoniemi. Helsinki: Lönnberg Painot.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2014. Päihdehäiriöt. Julkaisussa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. 11.uud.p. Keuruu: Duodecim.

L 39/1889. Rikoslaki. Viitattu

5.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

L 60/1936. Alkoholilaki. Viitattu

5.1.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1936/19360060>

L 253/2015. Laki ehkäisevästä päihdetyöstä. Annettu 24.4.2015. Viitattu

31.12.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150523>

L 653/1986. Päihdehuoltoasetus. Annettu 29.8.1986. Viitattu

29.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860653>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Annettu 30.12.2014. Viitattu

9.12.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi

Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2013. Kuntouttava lähihoito. 7.uud.p. Helsinki: Edita.

Lehtonen, L. & Salonen, J. 2008. Asunnottomuuden monet kasvot. Suomen ympäristö 3/2008. Helsinki: Edita Prima.

Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. PS-kustannus.

Lewis, J. & Williams, S. 2002. Home detoxification. Published in WORKING WITH SUBSTANCE MISUSERS: a guide to theory and practice. Edited by A. McBride & T. Petersen.

Mäkelä, P. 2012. Muutostyö asiakkaan kotona tehtävässä katkaisuhoidossa. Sosiaalityön Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 10.12.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83353/gradu05745.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mäkelä, R. & Murto, L. 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Julkaisussa Pääasiana alkoholi – Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Toim. T. Peltoniemi. Helsinki: Lönnberg Painot.

Nieminen, K. 2016. Katkaisuhuolto tuodaan yhä useammin kotiin. Keski-suomalainen 19.9.2016.

Nykänen, S. 2007. ”Kot’ on paras paikka”. Kotona asumisen merkitys ikääntyvälle. KaupunkiElvi -hankkeen osaraportti 2. Lapin Yliopisto. Viitattu 10.12.2017. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=b60f1f16-b935-4f6c-a50c-0a843f0958c6>

Ollikainen, M-L. 2017. Kysymyksiä opinnäytetyöstä, kokemusasiantuntijuus. Sähköpostiviesti 14.12.2017. Vastaanottaja M. Heikkinen.

Partanen, A. 2015. Yhteiskunta, päihteet ja riippuvuus. Julkaisussa Päihdehoitotyö. Toim. A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius. Helsinki: Sanoma Pro.

Partanen, A., Kuussaari, K., Forsell, M., Varis, T. & Markkula, J. N.d. Päihdepalvelut -artikkeli. Viitattu 10.12.2017. <https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/P%C3%A4ihdepalvelut.pdf/6a590557-e15d-44ff-b72e-32f9c5a6c0d9!>

Piispa, M. 2013. Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? Julkaisussa Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Toim. K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.

Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä. 2016. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Viitattu 10.12.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia>

Päihdehoito. 2016. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Viitattu 11.12.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito>

Päihdehoitajan vastaanotto terveysasemalla. 2017. Mielen terveys- ja päihdepalvelut. Jyväskylän kaupunki. Viitattu

19.11.2017. <http://www.jyvaskyla.fi/terveys/mielen terveys/paihteet/paihdehoitaja>

Päihdepalveluiden kehittäminen. 2014. Alkoholit, tupakka ja riippuvuudet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.12.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/palvelujarjestelman-ohjaus-ja-kehittaminen/paihdepalveluiden-kehittaminen>

Päihdepalvelut. 2017. Mielen terveys- ja päihdepalvelut. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 19.11.2017. <http://www.jyvaskyla.fi/terveys/mielen terveys/paihteet>

Päihdepalvelut. N.d. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.11.2017. <http://stm.fi/paihdepalvelut>

Päihderiippuvuus. 2014. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Viitattu

10.12.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/mielen terveys/mielen terveyshairiot/paihderiippuvuus>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2016 : Alkoholit ja huumeet - Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2016 - Yearbook of alcohol and drug statistics 2016. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

12.11.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1

Päihdetilastollinen vuosikirja 2017 : Alkoholit ja huumeet. Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2017 Yearbook of Alcohol and Drug Statistics 2017. 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

7.1.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135657/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202017%20verkkoversio%20p%C3%A4ivitetty%20kuolemat%203.1.2018.pdf?sequence=1>

Päihtyneiden kiinniottamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti. 2011. Sisäasiainministeriön julkaisuja 5/2011. Viitattu

11.11.2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79671/sm_052011.pdf?sequence=1

Salo-Chydenius, S., Holmberg, J. & Partanen, A. 2015. Riippuvuusikäyttäytyminen. Julkaisussa Päihdehoitotyö. Toim. A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius. Helsinki: Sanoma Pro.

Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu

25.12.2017. http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkoopintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf

Tietoa eri huumeista. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu

22.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielen terveys/mielen terveyden-edistaminen/keinoja-mielen terveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteileen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista>

Tietoa päihde- ja riippuvuuspalveluista. N.d. Päihdepalvelut ja riippuvuus. Sovatek-säätiö. Viitattu 10.12.2017. <http://www.sovatek.fi/paihdepalvelut-info.html>

Tulostettavat testit – Alkoholi. N.d. Testit ja laskurit. Päihdelinkki. Viitattu 2.11.2017. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/tulostettavat-versiot-pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uud.p. Jyväskylä: Tammi.

Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.

Warpenius, K., Kotovirta, E., Karlsson, T. & Österberg, E. 2013. Öinen piikki - väkivaltarikokset yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä. Julkaisussa Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Toim. K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.

Liitteet

Liite 1. Alustava kysymyspatteristo

1. Millaisia kokemuksia asiakkailla on Kotikonsti –toiminnasta?

- Kuinka ja mistä syystä tulit mukaan palvelun piiriin?
- Mitä on tapahtunut/miltä on tuntunut Kotikonstin aikana?
- Millaisia muutoksia olet havainnut Kotikonsti –toimintaan osallistumisen aikana?
- Millaiseksi koit yhteistyön työntekijöiden kanssa?

2. Millaiseksi asiakas hahmottaa kuntoutumisen polkunsä?

- Millaiseksi ajattelet käsitteen kuntoutumisen polku?
- Millaiseksi näet oman kuntoutumisen polkusi?
- Kuinka Kotikonsti on sopinut osaksi kuntoutumisen polkuasi?
- Kuinka hyödylliseksi olet kokenut Kotikonsti –toiminnan osana kuntoutumisen polkuasi?
- Mitä tavoitteita sinulla oli Kotikonstille osana kuntoutumisen polkua ja ovatko ne täyttyneet?

3. Miten asiakkaat kokemustensa perusteella kehittäisivät Kotikonsti -toimintaa osana kuntoutumisen polkua?

- Mitä odotit Kotikonstilta?
- Onko Kotikonsti –toiminta vastannut niihin odotuksiin, joita sinulla oli ennen toimintaan osallistumista?
- Oliko palvelu helposti saatavilla oikealla hetkellä? Miksi?
- Mitä muuttaisit toiminnassa?
- Kehitysideoita toiminnalle ja työntekijöille?
- Miten arvioisit palvelun kokonaisuudessaan (numeraallinen 1-10, 0-5 tms.)
- Mitä ajattelet kokemusasiantuntijoista osana Kotikonstia?
- Miten kokemusasiantuntijoita voitaisiin hyödyntää Kotikonstissa?

Liite 2. Tiedote

Hei!

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä aiheesta asiakkaiden kokemukset Kotikonsti toiminnasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on jäsentää ja lisätä tietoa Kotikonsti -toiminnasta.

Kotikonsti ja kotona tapahtuvan päihdekuntoutuksen malli on Jyväskylässä vielä uusi ja kehitysvaiheilla oleva asia. Asiakkaiden kokemukset ovat tärkeitä palvelun kehittämisen kannalta, minkä vuoksi haluaisimmekin nyt haastatella teitä.

Haastattelu tehdään kasvotusten ja kertaluontoisesti viikolla 39, ajankohta kuitenkin sovittavissa. Keskustelu äänitetään, jotta teidän kertomanne säilyy mahdollisimman muuttumattomana opinnäytetyöhön. Äänitetty aineisto muutetaan kirjalliseen muotoon ja sitä hyödynnetään opinnäytetyössämme. Haastattelu on täysin anonyymi, eikä opinnäytetyössä tulla mainitsemaan osallistujien nimiä tai muita tunnistetietoja.

Toivottavasti tapaamme haastattelun parissa!

Terveisin,

Sosionomi opiskelija Jenna Kumpulainen p. 044 xxx xxxx
Kuntoutuksen ohjaaja opiskelija Merja Heikkinen
Kuntoutuksen ohjaaja opiskelija Eveliina Seppänen

Osallistun haastatteluun

Kyllä

Ei

Haastattelun ajankohdan sopimiseksi minuun voi ottaa yhteyttä:

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____