
NAISET JA ÄIDIT A-KLINIKAN ASIAKKAINA
Perhetilanteiden selvittely asiakkaaksi tulovaiheessa



Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Sosiaalialan koulutusohjelma

Hämeenlinna 23.3.2012

Sanna Suominen

Anna-Riikka Viitanen



HÄMEENLINNA
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipedagoginen kasvatus

Tekijät	Sanna Suominen Anna-Riikka Viitanen	Vuosi 2012
Työn nimi	Naiset ja äidit A-klinikan asiakkaina Perhetilanteiden selvittely asiakkaaksi tulovaiheessa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Hämeenlinnan A-klinikkatoimen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka Hämeenlinnan A-klinikkatoimen asiakastyössä otetaan huomioon asiakkaan perhe. Opinnäytetyö keskittyi tutkimaan asiakkaaksi tulovaiheessa tapahtuvaa perheen kokonaistilanteen huomioimista. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada sekä asiakaiden että työntekijöiden näkemys aiheesta. Tutkimuskohteena olivat Hämeenlinnan A-klinikan naisasiakkaat, joilla on alaikäisiä lapsia sekä A-klinikan työntekijät.

Työn teoriatausta pohjautuu lastensuojelulakiin, päihdehuoltolakiin ja alkoholiongelmakäytön vaikutuksiin perheessä. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin puolistrukturoitua ryhmähaastattelua sekä kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Tutkimuksessa selvisi, että Hämeenlinnan A-klinikan asiakastyössä otetaan asiakkaan perhe pääsääntöisesti hyvin huomioon. Työntekijöiden haastattelusta nousi kuitenkin esiin työn yksilökeskeisyys. Vaikka perhe otetaan hoidossa huomioon, ei perheen kanssa työskentely ole keskiössä. A-klinikka ei hoida perhettä, sen sijaan muiden toimijoiden kanssa tehdään yhteistyötä perheen hyväksi. Tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat kuitenkin tyytyväisiä perheen kokonaistilanteen huomioimiseen.

Avainsanat A-klinikka, naisten päihdekäyttö, lastensuojelulaki, päihdehuoltolaki

Sivut 29 s. + liitteet 7 s.

Authors

Sanna Suominen
Anna-Riikka Viitanen

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis

Women and Mothers as Clients of the A-clinic
Family Assessment at the Beginning of a Client
Relationship

ABSTRACT

The thesis was made in co-operation with Hämeenlinna A-clinic. The purpose of this thesis was to examine how a client's family is being considered in A-clinic's client work. The thesis concentrates on how the overall situation of a family is taken into consideration at the beginning of a client relationship. The objective of the thesis was to examine both clients' and workers' views about the topic. The subjects of this thesis were female clients of Hämeenlinna A-clinic with under-aged children, and the A-clinic staff.

The theoretical background of the thesis deals with the Child Welfare Act, the Act on Social Work with Intoxicant Abusers and the negative effects that misuse of alcohol has on families. The material was gathered with the help of a half-structured group interview and a questionnaire. The material was analyzed through thematizing.

The thesis indicated that a client's family is mainly taken well into consideration. However, the interview with the workers showed that A-clinic work is very much concentrated on the welfare of an individual rather than the whole family. Even though there is no active collaboration with families, the families are taken into consideration when caring for the clients. A-clinic does not treat the families, but they co-operate with many other agencies in order to promote the families' welfare. According to the thesis, the clients are satisfied with how the family's overall situation was taken into consideration.

Keywords A-clinic, family, substance abuse among women, Child Welfare Act, Act on Social Work with Intoxicant Abusers

Pages 29 p. + appendices 7 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	2
2.1	A-klinikkasäätiö.....	2
2.2	Hämeenlinnan A-klinikkatoimi.....	3
2.3	Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	3
3	AIHEESEEN LIITTYVÄT AIEMMAT TUTKIMUKSET.....	4
3.1	Lasinen lapsuus.....	4
3.2	Elämää perheeseen.....	5
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
4.1	Alkoholin ongelmakäyttö.....	6
4.2	Naisten alkoholin ongelmakäyttö.....	7
4.3	Alkoholi perheen ongelmana.....	8
4.3.1	Sukupolvinen näkökulma.....	9
4.3.2	Perheen selviytyminen päihdeongelmasta.....	10
4.3.3	Lapsen huomioon ottaminen päihdepalveluissa.....	11
4.4	Päihdehuoltolaki.....	12
4.5	Päihde- ja mielenterveystyön strategia.....	12
4.6	Lastensuojelulaki.....	13
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS.....	14
5.1	Kohderyhmä.....	15
5.2	Aineiston keruu.....	16
5.2.1	Kyselylomake.....	16
5.2.2	Haastattelu.....	16
5.3	Aineiston analyysi.....	17
5.4	Triangulaatio.....	18
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	18
6.1	Työntekijöiden kokemuksia perheen huomioonottamisesta A-klinikkatyössä.....	18
6.1.1	Yhteistyö.....	19
6.1.2	Yksilökeskeisyys.....	19
6.1.3	Lapsen etu.....	19
6.1.4	Puolisoiden huomiointi.....	20
6.1.5	Osaaminen ja erityisosaaminen.....	20
6.1.6	Päihdehuoltolaki.....	21
6.2	A-klinikan asiakkaiden kokemuksia perheen huomioonottamisesta.....	21

7	JOHTOPÄÄTÖKSET	23
8	POHDINTA.....	25
	LÄHTEET	27

Liite 1	Infokirje
Liite 2	Suostumuslupa
Liite 3	Muistutuskirje
Liite 4	Kyselylomake
Liite 5	Työntekijöiden haastattelurunko

1 JOHDANTO

Päihdeongelma nähdään usein yksilökeskeisesti, mutta sillä on vaikutuksensa aina myös päihdeongelmaisen läheisiin. Tämän vuoksi onkin tärkeää että myös läheiset otetaan päihdepalveluissa huomioon. Tähän velvoittaa jo päihdehuoltolaki. Vanhemman päihdeongelma vaikuttaa aina myös lapseen. Lapsi saatetaan kuitenkin helposti jättää vanhemman päihdehoidon ulkopuolelle. Syynä tähän voi olla halu suojella lasta tai ajatus siitä, että lapsi ei ikänsä vuoksi vielä tilannetta ymmärrä. Tällöin vaarana kuitenkin on, että lapsi jää ilman tarvitsemiaan tukitoimia. Varhaisella puuttumisella voitaisiin ehkäistä myös sukupolvien välistä kierrettä. Hoitojen tuloksellisuustutkimusten mukaan perheen ja läheisten mukaanotto hoitotapahtumaan auttaa paitsi perhettä, mutta sitouttaa myös päihdeongelmaista paremmin hoitoon. (Mäkelä 2005.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui tutkijoiden kiinnostuksen kohteiden perusteella. Sosiaalialan opinnäytetyöksi tutkimus sopii sen perhekeskeisyyden vuoksi. Opinnäytetyön työyhteistyökumppanina oli Hämeenlinnan A-klinikkatoimi. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, toteutuuko Hämeenlinnan A-klinikkatoimen asiakastyön alkuvaiheessa perheen huomioiminen lastensuojelulain ja päihdehuoltolain mukaisesti. Tutkimustulosten avulla pyrittiin tuomaan esille perheen huomioimisen sekä lapsen edun tärkeys. Tutkimuksen avulla pyrittiin myös saamaan hyödyllistä tietoa Hämeenlinnan A-klinikkatoimen käyttöön.

Aineisto kerättiin A-klinikan asiakkailta kyselylomakkeen avulla sekä työntekijöiltä ryhmähaastattelun avulla. Kyselylomakkeen kohderyhmänä olivat A-klinikan naisasiakkaat, joilla on alaikäisiä lapsia. Kyselylomake välitettiin 30 asiakkaalle. Kyselylomakkeille annettiin palautusaikaa neljä viikkoa. Työntekijöiden ryhmähaastattelussa oli mukana kolme A-klinikan työntekijää, ja haastattelu toteutettiin 10.1.2012. A-klinikalta valittiin haastateltavat työntekijät haastatteluun.

Työntekijöiden ryhmähaastattelu analysoitiin tammikuussa 2012 ja kyselylomakkeet helmikuussa 2012. Tutkimuksen aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Lastensuojelulaki, päihdehuoltolaki ja alkoholin ongelmakäytön vaikutukset perheeseen ovat muodostaneet tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen. Teoriaosuudessa kerrotaan paitsi alkoholin ongelmakäytön vaikutuksista perheeseen, myös siitä, mikä on tyypillistä naisten alkoholiongelmissa. Alkoholin ongelmakäytön vaikutuksista perheeseen nostetaan esille esimerkiksi ongelmien sukupolvien välinen kierre ja sen katkaisemisen mahdollisuudet. Viimeiseksi pohditaan perheen ja lapsen erilaisia selviytymisstrategioita sekä perheen kokonaisvaltaista kohtaamista päihdepalveluissa

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Tutkimuksen taustaosiossa esitellään opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppanin, Hämeenlinnan A-klinikkatoimen ja A-klinikkasäätiön syntyhistoriaa. Osiossa käsitellään Hämeenlinnan A-klinikkatoimen rakennetta ja lyhyesti eri yksiköitä.

2.1 A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on perustettu vuonna 1955 Helsingissä. A-klinikkasäätiön tehtäviksi perustamisvaiheessa määriteltiin avohoitomahdollisuuksien järjestäminen ja kehittäminen alkoholiongelmista kärsiville ihmisille. Säätiön suunniteltiin tarjoavan sekä lakisääteistä alkoholistihuoltoa että vapaaehtoisia palveluja. (Ahonen 2005, 61.)

A-klinikkatyö perustui moniammatilliseen hoitotyöhön ja hoitotiimiin kuului sosiaalityöntekijä, lääkäri ja sairaanhoitaja. Hoitomuotoina käytettiin yksilö- ja ryhmäterapiaa, perheenjäsenten tukemista sekä lääkinnällistä apua. Keskusteluryhmien lisäksi käytettiin runsaasti toiminnallisia ryhmiä. A-klinikkasäätiöstä syntyi A-klinikkatoimia, jotka ovat sittemmin levinneet koko Suomen kattavaksi verkostoksi. (Saarelainen 2003, 48–49.)

Tarve A-klinikkasäätiön perustamiselle lähti kuntatiedustelusta, josta ilmeni että kunnissa on suuri tarve klinikkatoiminnalle. Esimerkiksi Helsingissä tuohon aikaan poliklinikat pystyivät ottamaan vastaan vain osan hoitoon pyrkivistä asiakkaista. Tämä osoitti että tarve avopalveluille on tarjontaa suurempi. (Ahonen 2005, 59.)

Suunniteltaessa A-klinikkasäätiön rakennetta ja toimintaa, pidettiin tärkeänä että syntyvä organisaatio pystyisi toimimaan paikalliset olosuhteet ja olemassa olevat toimintamuodot huomioon ottaen. Toiminnan tulisi samaan aikaan keskittyä sekä vapaaehtoiseen hoitoon että lakisääteisesti tarjottaviin palveluihin. (Ahonen 2005, 61.)

Vuonna 1967 A-klinikkasäätiö velvoitettiin perustamaan hoitopaikkoja nuorille päihteidenkäyttäjille. 70-luvulla A-klinikkatoiminnan palveluja monipuolistettiin nuorisoasemien lisäksi katkaisuhuutoyksiköillä ja hoitokodeilla. Myös henkilökuntarakenne muuttui, kun ohjaajat saivat jalansijan asumispalvelujen henkilökunnassa. Samoihin aikoihin myös vapaaehtois- ja oma-apujärjestöjen, kuten A-killan ja NA:n, toiminta lisääntyi. (Saarelainen 2003, 49-50.)

2.2 Hämeenlinnan A-klinikkatoimi

Hämeenlinnan A-klinikkatoimen keskeisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus. A-klinikkatoimi toimii A-klinikkasäätiön alla ja pohjaa toimintansa kuntien väliselle kumppanuussopimukselle. Hämeenlinnan A-klinikkatoimi pyrkii ehkäisemään ja hoitamaan erilaisia riippuvuusongelmia sekä tukemaan asukkaita sellaisissa elämäntilanteissa, joissa alkoholi jollain tapaa haittaa elämää. (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi n.d)

Hämeenlinnan A-klinikkatoimen tarjoamia palveluja ovat katkaisuhuolto, nuorten selvis, ehkäisevä päihdetyö, kuntoutusyhteisö, asumispalvelut, A-klinikka sekä living room. Asumispalveluihin kuuluvat tukiasuntotoiminta, aluetupatoiminta ja sosiaalinen isännöinti (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009a).

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteisiin kuuluu päihdeongelmien ennaltaehkäiseminen sekä tiedotuksen ja koulutuksen tarjoaminen kunnissa (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009b). Päihdekierteen katkaisuun ja vieroitusoireiden hoitoon keskittyy katkaisuhuoltoyksikkö (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009c). Päihteidenkäytöstä irtautumista ja kuntoutumista varten on kuntoutumisyhteisö, jossa toiminnan perustana on yhteisöllisyys (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009d).

Living room on terveysneuvontapiste, jossa voi käydä sukupuolitautitesteissä ja vaihtaa neuloja puhtaisiin (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009e). Nuorten selvis on nuorille tarkoitettu selviämisasema, joka tekee yhteistyötä esimerkiksi poliisin ja sosiaalitoimen kanssa (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009f).

Hämeenlinnan A-klinikka jakautuu päivystykseen ja avohoitoon. Päivystyksessä johon asiakas voi mennä ilman ajanvarausta, selvitetään asiakkaan mahdollista hoidon tarvetta. A-klinikka tarjoaa katkaisuhoidon lisäksi myös avokatkaisuhoidoa. Avokatkaisussa hoitomuotona käytetään lääkehoitoa ja korvaakupunktiota ja hoidon aikana suunnitellaan myös jatkohoitoa. A-klinikan avohoitoon kuuluu yksilö- sekä ryhmähoito. Yksilöhoidon aikana on mahdollista tavata asiakkaan perheenjäseniä. Hoidon kesto ja sisältö suunnitellaan yksilöllisesti. Lääkäripalveluja tarjotaan A-klinikalla asiakassuhteessa oleville. (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009g.)

2.3 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on tutkia, toteutuuko Hämeenlinnan A-klinikkatoimen asiakastyön alkuvaiheessa perheen huomioiminen lastensuojelulain ja päihdehuoltolain mukaisesti.

Tutkimuksen tarkoitus on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Miten asiakkaan perheen huomioiminen toteutuu A-klinikan asiakastyössä päihdehuolto- ja lastensuojelulain mukaisesti lapsen etua korostaen?
- Miten asiakas kokee perheen huomioimisen A-klinikan asiakastyössä?
- Miten perheen huomioimista voitaisiin kehittää A-klinikan asiakastyössä?

3 AIHEESEEN LIITTYVÄT AIEMMAT TUTKIMUKSET

Päihteisiin ja päihdeperheisiin liittyviä projekteja ja tutkimuksia on julkaistu paljon aikojen saatossa. Yksi tärkeimmistä ja suurimmista aiheeseen liittyvistä projekteista Suomessa, on Lasinen lapsuus -toiminta, josta on lyhyt kuvaus opinnäytetyössä.

Toinen aiheeseen liittyvä tutkimus jota tässä opinnäytetyössä käsitellään, on Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa tehty opinnäytetyö. Työn tavoitteena on ollut selvittää Kalliolan settlementin lastensuojelun työntekijöiden näkemyksiä perhetyön hyödyistä päihdeperheille.

3.1 Lasinen lapsuus

Lasinen lapsuus -toiminta on aloitettu vuonna 1986 ja sen tarkoituksena on löytää uusia ja tehokkaita keinoja turvata päihdeperheen lapsille turvallinen elämä. Toiminnassa korostetaan lapsen äänen kuulemistä sekä lapsen avun tarpeen ensisijaisuutta. Toiminta pyrkii rikkomaan ajatusta siitä, että vasta ongelmaksi muodostunut juominen aiheuttaisi lapselle haittoja. Lasinen lapsuus- toiminta nostaa esiin vanhempien päihteidenkäytöstä aiheutuvia ongelmia ja tukee ammattilaisia lasten auttamiseen. Lasinen lapsuus on toimintansa aikana julkaissut ja kääntänyt paljon kirjallisuutta aiheeseen liittyen sekä järjestänyt ammattiauttajille ja -kasvattajille erilaisia koulutuksia. (Lasinen lapsuus n.d.)

Lasinen lapsuus -toiminnassa on ollut mukana A-klinikkasäätiö, Alko, Terveystieteiden edistämisen keskus sekä Helsingin kaupungin päihdeasiaintoimisto. Se on myös toiminut esikuvana ENCARE-verkoston Euroopan laajuiselle toiminnalle, jonka tarkoituksena on auttaa riskiperheiden lapsia. (Lasinen lapsuus n.d.)

Raha-automaattiyhdistys sekä Euroopan komission Daphne-ohjelma ovat rahoittaneet viime vuosina Lasinen lapsuus -toimintaa. Toiminnan suojelijana on tohtori Pentti Arajärvi. (Lasinen lapsuus n.d.)

Lasinen lapsuus -toiminnan osana on tehty laajasti erilaisia aiheeseen liittyviä hankkeita, kuten Varjomaailma -verkkopalvelu. Sivusto on tarkoitettu lapsille ja nuorille, jotka ovat huolissaan läheisen aikuisen päihteidenkäytöstä. Sivustolla on mahdollista käsitellä tunteita, joita vanhempien päihteidenkäyttö ai-

heuttaa sekä jakaa kokemuksia muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien lasten ja nuorten kanssa. Sivustolle on myös listattu paikkoja, joihin lapsi tai nuori voi olla yhteydessä kun vanhempien juominen aiheuttaa huolta. (Varjomaailma 2008.)

3.2 Elämää perheeseen

Perheen kanssa työskentelyn hyötyjä on pyritty selvittämään myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Yksi näistä on opinnäytetyö, joka tehtiin yhteistyönä Kalliolan settlementin kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Kalliolan settlementin lastensuojelun työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitä hyötyjä perhetyöstä on päihdeperheelle. (Furst, Grekelä & Heinipuro 2006.)

Furstin, Grekelän ja Heinipuron opinnäytetyössä todetaan päihdeongelmien lisääntyneen ja että päihdeperheiden auttamiselle ei nykyisessä päihdehuollon palvelujärjestelmässä ole resursseja tarpeeksi. Päihdeongelmat tuovat lisähaasteita myös lastensuojelulle ja nuorisotyölle päihdehuollon lisäksi. (Furst ym. 2006, 1.)

Perinteisesti päihdeongelmien hoidossa keskitytään ainoastaan päihdeongelmaisen hoitoon ja usein perhe jää vähälle huomiolle. Lastensuojelu on toimija joka keskittyy päihdeperheen lapseen, kun päihdehoito keskittyy päihteidenkäyttäjän ongelmiin. Perhe tulisi kuitenkin ottaa huomioon moniammatillisesti sekä yksilönä että perheenä, jotta ongelmien syntyyn ja hoitoon voitaisiin parhaimmalla mahdollisella tavalla vaikuttaa. (Furst ym. 2006, 1.)

Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan perhetyön olevan haastateltavien mielestä tärkeää perheen eheytyksen kannalta. Perhetyön avulla pyritään saamaan perhe itse oivaltamaan, ettei perheessä ole kaikki kunnossa. Perhetyön avulla myös perheen voimavaroja pyritään vahvistamaan. Haastatellut työntekijät kokivat kuitenkin, etteivät resurssipulan takia voineet toteuttaa perhetyötä siinä mittakaavassa, kun sille olisi ollut tarve. (Furst ym. 2006, 27–28.)

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa keskitytään alkoholiin perheen ongelmana. Teoriaosuudessa käsitellään alkoholin ongelmakäyttöä ja ongelmakäytön vaikutuksia perheeseen. Aihetta käsitellään myös sukupolvisuuden näkökulmasta eli esitetään ajatuksia sukupolvisen kierteen katkaisusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tärkeän osan teoreettisesta viitekehystä muodostavat myös lastensuojelulaki sekä päihdehuoltolaki. Teoriaosuudesta on rajattu pois alkoholin fysiologiset vaikutukset ja niiden käsittely, koska ne eivät ole tämän tutkimuksen kannalta oleellisia.

4.1 Alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholin käyttö Suomessa on lisääntynyt koko väestössä ja erityisesti naisten osuus alkoholin kokonaiskulutuksesta on ollut kasvusuuntainen. Sen sijaan nuorten alkoholin käyttö ja humalanhaluinen juominen on vähentynyt 2000-luvulla. Vuonna 2008 tilastoitu alkoholin kulutus oli 8,5 litraa asukasta kohti. Suomalaista juomatapaa on leimannut humalanhakuisuus. Humalan tavoittelu on edelleenkin hyväksyttävää ja yleistä. (Mäkelä & Österberg, 2009.)

Tutkimusten perusteella on alkoholin käytön riskirajoiksi valittu naisille 16 annosta viikossa ja miehille 24 annosta viikossa. Kerta-annoksien riskirajat ovat naisille viisi annosta ja miehille 7 annosta. Päivittäin säännöllisesti käytettynä riskirajana on naisilla kaksi annosta ja miehillä viisi annosta. (Alkoholinkäytön riskirajat miehillä ja naisilla 2010.)

Alkoholi on Suomessa yleisin käytetty päihde. Alkoholilla, kuten muillakin päihteillä, on erilaisia käyttömuotoja. Käyttömuodot on jaoteltu sosiaaliseen käyttöön, kokeiluun, satunnaiskäyttöön, tapakäyttöön, suurkäyttöön sekä riippuvuuskäyttöön. (Saarelainen 2003, 40.)

Suurkäytöstä puhutaan silloin kun alkoholia käytetään runsaasti. Suurkäyttö ei vielä kuitenkaan tarkoita alkoholismia tai riippuvuutta. Suurkäytössä henkilö kykenee vielä lopettamaan juomisen omaehtoisesti sekä säätelemään juomisensa määrää. Suurkäyttö vaatii kuitenkin kasvavaa toleranssia, mikä on yksi alkoholismin kehittymisen riskitekijöistä. Toleranssilla tarkoitetaan korkeaa alkoholin sietokykyä. Suurkäytössä ongelmaksi nousee yleensä humalanhaluinen juominen, joka saattaa johtaa muihinkin sosiaalisiin ongelmiin. Suurkäyttäjillä esiintyy yleensä myös alkoholin aiheuttamia terveydellisiä haittoja. (Saarelainen 2003, 41–42.)

Kun alkoholi kattaa laajan osan henkilön elämästä sen laatua heikentäen, voidaan puhua ongelmakäytöstä. Ongelmakäyttöä kutsutaan myös riippuvuuskäytöksi. Riippuvuuskäytön muotoja ovat myös päihteiden jaksottainen käyttö

sekä sekakäyttö. Päihderiippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat niin perimä kuin ympäristötekijätkin. (Saarelainen 2003, 42, 44; Aarninsalo & Karvonen 2003, 100.)

4.2 Naisten alkoholin ongelmakäyttö

Naisten ja tyttöjen alkoholinkäyttö on muuttunut voimakkaasti yhteiskunnan tasa-arvoistumisen myötä. Raittiiden naisten osuus on vähentynyt, kun taas tyttöjen ja naisten alkoholinkäyttö on moninkertaistunut. (Kujasalo & Nykänen 2005, 19.)

Päihderiippuvuuden alkutaipaleella nainen saattaa kokea olevansa riittämätön ja kelpaamaton. Luonteenomainen piirre haavoittuneessa naiseudessa liittyy tunteiden tunnistamisen ja tuntemisen vaikeuteen. Voi olla, että nainen ei kykene tuntemaan vihan, surun tai pettymyksen tunteita. Myös ilon ja onnen tunteet voivat olla vaikeita sietää. Kuitenkin samaan aikaan nainen voi olla vihainen kaikesta ja kaikille. (Hiltunen, Kujala & Mattila 2005, 37,39.)

Tarpeettomuuden tunteen vuoksi nainen pyrkii todistamaan jatkuvasti tarpeellisuuttaan sekä itselleen että muille (Hiltunen ym. 2005, 43). Vaarana on että nainen lakkaa välittämästä itsestään ja muista, jonka tuloksena alkoholi saattaa vallata elämän (Kirkpatrick 2000, 29). Kun itsensä tuntee riittämättömäksi, alkoholi voi olla oiva keino poistaa tämä tunne. Keino tuo ylpeyden tunnetta ja hyvää oloa, vaikka tosiasiallisesti onkin haitaksi. Yksi päihderiippuvuuden ominaispiirteistä onkin se, että päihteitä käytetään vahvistamaan omaa suuruuden tunnetta ja tuomaan itselle arvoa. (Hiltunen ym. 2005, 55.)

Naisten päihdeongelmaan liittyy usein häpeää, mikä vaikeuttaa hoitoon haakeutumista. Kohtaamisessa tärkeää on ongelman puheeksi ottaminen. Tilanteen tulee olla mahdollisimman rauhallinen ja neutraali. Puheeksiotossa on vältettävä vihjailua ja kiertelyä, koska päihdeongelmainen saattaa kokea itsensä ja päihteidenkäyttönsä uhatuksi. Reilua on puhua suoraan. Jos tilanne muuttuu valtataisteluksi ja väittelyksi siitä, mikä on normaalia, ei puheeksiotto saavuta tarkoitustaan. Valtataistelun seurauksena päihdeongelmainen ei välttämättä suostu käsittelemään asiaa ollenkaan. (Kujasalo & Nykänen 2005, 112,117–118.)

Juomisen syistä on hyvä keskustella vasta hoitosuhteen alettua, koska usein päihdeongelmainen keksii useita syitä juomiselleen ja samalla saattaa siirtää vastuun oman ongelmansa hoitamisesta toisaalle. Ei ole yhtä oikeaa tapaa kohdata päihdeongelmaista ja ottaa puheeksi huolta. Tärkeää on ilmaista oma huoli tilanteesta, kun taas syyllistäminen ja syyttely eivät vie asioita eteenpäin. On myös tärkeää, ettei alkoholiongelman aiheuttamaan tilanteeseen pyritä sopeutumaan ja hyväksymään sitä, vaan pyritään hakemaan tietoa päihderiippuvuuden luonteesta ja sitä kautta löytämään sopiva tapa toimia. (Kujasalo & Nykänen 2005, 118–119.)

On tiedostettava alkoholi-ongelman luonne sairautena, joka saa ihmisen toimimaan tavalla joka saattaa olla moraalisesti arveluttava. Päihdeongelmaista autetaan näkemään oma päihdesairautensa, joka on hoidettavissa. Päihdeongelmaista ei pyritä vapauttamaan vastuusta, vaan vastuuttamaan oman sairautensa hoidosta. Joskus läheiset saattavat toimillaan jopa mahdollistaa käytön jatkumisen, koska päihdeongelmainen ei joudu ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan ja kohtaamaan käytön aiheuttamia ongelmia. Läheiset saattavat toiminnallaan tarkoittaa hyvää, mutta todellisuudessa vain suojautuvat tilanteen tuottamalta häpeältä ja estävät muutoksen mahdollisuuden. (Kujasalo & Nykänen 2005, 119–120.)

4.3 Alkoholi perheen ongelmana

Alkoholi-ongelman syventyessä perhe alkaa elää päihteen ehdoilla. Lasten ja aikuisten roolit sekoittuvat alkoholin ohjatessa elämää. Rutiinit ja roolit saattavat heiketä tai hävitä jopa kokonaan. Vastuu yleisestä asioiden hoidosta voi siirtyä toiselle vanhemmista tai lapsille. Alkoholin tullessa yhä tärkeämmäksi osaksi yhden perheenjäsenen elämää, muut perheenjäsenet saattavat kokea jäävänsä toiselle sijalle. Perheen ilmapiiri muuttuu mustasukkaiseksi sisältäen häpeän ja katkeruuden tunteita, jotka syrjäyttävät avoimen ja kannustavan ilmapiiriin. Pikkuhiljaa aletaan sopeutumaan arkeen, johon alkoholi kuuluu normaalina osana. Hankalat tilanteet, miellyttäminen, selittelyt ja ongelmien kieltäminen muuttuvat osaksi perheen arkea ja elämää. Alkoholi-ongelmaisen lisäksi myös muut perheenjäsenet ahdistuvat ja alkavat elämään varoen, välttäen ikäviä tilanteita ja niistä puhumista. (Kujasalo & Nykänen 2005, 60–62.)

Kun toinen vanhempi juo, toisen vanhemman huomio saattaa keskittyä juovaan vanhempaan vaikka huomion tulisi kiinnittyä rakkautta tarvitsevaan lapseen. Lapsen riski tulla fyysisesti, psyykkisesti ja seksuaalisesti kaltoin kohdelluksi on suurempi kuin muissa perheissä. Väkivallan kohdistuminen suoraan lapseen ei vahingoita vain fyysisesti, vaan myös psyykkisesti. Seurauksena lapsi voi oppia turruttamaan tunteensa. Toisaalta alkoholin aiheuttama kontrollin menetys voi purkautua vanhempien keskinäisenä väkivaltana, mikä myös vaikuttaa hyvin traumaattisesti lapseen. (Kujasalo & Nykänen 2005, 63–65.)

Myös riski ongelmien siirtymisestä sukupolvelta toiselle on suuri. Lapsen kehityksen ja hyvinvoinnin kannalta riskit ovat suuremmat jos molemmat vanhemmat juovat. Voi kulua pitkiäkin aikoja, etteivät perheen läheiset huomaa olemassa olevia ongelmia, koska perhe pyrkii pitämään yllä kulliseja ja salaamaan läheisiltä todellisen tilanteensa häpeän vuoksi. Perheen kanssakäyminen alkaa valikoitua alkoholin ehdoilla. Perheen ja muun maailman välille muodostuu näkymätön muuri. (Kujasalo & Nykänen 2005, 63–65.)

Jos lapsi ei anna merkkejä hädästä käytöksellään, avun tarvetta on vaikea tiedostaa. Mutta jos lapsi oireilee ulospäin, reagoiminen lapsen ja perheen tilanteeseen voi olla helpompaa. Oireilu toimii ikään kuin avunpyyntönä. Lapsilla on monenlaisia keinoja perheen päihdeongelmasta selviytymiseen. Toiset lapset piilottavat tunteet sisälleen sopeutuen tilanteeseen, toiset lapset reagoivat helpommin ulospäin. Sopeutumisen aiheuttamalla riittämättömyyden, avuttomuuden, pettymyksen ja tarpeettomuuden tunteilla saattaa olla vaikutusta nuoruuden ja aikuisuuden tunne-elämän vaikeuksiin. Lapsi voi käyttäytyä aggressiivisesti, välinpitämättömästi tai vetäytyä ja eristäytyä. Tämä kaikki on epäsosiaalista käyttäytymistä, jolla on vaikutuksensa esimerkiksi koulun käyntiin ja muuhun elämään. (Kujasalo & Nykänen 2005, 66–67.)

Lapset jotka eivät anna käytöksellään merkkejä avuntarpeesta, saattavat pärjätä jopa hyvin koulussa. Avun tarvitsijan ja avun tarjoavan polut eivät tällöin välttämättä kohtaa. Lapsi saatetaan sivuuttaa tilanteissa, joissa vanhemmalle ollaan järjestämässä päihdehoitoa. Voidaan jopa ajatella, että lapsi olemassaolollaan parantaisi vanhemman ongelman. Tällöin kuitenkin huomaamatta asetetaan vastuu ongelmasta lapselle. (Kujasalo & Nykänen 2005, 68–69.)

Perheen tilanteeseen puuttumista vaikeuttaa se, että kulttuuriimme sisältyy ajatus siitä, ettei toisten asioihin ole soveliasta puuttua. Kuitenkin ensimmäiset merkit perheen sisäisestä päihdeongelmasta ovat useimmiten vain jäävuoren huippu, ongelmat saattavat todellisuudessa olla syvällä ja hyvin todellisia. Vastuuta ongelmien hoidosta ei tulisi jättää lapselle, vaan on tärkeää että ongelmat tunnustetaan eikä niitä vähätellä. Lastensuojelulaki velvoittaa lasten ja lapsiperheiden kanssa työskenteleviä varhaiseen puuttumiseen. Lapsen hädän huomaamisen ja varhaisen puuttumisen esteenä eivät saa olla esimerkiksi vaihtolomääräykset. (Kujasalo & Nykänen 2005, 69–70.)

4.3.1 Sukupolvinen näkökulma

Lapsuuden kokemukset ja tunteet säilyvät ihmisessä jälkinä, joita kaikkia ei välttämättä voi aktiivisesti muistaa. Jäljet voivat kuitenkin vaikuttaa hyvinvointiin vielä aikuisuudessakin voimakkaasti. Eri sukupolvet muodostavat ketjun, jossa vanhemman sukupolven tehtävänä on vastata nuoremman sukupolven tarpeisiin. Jos sukupolvien ketju on haavoittunut, lapsi ei saa vanhemmalta sitä mitä odottaa. (Mattila 2003, 9.)

Jos aikuinen ei päihdeongelman takia pysty huolehtimaan lapsesta kuten vanhemman kuuluu, lapselle saattaa jäädä vanhemman rooli ja vastuu perheestä. Jos lapsesta eivät ole huolehtimassa turvalliset aikuiset, voi hän tuntea turvattomuutta. Hyvän itsetunnon muodostumiseksi lapsen täytyy saada näyttää kokemansa tunteet ja kokea tulevansa hyväksytyksi. Hyvän itsetunnon muodostumiseen lapsi tarvitsee vanhempaansa ikään kuin peiliksi. Vuorovaikutuksen kautta lapsi voi uskoa olevansa arvokas. Hyvässä vuorovaikutuksessa lapsen ei tarvitse ansaita hyväksyntää, vaan se on itseisarvo. (Mattila 2003, 10.)

Vahingoittuneessa vuorovaikutuksessa lapsi kokee, että hänen on ansaittava rakkaus itseään kohtaan. Lapsi voi myös oppia tunteiden kieltämisen, jos vanhemmat eivät kestä lapsen tunteita. Vanhemmat eivät näe lasta kokonaan eikä lapsi toisaalta näytä itsestään kaikkea, jos vuorovaikutus ei sitä salli. Lapsen elämään muodostuu aukko, jota hän pyrkii täyttämään eri tavoin. Tulevaisuudessa myöskään hänen lapsensa ei saa tarvita vanhempaansa. Tämä uusi aikuinen ei usko rakkautensa olevan merkityksellistä kenellekään. Tämän vuoksi hänen voi olla vaikea ymmärtää oman lapsen rakastamisen tärkeyttä. Uusi lapsi kokee jälleen, ettei ole rakkauden arvoinen ja kokee vian olevan hänessä itsessään. (Mattila 2003, 11–12.)

Vanhempi on kyvytön vastaamaan lapsen tarvitsevuuteen ja toisaalta vanhempi saattaa odottaa lapseltaan oman tarvitsevuutensa täyttämistä. Jos elämä lipuu näin eteenpäin, haavoittunut ketju ei pääse katkeamaan. Haavoittuneesta sukupolvien ketjusta on kuitenkin mahdollista päästä ulos. Haavoittuneen ketjun eheytyminen alkaa elämän epätäydellisyyden hyväksymisestä. Ketju alkaa katketa, kun vanhempi hyväksyy ja alkaa surra sitä että on itse jäänyt vaille sellaista rakkautta, jonka olisi tarvinnut ja ansainnut. Suremisen lisäksi on hyväksyttävä kohtalonsa. Vasta elämän epätäydellisyyden ymmärtämisen jälkeen on mahdollista antaa anteeksi menneisyydelle. Jotta voi rakastaa lastaan hyväksyvästi, on ensin voitava antaa anteeksi. (Mattila 2003, 12–13.)

4.3.2 Perheen selviytyminen päihdeongelmasta

Perhettä ja päihdeongelmaista vanhempaa autettaessa on muistettava lapsen auttamisen tärkeys. Lasta ei ole mahdollista auttaa auttamalla ainoastaan vanhempia. Lapsen paha olo ei aina ole näkyvää ja päihdeperheessä elämisestä lapselle aiheutuneet vahingot eivät korjaudu pelkästään vanhempien tilanteen korjaamisella. Erilaiset suojaavat tekijät auttavat lasta selviytymään. Suojaavat tekijät voivat olla apuna esimerkiksi sukupolvisen päihteidenkäytön ketjun katkaisussa. (Holmberg 2003, 37–38.)

Suojaavat tekijät voivat olla ulkopuolelta, ympäristöstä tulevia tai lapsesta itsestään lähteviä. Yksi tärkeä ympäristöstä tuleva suojaava tekijä on turvallinen kiintymyssuhde vähintään yhteen turvalliseen ja hoitavaan aikuiseen. Suojaavia tekijöitä voivat olla myös rajat ja säännöt kotona, ystävyysuhteet, harrastukset ja mahdollisuudet korvaaviin ihmissuhteisiin. Lapsesta itsestään lähtöisin olevat suojaavat tekijät vaikuttavat usein lapsen parempaan itsetuntoon ja minäkäsitykseen. Nämä tekijät voivat olla esimerkiksi persoonallisuuden liittyviä piirteitä kuten sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot. Auttaminen voi tapahtua terapian lisäksi myös esimerkiksi kotona. Suojaavia tekijöitä, ympäristöstä lähtöisin olevia sekä lapsesta itsestään lähteviä, voidaan aina lisätä. Itsetunnon tukemisella ja uusien selviytymiskeinojen löytämisellä voidaan vaikuttaa lapsen hyvinvointiin. (Holmberg 2003, 38.)

Lapsen selviytyminen vanhempien päihdeongelmasta riippuu perheen toimivuudesta, ympäristön tarjoamasta tuesta sekä lapsen omasta toiminnasta ja ominaisuuksista. Aikuiset eivät välttämättä huomaa tai osaa tukea lapsen selviytymistä. Lapsi saatetaan nähdä ainoastaan avuttomana uhrina, jolloin hänen voimavarojaan ja selviytymismallejaan ei tunnisteta. Lapsen käytös saatetaan tulkita epäsosiaaliseksi vaikka kyse olisikin lapsen kehittämästä selviytymismallista. (Itäpuisto 2008, 101–102.)

Päihdeongelmaisten läheisten selviytymisstrategiat voidaan jakaa kolmeen osaan. Selviytymisstrategioita ovat epäaktiiviset ja sietävät, osallistuvat sekä vetäytyvät selviytymismallit. Epäaktiivisissa ja sietävissä selviytymiskeinoissa toiminta on passiivista ja näkyy esimerkiksi juojan tukemisena. Läheinen voi esimerkiksi ottaa syyn juojan tekemisistä niskoilleen ja teeskennellä että kaikki on hyvin. Lapset käyttävät paljon epäaktiivisia ja sietäviä selviytymiskeinoja. Lapsi saattaa ottaa syyn juovan vanhemman teoista itselleen, jonka avulla hän pyrkii ylläpitämään sopua perheessä. (Itäpuisto 2008, 102–103.)

Alkoholinkäytön rajoittaminen tai sen vastustaminen on osallistuva selviytymiskeino. Tällöin läheinen pyrkii aktiivisesti rajoittamaan päihdeongelmaisen päihteidenkäyttöä tai lieventämään juojan humaltumista. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi pullojen piilottamisella, mikä on keino jota lapset käyttävät usein. Lapsi pystyy harvoin luomaan vanhemmalleen sääntöjä juomisen suhteen asemansa vuoksi. Siksi osallistuvat selviytymisstrategiat kasvavat vasta lapsen vanhetessa. (Itäpuisto 2008, 104.)

Vetäytyviin selviytymiskeinoihin kuuluu se, että henkilö etäännyttää itseään kaikin tavoin juomisesta. Tämä on usein lapsille ainoa vaihtoehto. Käytännössä tämä saattaa tarkoittaa kotoa pois lähtemistä tai haaveilua paremmista oloista. Selviytymiskeinoja saattaa olla runsaasti, mikäli lapsi on elänyt vaikeissa oloissa. (Itäpuisto 2008, 104–105.)

4.3.3 Lapsen huomioon ottaminen päihdepalveluissa

Päihdepalvelut ovat Suomessa hyvin yksilökeskeisiä. Tämä näkyy esimerkiksi siten, että ainoastaan päihteitä käyttävällä yksilöllä ajatellaan olevan ongelma. Tällöin lapset ja muut läheiset jäävät ilman apua. Lastensuojelu ja päihdetyö ovat suuria toimijoita omine tavoitteineen. Lastensuojelun tavoitteena on lapsen suojelu ja perheen säilyttäminen kun taas päihdehoidossa pyritään asiakkaan päihteettömyyteen. Tavoitteiden yhdistäminen aiheuttaa usein ristiriitaitilanteita, esimerkiksi päihdetyössä ei välttämättä haluta olla yhteistyössä lastensuojelun kanssa, koska saatetaan pelätä asiakkaan luottamuksen menettämistä. Päihdetyön yksilökeskeisen luonteen vuoksi lapsen näkökulman ymmärtäminen voi olla päihdetyöntekijälle hankalaa. (Itäpuisto 2008, 77.)

Lastensuojelulain mukaan lapset tulee ottaa huomioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Koska päihdepalveluihin ohjautuu asiakkaita monelta eri suunnalta, ei perhe saa vielä välttämättä tarvitsemaansa apua. Päihdepalvelu saattaa olla ainut paikka jossa avuntarve voi tulla esille. Ensimmäisillä kerroilla asiakasta tavattaessa tulee selvittää onko asiakkaalla lapsia ja kuinka he voivat. Asiakassuhteen jatkuessa tulee lastenkin tilanteeseen paneutua paremmin. Lapsesta keskustelu saattaa aiheuttaa syyllisyyden tunteita mutta toisaalta lapset ovat monille päihdeongelmallisillekin suuri ylpeyden aihe, joka voi tuoda keskusteluun myös positiivisen sävyn. (Itäpuisto 2008, 93–94.)

Lasten tilannetta päihdepalveluissa voidaan parantaa monin eri tavoin, kuten vanhemmuuden taitojen opettamisella, jolloin vanhemmuutta yritetään tukea ja muuttaa lapsen kannalta paremmaksi. Myös puolisoitten mukaan ottaminen päihdehoitoon on todettu lasten kannalta hyväksi vaihtoehdoksi. Itäpuiston näkemyksen mukaan perheenjäsenten ja lasten tulisi olla itseoikeutettuja avun saajia. Palvelujen välinen keskinäinen yhteistyö on tärkeää koska alkoholiongelmaisten vanhempien lapsilla voi olla monenlaisia ongelmia. Itäpuiston mielestä keskeisintä on päihdepalvelujen yhteistyö muiden toimijoiden kanssa jotta lapsi ei unohtuisi. (Itäpuisto 2008, 94–95.)

4.4 Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolain 7§:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihdeongelmista kärsivän lisäksi myös hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (Päihdehuoltolaki 7§.) Päihdehuollon keskeisiin periaatteisiin kuuluu päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä edun huomioiminen toiminnassa. (Päihdehuoltolaki 8§).

Päihdehuoltolaki velvoittaa päihdehuollon alalla toimivia tahoja olemaan keskenään yhteistyössä, näillä tahoilla tarkoitetaan erilaisia viranomaisia ja yhteisöjä. Päihdehuoltolain mukaan erityistä huomiota tulee kiinnittää esimerkiksi päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. (Päihdehuoltolaki 9§.)

4.5 Päihde- ja mielenterveystyön strategia

Mieli 2009 -työryhmän ehdotusten mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3) pohjalta on Hämeenlinnan seudulle laadittu Mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma vuosille 2010–2015 vahvistamaan Hattulan, Janakkalan ja Hämeenlinnan päihde- ja mielenterveystyön osaamista. Seudullisessa mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelmassa nimetään päihde- ja mielenterveystyön arvopohjaksi ammatillisuus, asiakaslähtöisyys ja yhteisöllisyys. Toimintaohjelman arvopohjan mukaan asiakaslähtöisyyden toteutuessa asiakas kokee tulleensa kuulluksi omien asioidensa suhteen. Asiakaslähtöisyyden periaatteen mukaan myös perheenjäsenet ja muut läheiset otetaan huomioon palveluissa.

Asiakaslähtöisyydestä viestii myös se että palvelut suunnitellaan asiakkaalle saumattomiksi ja joustaviksi. (Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015, 5-6.)

Toimintaohjelman lähtökohtana on ajatus siitä, että päihde- ja mielenterveys-työ kuuluu kaikille, palvelujen käyttäjien lisäksi myös heidän läheisilleen ja muille päihde- ja mielenterveystyön ammattilaisille. (Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015, 5.)

Myös seudullisessa mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelmassa painotetaan lasten ja nuorten kasvuyhteisöjen tukemista, jolloin avun tarve tulee korottaa kokonaisvaltaisesti ottamalla myös läheiset asiakasprosessin aikana huomioon (Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015, 9-10).

Toimintaohjelman mukaan päihde- ja mielenterveystyö pohjautuu ammatillisuudesta, asiakaslähtöisyydestä ja yhteisöllisyydestä kumpuaviin arvoihin. Asiakaslähtöisyyden periaatteen mukaan perheenjäsenet ja muut läheiset otetaan huomioon palveluissa, asiakkaalle jää kokemus kuulluksi tulemisesta ja palvelujen joustavuudesta. (Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015, 6.)

4.6 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulain (2007) tarkoituksena on taata lapsen tasapainoinen ja monipuolinen kehitys sekä turvata lapsen oikeus erityiseen suojeluun ja turvalliseen kasvuympäristöön (LSL 1§). Vastuu lapsen hyvinvoinnista on ensisijaisesti lapsen vanhemmilla tai huoltajilla, mutta myös viranomaisilla jotka toimivat perheen kanssa on velvollisuus tukea vanhempia ja huoltajia kasvatuksessa sekä tarjota perheelle tarvittavaa apua. Tarvittaessa viranomaisten on ohjattava lapsi tai perhe lastensuojelun piiriin. (LSL 2§.)

Lastensuojelulakiin on kirjattu lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa, joihin A-klinikka päihdehuoltopalveluna kuuluu. Lastensuojelulaki velvoittaa päihdehuoltopalveluja selvittämään lapsen hoidon ja tuen tarvetta sekä turvaamaan riittävän hoidon ja tuen lapselle, kun vanhemman tai huoltajan kyky huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta on heikentynyt. (LSL 10§.)

Päihdehuoltopalvelujen työntekijällä on velvollisuus salassapitosäännöksistä huolimatta ilmoittaa viipymättä kunnan sosiaalihuoltoon, jos hän virassaan saa tietää lapsesta jonka kehitys tai hoidon sekä huolenpidon tarve edellyttävät lastensuojelutarpeen selvittämistä (LSL 25§).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia asiakkaaksi tulovaiheessa tapahtuvaa perheen kokonaistilanteen huomioimista. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia kuinka Hämeenlinnan A-klinikkatoimen asiakastyössä otetaan huomioon asiakkaan perhe. Tavoitteena on myös tuoda opinnäytetyön avulla hyödyllistä tietoa Hämeenlinnan A-klinikkatoimelle kyseisestä asiakkuuden vaiheesta. Tutkimustulosten avulla pyritään tuomaan esiin perheen ja lapsen edun huomioimisen tärkeys.

Tarkoituksena on kuulla asiakkaan ja työntekijän käsityksiä siitä, kuinka työskentelyssä huomioidaan asiakkaan lähiverkoston ja tehdäänkö asiakkuuden alkuvaiheessa riittävää palveluohjausta. Tarkoituksena ei ole kuitenkaan arvioida asiakkaaksi tulovaihetta sinällään.

Tutkimuksen tärkein näkökulma on perheenjäsenten ja erityisesti lasten huomioimisen tärkeys. Näkökulma perustuu päihdehuoltolain ja lastensuojelulain näkemykseen siitä, että päihdeongelma vaikuttaa aina koko perheeseen. Myös seudullisen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelman näkemykset ovat vaikuttaneet opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön punaisena lankana kulkee lastensuojelun sekä päihdehuoltolain viitekehys. Tutkimuskohteeksi on rajattu naiset eli tarkoituksena on saada tutkimuksen aineisto 18–45-vuotiailta naisasiakkailta, joilla on alaikäisiä lapsia.

Tutkimus toteutettiin Hämeenlinnan A-klinikkatoimessa. Varsinainen tutkimuksen toteutus alkoi syyskuussa 2011, mutta yhteistyö opinnäytetyön puitteissa oli alkanut jo aikaisemmin. Haastattelut ja kyselyt saatiin toteutettua helmikuussa 2012. Työntekijöiden haastattelurunko on nähtävissä tämän opinnäytetyön lopussa liitteessä 5. Asiakkaiden kyselylomake on nähtävissä liitteessä 4.

Kohderyhmänä tutkimuksessa ovat Hämeenlinnan A-klinikan naispuoliset asiakkaat, joilla on alaikäisiä lapsia. Asiakkaille välitettiin työntekijöiden kautta kyselylomakkeet sekä infokirje (Liite 1) ja suostumuslupa (Liite 2). Kyselylomakkeita jaettiin 30 asiakkaalle. A-klinikan työntekijät valitsivat asiakkaat omasta asiakaskunnastaan. Asiakkaiden määrä määräytyi sen perusteella, mitä työntekijät arvelivat naisasiakkaita olevan.

Naisasiakkailta oli takanaan eripituisia asiakkuuksia, toisaalta myös tutkijoiden puolelta oli edellytyksenä että asiakkuutta olisi jonkun verran takana. Kyselylomakkeen palauttamiseen annettiin aikaa kolme viikkoa. Tämän jälkeen kohderyhmään kuuluville naisasiakkaille välitettiin edelleen työntekijöiden kautta muistutuskirje ja tieto siitä, että palautusaikaa oli pidennetty vielä viikolla. Kaiken kaikkiaan palautusaikaa oli neljä viikkoa.

Kyselylomakkeet palautettiin Hämeenlinnan A-klinikalla sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Eettisestä näkökulmasta anonyymiyden periaate toteutui, kun vastaaja sai palauttaa kyselylomakkeen henkilökohtaisesti palautuslaatikkoon. Palautuslaatikon tarkempaa paikkaa mietittäessä otettiin huomioon se, että asiakkaalla säilyisi mahdollisuus palauttaa kysely anonyymisti. Palautuslaatikon paikan haluttiin olevan mahdollisimman neutraali, eikä esimerkiksi työntekijän huoneessa.

Tavoitteena oli kerätä vähintään 10/30 kyselylomaketta, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Kyselyitä palautui kuusi, joten tavoitteeseen ei aivan päästy. Pieni vastausprosentti oli kuitenkin odotettavissa, joten mahdollisimman laajan ja luotettavan aineiston saamiseksi haluttiin haastatella myös työntekijöitä.

Työntekijöiden haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna ryhmähaastatteluna. Haastateltavat valittiin A-klinikan toimesta. Haastatteluun osallistui kolme A-klinikan työntekijää. Haastateltavat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, osalla oli erikoissairaanhoidon koulutus. Aikaa ryhmähaastattelulle oli varattu 45 minuuttia.

5.1 Kohderyhmä

Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on, että tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotosta käyttäen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 155). Koska opinnäytetyö painottuu tutkimaan asiakkaaksi tulovaihetta, on kohderyhmää rajattu myös siten, että haastateltavilla olisi jo asiakkuutta jonkin verran takana eikä asiakkuus ollut esimerkiksi juuri alkamassa.

Kohderyhmää on rajattu sukupuolen lisäksi iän perusteella. Kohderyhmän ikärajaus on 18–45 -vuotiaat, koska tässä ikäryhmässä oletettiin todennäköisimmin olevan naisia, joilla on alaikäisiä lapsia. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat naiset siitä syystä, että vähemmistö kaikista päihdeasiakkaista on naisia ja päihdeongelmaisista naisista on myös tutkittu vähemmän. Rajaus naisasiakkaisiin perustuu myös päihdeongelmaisten naisten kohtaamisen erityisyyteen.

Toinen tutkimuksen kohderyhmä on ollut A-klinikan työntekijät. Haastateltavia työntekijöitä oli kolme. Haastateltavina oli erikoissairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä sairaanhoitaja (AMK). Haastateltavat valittiin A-klinikan toimesta.

5.2 Aineiston keruu

Yleisimpiä tiedonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää erikseen ja yhdessä eri tavoin yhdisteltynä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.) Laadullisessa tutkimuksessa suositaan käytettävän tiedonkeruumenetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille (Hirsjärvi ym. 2003, 155). Tutkimuksen aineisto kerättiin asiakkailta kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa oli sekä avoimia että monivalintakysymyksiä vaihtoehtoinen. Kyselylomake jaettiin työntekijöiden välityksellä 30 A-klinikan naisasiakkaalle.

Kyselylomaketta käytettäessä aineiston keruumenetelmänä, tuli ottaa huomioon se, että kaikki kyselylomakkeet eivät välttämättä palautu takaisin tutkijalle. Kyselyyn osallistujien suureholla määrällä pyrittiinkin varmistamaan se, että tutkimusaineistoa saataisiin tarpeeksi. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi sekä näkökulmien laajentamiseksi haastateltiin vielä A-klinikan työntekijöitä puolistrukturoidun ryhmähaastattelun keinoin.

5.2.1 Kyselylomake

Kysely eroaa haastattelusta tiedonkeruumenetelmänä siten, että tiedonantajat itse täyttävät kyselylomakkeen joko valvotusti tai kotonaan. Tutkimuksessa päädyttiin kyselylomakkeen käyttöön sen vuoksi, ettei mahdollisuutta haastatteluun ollut. Tutkimuksen aihe saattaa olla arka ja vaikea, jonka takia kyselylomake nähtiin haastattelua parempana vaihtoehtona. Tutkimukseen osallistessaan asiakkaalla on tällöin mahdollisuus jäädä anonyymiksi. Kyselyn käytön perusteluna oli myös se, että tutkimusjoukkona oli suurehko yhtäläinen ryhmä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76.)

Kysely on haastava tiedonkeruumenetelmä, ja sitä käytettäessä on otettava huomioon monia erilaisia asioita. Kyselylomaketta käytettäessä vastaamattomuus saattaa nousta ongelmaksi. Jos kyselylomake sisältää avoimia kysymyksiä, voi niiden vastaukset jäädä niukoiksi tai tulkinnanvaraisiksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa vastaamattomuus ei kuitenkaan välttämättä koidu kohtaloksi yleistettävyyden kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76.)

5.2.2 Haastattelu

Toinen tutkimuksessa käytetty tiedonkeruumenetelmä on haastattelu. Kyseessä oli puolistrukturoitu ryhmähaastattelu. Haastatteluun päädyttiin sen joustavuuden takia. Haastattelua käytettäessä haastattelijoilla on mahdollisuus toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, pyytää selvennyksiä vastauksiin sekä käydä keskustelua haastateltavien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76.)

Puolistrukturoidussa haastattelussa eli teemahaastattelussa edetään tiettyjen ennalta valittujen teemojen mukaan. Teemojen tulee perustua tutkimuksen viitekehykseen, jotta tutkimustehtävän mukaisten merkityksellisten vastausten löytäminen on mahdollista. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten tulkinnat asioista sekä heidän asioilleen antamat merkitykset. Teemahaastattelun luonne voi vaihdella lähes avoimen haastattelun kaltaisesta enemmän strukturoidusti etenevään haastatteluun. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.)

5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, sillä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tietyssä tapahtumassa mukana olleiden toimijoiden merkitysrakenteista sekä asiakkaiden subjektiivisista kokemuksista (Metsämurtonen 2000, 14).

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä se, että aineisto kootaan luonnollisissa, eikä esimerkiksi kokeellisesti järjestetyissä tilanteissa. Tiedonhankinta on luonteeltaan kokonaisvaltaista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään jo olemassa olevien väittämien sijaan paljastamaan odottamattomiakin tosiasioita. Tämän vuoksi tutkija ei määrää sitä mikä on tärkeää, vaan sen määrittelevät tutkimukseen osallistujat. (Hirsjärvi ym. 2003, 152, 155.)

Aineiston analyysi on yksi tutkimuksen tärkeimpiä vaiheita, sillä sen avulla päästään käsillä oleviin tuloksiin ja saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2003, 207). Ennen varsinaista analysointivaihetta haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Litteroinnin tarkoitus on saada aineisto helpommin käsiteltävään muotoon. Tutkimuksen analysointimenetelmäksi valittiin teemoittelu, sillä sen avulla saatiin nostettua esille keskeisimmät sisällöt aineistosta.

Teemoittelu on yksi laadullisen tutkimuksen perusmenetelmistä. Teemoittelussa on tarkoituksena hahmottaa keskeisiä aihepiirejä eli teemoja tutkimusaineistosta. Teemoja voivat olla esimerkiksi aineistossa useasti toistuvat aiheet. Teemoittelu alkaa teemojen muodostamisesta sekä ryhmittelystä ja jatkuu teemojen yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. (Jyväskylän yliopisto n.d.)

Teemoja voidaan muodostaa aineistolähtöisesti, jolloin aineistosta etsitään yhteneväisyyksiä, tai teorialähtöisesti eli teemojen muodostaminen ohjautuu jonkin teorian mukaisesti. Teemoittelu sopii hyvin teemahaastattelun analysoimiseksi, sillä teemat löytyvät yleensä jo valmiiksi haastatteluista. Joskus aineistosta voi kuitenkin löytyä uusiakin teemoja, joten tutkijan on hyvä suhtautua aineistoonsa ennakkoluulottomasti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Aineiston teemoittelu aloitettiin haastattelussa useasti nousseiden teemojen mukaan. Teemoiksi nousivat yksilökeskeisyys, yhteistyö, lapsen etu, puolisoiden huomiointi, osaaminen ja erityisosaaminen sekä päihdehuoltolaki. Teemojen löytymisen jälkeen aloitettiin ryhmittely siten, että aineistosta seloitettiin teemojen avulla sellaisia tekstikohtia, joissa kerrotaan kyseisistä asioista. Nämä tekstikatkelmat poimittiin aineistosta kopioimalla ja liittämällä ne teeman alle. Sama tekstikatkelma saattoi olla useammankin teeman alla. Lopuksi aineisto pelkistettiin, sitä tarkasteltiin suhteessa tutkimustehtävään ja -kysymyksiin sekä tehtiin yhteenveto aineistosta tuloksia varten.

5.4 Triangulaatio

Opinnäytetyön aineisto koostui kahdesta aineistosta, asiakkailta ja työntekijöiltä kerätystä. Tässä opinnäytetyössä on siten hyödynnetty aineistotriangulaatiota. Triangulaation käyttöä voidaan perustella sillä, että yhdellä tutkimusmenetelmällä ei saada tarpeeksi kattavaa aineistoa tutkimusta varten. Tällä tavoin useampaa tutkimusmenetelmää käyttäen pyritään parantamaan tutkimuksen luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä on myös hyödynnetty menetelmätriangulaatiota eli tutkimusaineiston keruussa käytettiin useampaa tiedonkeruumenetelmää, kyselylomaketta ja haastattelua. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset on jaettu kahteen osaan. Ensimmäinen osa käsittelee työntekijöiden näkemyksiä perheen huomioonottamisesta Hämeenlinnan A-klinikalla. Toisessa osassa kerrotaan asiakkaille välitettyjen kyselylomakkeiden avulla saadut vastaukset.

6.1 Työntekijöiden kokemuksia perheen huomioonottamisesta A-klinikkatyössä

Työntekijöille suunnatulla haastattelulla tarkoituksena oli saada vastauksia tutkimuskysymyksiin, joista ensimmäinen käsitteli sitä, miten A-klinikan asiakastyössä toteutuu asiakkaan perheen huomioiminen lastensuojelu- ja päihdehuoltolain mukaisesti lapsen etua korostaen. Toinen kysymys, mihin haastattelulla haettiin vastausta, oli kuinka perheen huomioimista voitaisiin A-klinikkatyössä kehittää.

Haastattelussa nousi esiin tiettyjä teemoja. Teemat käsittelivät yhteistyötä, yksilökeskeisyyttä, lapsen etua, puolisoiden huomiointia, osaamista ja erityisosaamista sekä päihdehuoltolakia. Analysoinnin kautta teemat saivat sisällön.

6.1.1 Yhteistyö

Yhteistyö on A-klinikalla perheiden kanssa tehtävän työn pohja. Haastattelussa nousi vahvasti esiin se, että A-klinikka tekee yhteistyötä perheneuvolan, lastensuojelun ja perhetyöntekijöiden kanssa. A-klinikan työntekijät eivät tee suoraan töitä lasten kanssa, vaan lapsen huomiointi toteutuu eri tahojen kanssa tehtävässä yhteistyössä.

Mut että, enempikin on mun mielestä hyödyllistä se että jotenki nimenomaan näitä yhteistyökumppaneita käytetään sitten näitten lasten kohalla. Et esimerkiksi justinsa vaikka perheneuvolaa...

Haastateltavat kertoivat asiakkaiden kokevan usein häpeää omasta juomisestaan ja sen aiheuttamasta vahingosta lapsille. Työntekijät kokivat tehtäväkseen tämän häpeän hälventämisen, jotta asiakkaan kynnyksentekelyyn esimerkiksi perheneuvolan kanssa madaltuisi.

Vaikka yhteistyötä tehdäänkin runsaasti lastensuojelun kanssa, yksi kehittämisen kohde liittyi juuri lastensuojelun kanssa tehtävään yhteistyöhön. Kynnyksentekelyä ja konsultointia lastensuojelua koettiin korkeaksi. Lastensuojelu nähtiin organisaationa epäselvänä, ja hankalahkona lähestyä.

6.1.2 Yksilökeskeisyys

Toinen haastattelussa noussut teema oli yksilökeskeisyys. A-klinikalla asiakkaat ovat pääsääntöisesti yksilöitä ja kokonaisia perheitä on vähän. A-klinikalla tehtävä työ on siten hyvin yksilökeskeistä.

...kyllä se on sitä nimenomaan että on yhteistyössä lastensuojelun ja perhetyöntekijöitten ja muitten kanssa, että siellä on taas sitten se erityisosaaminen ja ajat taas siihen sen muun perheen huomioimiseen, et mää hoidan siitä perheestä sitä yhtä osaa, tai ainakin yritän hoitaa eteenpäin.

A-klinikan päällimmäisenä tavoitteena on hoitaa yksilön päihdeongelmaa, ja siten ainoastaan yhtä osaa perheestä, ei niinkään koko perhettä.

6.1.3 Lapsen etu

Haastattelussa kävi ilmi, että lapsen etuna nähdään yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyökumppaneita ovat jo edelläkin mainitut perheneuvola, lastensuojelu ja perhetyöntekijät. Haastateltavat mainitsivat lapsen eduksi myös vanhemman toipumisen päihdeongelmasta. Vanhemman auttamisen nähdään myös auttavan lasta.

...jokainen äiti joka tulee hoidetuksi niin, ...on sen lapsen etu. Aina. Jokainen äiti tai isä, joka tulee hoidetuksi niin, niin voi katkaista sen sukupolvien välisen kierteen.

Ehdottomasti, jokainen vanhempi joka tulee hoidetuksi niin...se, sillä, siinä prosessissa paranee myös, siinä...perheessä.. muut tai ainakin niinku siitä hyötyy koko perhe..

A-klinikalla lasten kanssa tehdään vähän töitä, osaltaan siksi että asiakas itse haluaa rajata lapsensa pois työskentelystä ja asiakkuusprosessista. Haastattelussa kävi ilmi tämän olevan kovin yleistä.

...mun mielestä tääl nää monet asiakkaat on sit kumminkin semmosia että ne ei välttämättäkään halua sitten lapsia tänne tuoda, et jotenkin hyvin herkästihän he haluaa niinkun asiakkaatkin rajata sitten ne lapset.

Lapsen edun korostamista ei nähty A-klinikalle kuuluvana prioriteettina, korkeintaan perheen edun korostaminen voi kuulua A-klinikan työhön. Resursienkaan ei nähty riittävän koko perheen hoitamiseen, vaikka osaamista olisi-kin.

6.1.4 Puolisoiden huomiointi

Haastattelussa tuli ilmi, että puoliset tulevat aina jollain tavoin huomioiduksi A-klinikkatyössä riippuen kuitenkin puolison omasta tahdosta. Puolisolla voi olla oma asiakassuhde A-klinikalle. Asiakassuhde on tällöin riippumaton puolisoista jolla on alkoholi-ongelma, eli vaikka hän ei olisikaan A-klinikan asiakkaana, voi puolisoilla asiakassuhde olla. Tällöin A-klinikkatyön fokus on nimenomaan läheisessä ja hänen kanssaan työskentelyssä.

Huomioinnin lisäksi, puoliset nähdään myös yhteistyökumppaneina. Yhdeksi näkökulmaksi haastattelussa nousi ajatus siitä, että päihdetyötä on mahdollista toteuttaa myös parikäynteinä. Erityisen tärkeinä parikäynnit nähtiin silloin, kun parisuhteen ja päihteiden välillä nähdään olevan yhteys. Tällöin asiakas myös itse haluaa usein nimenomaan parikäyntejä.

6.1.5 Osaaminen ja erityisosaaminen

Haastattelussa nousi esiin, että lapsen edun huomiointi nähdään eräänlaisena erityisosaamisen alueena. Eli A-klinikalla lapsen edun huomiointi nähdään yhteistyökumppaneiden erityisosaamisen hyödyntämisenä.

Yhtenä osaamisen alueena nähtiin luottamuksellisen hoitosuhteen luominen. Luottamuksellinen hoitosuhde on erittäin tärkeä jo perheen huomioimisen kannalta. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa asiakkaan on helpompi olla rehellinen omasta perhetilanteestaan. Asiakkaan rehellisyyden kautta työnteki-

jän on helpompi arvioida asiakkaan kokonaistilannetta ja antaa asiakkaalle sekä hänen läheisilleen hoitoa ja apua todellisen tarpeen mukaan.

Varmaan se, että kun tulis sellanen luottavainen hoitosuhde tänne näin, että se asiakas oikeesti kertois sen ihan rehellisesti, että mikä se on se tilanne siellä kotona ja miten ne asiat oikeesti on.

Haastattelussa nostettiin esiin myös näkökulma oman osaamisen tiedostamisesta. Yhtenä osaamisen alueena nähtiin kyky eritellä mikä kuuluu omaan ammatilliseen osaamiseen ja mikä ei. Tärkeänä koettiin tiedostus siitä, missä vaiheessa oma osaaminen ei enää riitä, vaan tarvitaan erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä.

6.1.6 Päihdehuoltolaki

Haastattelussa kävi ilmi, että jo ensimmäisestä tapaamisesta lähtien selvitetään asiakkaan kokonaistilannetta, johon kuului myös asiakkaan perhetilanne. Päihdehuoltolaissa velvoitetaan päihdehuollon toimijaa ottamaan huomioon asiakkaan perhe ja tekemään huolellista kokonaistilanteen kartoitusta.

... et kylhän se lähtee siitä ihan ekasta tapaamisesta, et me selvitetään se et minkälainen se elämäntilanne on, että minkälainen se perhetilanne on ja toimeentulo ja sun muut, että pääsee heti ekalla käynnillä jo selviää se tilanne.

Haastattelussa selvisi, että A-klinikka tekee moniammatillista yhteistyötä eri sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa asiakkaan ja asiakkaan perheen etua ajatellen.

6.2 A-klinikan asiakkaiden kokemuksia perheen huomioonottamisesta

Kyselyyn vastaajat olivat iältään 22–39 -vuotiaita. Yksi vastaajista ei ollut ilmoittanut ikäänsä. Vastaajista neljällä oli yksi alaikäinen lapsi, yhdellä vastaajista oli kaksi lasta. Vastaajien lasten iät ilmoitettiin välille 5,5 kk–13 vuotta. Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Vastaajista puolet oli ollut vastausajankohtaan A-klinikan asiakkaina yli vuoden. Vastaajista kaksi ilmoitti asiakkuutensa kestäneen alle kaksi kuukautta vastausajankohtaan mennessä. Yksi vastaajista ilmoitti asiakkuutensa kestäneen alle vuoden.

Kyselyn alussa haluttiin selvittää kuinka usein vastaaja tapaa työntekijää A-klinikalla. Puolet vastaajista ilmoitti tapaavansa työntekijää kerran viikossa. Loput vastaajista ilmoittivat tapaavansa työntekijää kerran kuussa, kolmen viikon välein tai viisi kertaa viikossa.

Tutkimuksen kannalta olennaista oli myös kysyä kuinka usein vastaajan A-klinikkakäynneillä on ollut mukana muita perheenjäseniä. Kaksi vastanneista ilmoitti, ettei perheenjäseniä ole ollut lainkaan käynneillä mukana. Loput vastaajista ilmoittivat, että perheenjäseniä on tavattu joko noin kaksi kertaa, noin kymmenen kertaa joista suurin osa asiakkuuden alussa, välillä tai kerran.

Perheenjäseniä oli tavattu monen tahon aloitteesta. Aloite oli lähtenyt sekä vastaajalta että työntekijältä. Yksi vastaaja ilmoitti aloitteen olleen perheen ja työntekijän yhteinen. Käyntien tarkoitukset olivat myös moninaiset. Käyntien tarkoitukseksi ilmoitettiin arjen suunnitteleminen yhdessä, perhetilanteen selvittely, tukikäynnit vastaajalle ja korvaushoidon arviointitilaisuus. Tapaamisissa mukana olleita perheenjäseniä olivat kahdella vastaajalla puoliset, yhdellä vastaajista lapsi ja yhdellä lapsi sekä puoliso.

Perheenjäseniä tavattiin vaihtelevasti asiakkuuden alettua. Kaksi vastaajista ilmoitti perheenjäseniä tavatun heti asiakkuuden alettua. Yksi vastaajista ilmoitti tapaamisen toteutuneen yhdeksän kuukauden kuluttua asiakkuuden alkamisesta, yksi vastaajista ilmoitti tapaamisen olleen vasta useamman vuoden jälkeen. Kaikki vastaajat joiden perheenjäseniä oli ollut käynneillä läsnä, ilmoittivat käyntejä olleen riittävästi.

Kaikki kysymykseen vastanneet ilmoittivat, että ei ollut ketään muuta henkilöä jonka he olisivat halunneet olevan mukana käynneillä. Vastaajat kuvasivat kokemuksia käynneistä, joissa perheenjäseniä oli mukana, pääosin hyviksi. Yksi vastaajista oli käynteihin erittäin tyytyväinen. Vastaajan kokemukseen vaikutti se, että jokainen käynneillä mukana ollut oli tullut huomioiduksi.

Joidenkin asiakkaiden perheenjäseniä ei ollut tavattu vastaajan asiakkuuden aikana. Kysymyksessä seitsemän tiedusteltiin tähän syytä. Vastaajista kahden perheenjäseniä ei ollut tavattu asiakkuuden aikana. Syyksi tähän molemmat vastaajat ilmoittivat, ettei asia ollut tullut käynneillä esille. Neljä vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen, koska heidän perheenjäseniään oli asiakkuuden aikana tavattu.

Seuraava kysymys koski mahdollisia kotikäyntejä. Vastaajista neljä ilmoitti luoksensa tehdyn kotikäyntejä A-klinikalta. Vastaajista kaksi ilmoitti, ettei kotikäyntejä ole tehty. Kolme kenen luokse kotikäyntejä oli tehty, vastasivat että lapset olivat olleet käynnin aikana paikalla. Yksi vastaajista kenen luokse kotikäynti oli tehty, vastasi, etteivät lapset olleet tällöin paikalla.

Vastaajat kokivat kotikäynnin hyödyksi sen, että kotona koettiin olevan helpompaa tutustua työntekijään ja puhua. Kotikäynti koettiin hyödylliseksi myös luottamuksen rakentamisen ja työntekijän kokonaiskuvan hahmottamisen kannalta. Yksi vastaajista koki kotikäynnin hyödyksi sen, ettei itse tarvinnut pienen vauvan kanssa liikkua minnekään. Yksi vastaajista ilmoitti kotikäyntien tarkoitukseksi korvaushoitolääkkeiden tuomisen. Erillisiä hyötyjä vastaaja ei nimennyt.

Vastaajien läheisille oli tarjottu vaihtelevasti mahdollisuutta osallistua A-klinikan tarjoamaan läheisten ryhmään tai vastaavaan. Kahdelle vastaajista mahdollisuutta oli tarjottu, neljälle mahdollisuutta ei ollut tarjottu. Näistä neljästä kaksi vastaajaa koki, ettei läheisten ryhmä ollut tarpeellinen esimerkiksi siitä syystä, että lapsi oli vielä niin pieni. Vastaajista kenenkään puoliso tai lapsi ei ollut osallistunut A-klinikan tarjoamaan läheisten ryhmään

Kyselylomakkeen avulla haluttiin selvittää, minkälaista palveluohjausta A-klinikalla perheille annetaan. Suurin osa vastaajista vastasi, ettei A-klinikalta ole ohjattu mihinkään muuhun palveluun. Yksi vastaajista oli ohjattu perhetyön ja yksi vastaajista kotihoidon/-palvelun piiriin. Yhdellä vastaajista oli ennuudestaasiakkuus perhetyöhön, lastensuojeluun ja neuvolaan.

Opinnäytetyön kannalta kokoava kysymys koski asiakkaan kokemusta perheen kokonaistilanteen huomioonottamisesta asiakkuuden alussa. Puolet vastaajista ilmoitti perhettään huomioidun erinomaisesti, kaksi vastaajista hyvin. Yksi ilmoitti perhetilanteen tulleen huomioiduksi. Mielenpitemiseen vaikutti se, että kodin kuulumiset kysellään joka kerta ja työntekijöillä koettiin olevan rehellinen, avoin ja ymmärtäväinen asenne. Työntekijät motivoivat ja tsemppasivat.

Vastaajista yksi toivoi enemmän joustavuutta, mikäli tulisi uudelleen A-klinikalle asiakkaaksi. Muut eivät kokeneet muutoksille tarvetta, vaan pääsääntöisesti kokivat asioiden olevan hyvin. Kaksi vastaajista ilmoitti saaneensa A-klinikalta kaiken mahdollisen avun ja tuen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteistyön tekeminen eri toimijoiden kanssa on A-klinikalla koko perheen tukemisen kannalta kantava voima. Lasten etuna nähdään moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi lastensuojelun kanssa. Lastensuojelussa nähdään olevan sellaista erityisosaamista lapsen kanssa työskentelyn osalta, että tämän erityisosaamisen hyödyntäminen koetaan lapsen eduksi.

Työn yksilökeskeisyyden vuoksi, perheen ja lasten auttaminen on suurimaksi osaksi välillistä. Itäpuiston (2008, 94–95) mukaan, ei välillinen auttaminen kuitenkaan itsestään riitä lapsen auttamiseksi. Kun työntekijälle nousee huoli lapsesta, otetaan yhteyttä lastensuojeluun. Jos lasta autetaan ainoastaan välillisesti eikä lapsi oirehdi, voi vaarana olla se, että lapsi kuitenkin jää vaille tarvitsemaansa tukea. Välillisestä auttamisesta huolimatta asiakkaat kokivat perheen ja läheisten huomioimisen olevan riittävällä tasolla.

A-klinikka ei ole ensisijaisesti lasta hoitava taho, vaan A-klinikka keskittyy työssään asiakkaan eli usein äidin tai isän päihdeongelman hoitoon. Lapsella on kuitenkin oikeus saada tarvitsemaansa apua ja erityisosaamista, vaikkei hän vielä oirehtisikaan. Lasta hoitavan tahon tulee kuitenkin olla sellainen,

jossa on erityisosaamista lapsen erityistarpeisiin vastaamiseksi. Lasten kanssa työskentely vaatii erilaista osaamista kuin aikuisten kanssa työskentely.

Lapset kuitenkin otetaan A-klinikalla huomioon. Asiakkailta kysytään lapsista ja selvitetään heidän vointiaan. Itäpuiston (2008, 94–95) mukaan lapsen eduksi voi olla myös puolison mukaan ottaminen hoitoon. A-klinikalla onkin enemmän puolisoita mukana hoitoprosessissa kuin lapsia. Lapsen etua päihdepalveluissa voitaisiin korostaa myös vanhemmuuden tukemisella. Haastattelusta tai kyselyistä ei erikseen noussut esiin kuinka paljon asiakkaiden vanhemmuutta tuetaan. Perheenjäsenen eduksi voidaan kuitenkin ajatella asiakkaan kotiin tehtävät kotikäynnit. A-klinikan asiakkaat näkivät näiden kotikäyntien eduksi luottamuksen rakentamisen työntekijän ja asiakkaan välille.

Työntekijöiden haastattelussa nousi vahvasti esille työn yksilökeskeisyys. Haastateltavat totesivat työn olevan yksilökeskeistä, ja yksilökeskeisyys näkyy myös välillisen auttamisen korostamisena. A-klinikalla hoidetaan vahvasti yksilöä ja perheen sekä lasten hoidon nähdään olevan lastensuojelun työtä. Yksilökeskeisessä ajattelussa voi vaarana olla se, että lapsi ja perhe jäävät vaille apua. Lapset voivat tarvita apua ja tukea vaikka eivät näyttäisi tilanteessa oireilevan. Tästä nousi ajatus siitä, että A-klinikalla voisi olla oma perheyöntekijä. Tällöin välttyttäisiin myös turhalta asiakkaan pompottamiselta ja työskentely olisi asiakaslähtoisempää kaikkien palveluiden ollessa samantalon alla.

Kujasalon ja Nykäsen (2005, 63–65) mukaan riski päihdeongelmien siirtymiseen sukupolvelta toiselle on suuri. Tämä voitaisiin mahdollisesti ehkäistä lapsen tilanteen kokonaisvaltaisemmalla huomioonottamisella päihdepalveluissa. Kun lapsi kohdataan jo päihdepalveluissa, varmistetaan se, että lapsi tulee todella kuulluksi. Jos lasta aina ohjataan palvelusta toiseen, voi vaarana olla että todellinen hätä jää vähälle huomiolle.

Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen edellyttää myös lähiverkoston huomioimista. Työskentelyssä tulisi ottaa huomioon se, että yksilö on aina osa jotakin verkostoa. Jos A-klinikalle tulee asiakkaaksi henkilö jolla on lapsia, tulisi työskentelyssä ottaa huomioon myös vanhemmuus. Lähiverkostolla on myös käytettävissään sellaista asiantuntijuutta, jota ammattilaisella ei ole. Läheinen tulisi siis huomioida paitsi avun ja tuen tarvitsijana, niin myös voimavarana ja yhteistyökumppanina.

Perheenjäseniä, varsinkin puolisoita tavataan A-klinikalla. Läheisille tarjotaan kuitenkin harvoin mahdollisuutta osallistua esimerkiksi läheisten ryhmään, mutta palveluohjausta annetaan tarvittaessa. Palveluohjauksen antaminen viestii asiakkaan perheen kokonaistilanteen huomioonottamisesta. On kuitenkin otettava huomioon se, että vaikka asiakas ei ole ohjautunut muihin palveluihin, ei automaattisesti tarkoita sitä että kokonaistilannetta ei olisi huomioitu. Kyse voi olla yksinkertaisesti siitä, ettei tarvetta ohjata muihin palveluihin ole ollut. Asiakkaan positiiviseen kokemukseen perheen tilanteen huomioonottamisesta vaikutti esimerkiksi työntekijän ja asiakkaan välinen vuoropuhelu.

Opinnäytetyön avulla saaduista tutkimustuloksista ei juuri noussut esille kehittämiskohteita liittyen perheen huomioonottamiseen A-klinikan asiakastyössä. Kuitenkin opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että lapsia huomioidaan vähän. Lasten kanssa ei tehdä varsinaisesti töitä, vaan lapset ohjataan tarpeen tullen muihin palveluihin. Kuten Kujasalo ja Nykänen (2005, 68–69) toteavatkin, saatetaan lapsi sivuuttaa tilanteissa, joissa vanhemmalle ollaan järjestämässä päihdehoitoa. Tämän vuoksi olisikin tärkeää että lapsi todella kohdataan jo päihdepalveluissa. Tällä hetkellä vaarana saattaa olla se, että vastuu siirretään toimijalta toiselle ja kukaan ei pysähdy koko perheen kohdalle. Pysähtyminen koko perheen kohdalle voisikin olla yksi kehittämisen kohta.

8 POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti se, että kyselyitä palautui tutkijoille vähän. Triangulaatio – ilmiö kuitenkin kompensoi palautuneiden kyselyiden vähäistä määrää. Työntekijöiden haastattelulla saatiin mukaan aineistoon arvokasta tietoa. Kyselyiden avulla pyrittiin saamaan vastaus osaan tutkimuskysymyksistä ja työntekijöiden haastattelulla osaan. Molemmat aineistot antoivat tutkimuksen kannalta olennaista ja tarkoituksenmukaista tutkimustietoa.

Toisaalta, kysyttäessä asiakkaalta hänen perheensä huomioonottamisesta, saatiin tietyllä tavalla välikäden tietoa. Tutkimuksen tekemisen aikana nousikin ajatus siitä, että olisiko kohderyhmäksi pitänyt valita asiakkaiden sijaan näiden perheenjäsenet. Tällöin olisi saatu perheenjäsenien subjektiivinen näkemys asiasta.

Tehty tutkimus sopii hyvin sosiaalialan tutkimukseksi, koska tutkimuksessa keskitytään yksilökeskeisyyden sijaan perhekeskeisyyteen ja tutkimuksella pyritään tuomaan esille lapsi- ja perhekeskeisyyden tärkeyttä. Opinnäytetyön aihe valikoitui tutkijoiden yhteisen mielenkiinnon ja suunnitteluprosessin tuloksena. Tutkimusprosessina opinnäytetyö onnistui hyvin. Prosessin läpikäyminen oli antoisaa mutta samalla se antoi myös positiivisen haasteen opiskeluiden viimeiseen vaiheeseen.

Opinnäytetyön perustaksi pyrittiin luomaan kattava teoriapohja tutustumalla lähdekirjallisuuteen. Mielestämme saimme valittua aiheen kannalta tutkimukseen olennaiset teorialähteet. Pyrimme myös rajaamaan teorian siten ettei aiheesta tullut liian laaja.

Kyselyn avoimien kysymysten vastaukset jäivät muutamassa kohtaa niukoiksi ja tulkinnanvaraisiksi. Tämä olisi mahdollisesti voitu välttää sillä, että kysymysten muotoilua olisi vielä pohdittu tarkemmin. Osan avoimista kysymyksistä olisi voinut muotoilla siten, ettei niihin olisi ollut mahdollista vastata kovin suppeasti. Kysely oli ulkoasultaan toimiva, tosin avoimille vastauksille olisi voinut jättää enemmän tilaa. Kyselyn aihealueet oli kuitenkin mietitty tarkkaan ja kysymykset olivat loogisessa järjestyksessä. Työntekijöiden haas-

tattelu sujui odotusten mukaan hyvin. Mielestämme haastattelu tutkimusmenetelmänä oli tarkoituksenmukainen ja sopi tähän tutkimukseen hyvin.

Tutkimuskysymykset muokkautuivat opinnäytetyöprosessin aikana. Mielestämme saimme aineiston avulla vastauksia tutkimuskysymyksiin, vaikka asiakkaille jaettavia kyselyitä palautui vähän ja niissä vastaukset olivat niukkoja. Yksi tutkimuskysymyksistä keskittyi kehittämisen näkökulmaan. Varsinaista kehitettävää perheiden huomioonottamisessa ei asiakkaiden eikä työntekijöiden puolelta noussut. Tämä ei kuitenkaan ole tutkimuksen kannalta huono asia, vaan päinvastoin, kertoo asioiden olevan hyvin. Opinnäytetyö ei varsinaisesti tuonut uutta tietoa Hämeenlinnan A-klinikkatoimelle mutta hyödyllistä tietoa perheen huomioimisesta opinnäytetyö sen sijaan sisältää.

LÄHTEET

- Aarninsalo, P. & Karvonen, P. 2003. Biologinen näkökulma päihdetyössä. Teoksessa Saarelainen, R. Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. (toim.) Mielen-terveys- ja päihdetyö. Helsinki: WSOY. 99–106
- Ahonen, J. 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alkoholinkäytön riskirajat miehillä ja naisilla 2010. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=imk00662
- Furst, K., Grekelä, M. & Heinipuro, P. 2006. Päihdeperhe lastensuojelussa. Kokemuksia Kalliolan settlementin lastensuojeluyksiköissä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö
- Hiltunen, T., Kujala V. & Mattila K-P. 2005. Näkyvä piilo. Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Helsinki: Sininauhaliitto
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, T. 2003. Lapset ja vanhempien päihdeongelma. Helsinki: Lasten keskus.
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi. n.d. Hämeenlinnan A-klinikkatoimi. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/>
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009a. Asumispalvelut. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/75>
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009b. Ehkäisevä päihdetyö. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/70>
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009c. Katkaisuhoidotyksikkö. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/73>
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009d. Kuntoutumisyhteisö. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/72>
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009e. Living room. Viitattu 17.11.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/71>

Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009f. Nuorten selv. Viitattu 17.11.2011.
<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/74>

Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2009g. A-klinikka. Viitattu 17.11.2011.
<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/hameenlinna/node/68>

Itäpuisto, M. 2008. Pullon pohjimmaisat. Lapsi, perhe ja alkoholi. Helsinki: Kirjapaja.

Jyväskylän yliopisto n.d. Teemoittelu. Viitattu 4.3.2012.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineisto-n-analyysimenetelmat/teemoittelu>

Kirkpatrick, J. 2000. Täyskäännös. Uutta toivoa päihderiippuvaisille naisille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää. Nainen alkoholin ansassa. Helsinki: Kirjapaja Oy ja Myllyhoitoyhdistys ry.

Lasinen lapsuus n.d. A-klinikkasäätiö. Viitattu 29.12.2011.
<http://www.lasinenlapsuus.fi/fi-FI/projektit/>

LSL, Lastensuojelulaki nro 417/2007. 13.4.2007.

Mattila, K-P. 2003. Sukupolvien ketju. Teoksessa Kujala, V. (toim.) Eevan perhe. Näkökulmia päihteiden käytöstä kärsivien naisten/äitien ja heidän lastensa tukemiseen. Helsinki: Sininauhaliiton Eevan perhe-projekti RAY:n avustamana, 9-14.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. Viro: Jaabes OÜ.

Mäkelä, E. 2005. Miten perhettä voidaan hoitaa. Päihdelinkki. Viitattu 24.2.2012. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/161-miten-perhetta-voidaan-hoitaa>

Mäkelä, P. & Österberg, E. 2009. Alkoholinkäyttö Suomessa. Päihdelinkki. Viitattu 27.7.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>

Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Teemoittelu. KvaliMOTV. Viitattu 24.2.2012. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006b. Triangulaatio. Kvali-MOTV. Viitattu 4.3.2012.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html

Saarelainen, R. 2003. Päihdetyö. Teoksessa Saarelainen, R. Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki: WSOY. 45–58.

Saarelainen, R. 2003. Päihteet ja päihteiden väärinkäyttö. Teoksessa Saarelainen, R. Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki: WSOY. 39–44.

Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015. Hattula, Hämeenlinna, Janakkala. Hämeenlinna: Kopijyvä Oy

Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2010–2015. Hattula, Hämeenlinna ja Janakkala. Hämeenlinna: Kopijyvä Oy. Viitattu 28.12.2011. http://www.ejulkaisu.fi/hameenlinnan_kaupunki/mielenterveystoimintaohjelma/

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Varjomaailma. 2008. A-klinikkasäätiö. Viitattu 29.12.2011. <http://www.varjomaailma.fi/tervetuloa>

INFOKIRJE

Hei!

Olemme kaksi sosionomi(AMK) -opiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin koulutuskeskuksen sosiaalialan koulutusohjelmasta. Työstämme parhaillaan opinnäytetyötä. Aiheenamme on ”**NAISET JA ÄIDIT A-KLINIKAN ASIAKKAINA. Perhetilanteiden selvittely asiakkaaksi tulovaiheessa.**”

Tutkimme erityisesti asiakkaaksi tulovaihetta ja siihen liittyvää perheen huomioon ottamista. Haluammekin kuulla juuri Sinun mielipiteesi. Opinnäytetyöllämme haluamme tuoda esiin tulovaiheen ja perheen huomioimisen tärkeyden.

Tämän kirjeen mukana saat kyselylomakkeen. Vastaamalla oheisiin kysymyksiin autat meitä saamaan tärkeää tietoa. Tämän kirjeen mukana saat myös suostumusluvan jonka allekirjoitat, mikäli päätät osallistua tutkimukseen. Allekirjoitettuasi suostumuksen, käytämme lomakkeella saatuja tietoja tutkimuksessamme.

Tämä kysely lähetetään A-klinikan 18–45 -vuotiaille naisasiakkaille, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyyn vastaaminen tai siihen vastaamatta jättäminen ei vaikuta samaasi hoitoon tai sen laatuun. Meitä sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus, tietoja ei luovuteta eteenpäin eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen. Kyselyistä ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kysymyslomakkeet säilytetään tutkijoiden hallussa tutkimuksen ajan. Saatuaamme opinnäytetyömme valmiiksi, hävitämme lomakkeet asianmukaisesti.

Kysely ja suostumuslomake palautetaan Hämeenlinnan A-klinikkatoimen Hämeenlinnan toimipisteessä sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Palautuslaatikko sijaitsee 3. kerroksessa, osoitteessa Viipurintie 1-3 D.

Kysely ja suostumuslomake tulee palauttaa viimeistään 27.1.2012.

Arvostamme osallistumistasi!

Ystävällisin terveisin,

Sosionomiopiskelijat
Anna-Riikka Viitanen ja Sanna Suominen

SUOSTUMUSLUPA

Suostumus tietojen käyttämiseen opinnäytetyössä

Sallin antamieni tietojen käyttämisen Hämeen ammattikorkeakoulun Hyvinvoinnin koulutuskeskuksen sosiaalialan koulutusohjelmaan liittyvässä opinnäytetyössä.

”NAISET JA ÄIDIT A-KLINIKAN ASIAKKAINA. Perhetilanteiden selvittely asiakkaaksi tulovaiheessa”.

Opinnäytetyön tekijöinä ovat sosiaalialan opiskelijat Sanna Suominen ja Anna-Riikka Viitanen.

Ymmärrän mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja että osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä. Minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä.

___ / ___ 20__

osallistujan allekirjoitus

MUISTUTUSKIRJE

Hei!

Olemme kaksi sosionomi(AMK) -opiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin koulutuskeskuksen sosiaalian koulutusohjelmasta. Työstämme parhaillaan opinnäytetyötä. Aiheenamme on ”**NAISET JA ÄIDIT A-KLINIKAN ASIAKKAINA. Perhetilanteiden selvittely asiakkaaksi tulovaiheessa.**”

Olet saanut meiltä jokin aika sitten kyselylomakkeen opinnäytetyöhömmä liittyen. Tarvitsemme vielä lisää vastauksia, jotta saisimme opinnäytetyöstämme mahdollisimman kattavan ja luotettavan. Jos et ole vielä kyselyyn osallistunut, toivomme sinunkin ääntäsi kuuluviin.

Tässä vielä tietoa opinnäytetyöstä:

Tutkimme erityisesti asiakkaaksi tulovaihetta ja siihen liittyvää perheen huomioon ottamista. Haluammekin kuulla juuri Sinun mielipiteesi. Opinnäytetyöllämme haluamme tuoda esiin tulovaiheen ja perheen huomioimisen tärkeyden.

Tämän kirjeen mukana saat kyselylomakkeen. Vastaamalla oheisiin kysymyksiin autat meitä saamaan tärkeää tietoa. Tämän kirjeen mukana saat myös suostumusluvan jonka allekirjoitat, mikäli päätät osallistua tutkimukseen. Allekirjoitettuaasi suostumuksen, käytämme lomakkeella saatuja tietoja tutkimuksessamme.

Tämä kysely lähetetään A-klinikan 18–45 -vuotiaille naisasiakkaille, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyyn vastaaminen tai siihen vastaamatta jättäminen ei vaikuta saamaasi hoitoon tai sen laatuun. Meitä sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus, tietoja ei luovuteta eteenpäin eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen. Kyselyistä ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kysymyslomakkeet säilytetään tutkijoiden hallussa tutkimuksen ajan. Saatuaamme opinnäytetyömme valmiiksi, hävitämme lomakkeet asianmukaisesti.

Kysely ja suostumuslomake palautetaan Hämeenlinnan A-klinikkatoimen Hämeenlinnan toimipisteessä sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Palautuslaatikko sijaitsee 3. kerroksessa, osoitteessa Viipurintie 1-3 D.

Kysely ja suostumuslomake tulee palauttaa viimeistään 10.2.2012.

Arvostamme osallistumistasi!

Ystävällisin terveisin,

Sosionomiopiskelijat
Anna-Riikka Viitanen ja Sanna Suominen

KYSELYLOMAKE

HEI, tässä muutama kysymys opinnäytetyötämme varten. Toivomme, että vastaat kaikkiin kysymyksiin. Vaihtoehtokysymyksissä ympyröi sopivin.

Perustietosi:

Ikäsi: Alle 18v lasten iät:

1. Kuinka kauan olet ollut A-klinikan asiakkaana?

- a) alle 2kk
- b) alle 6kk
- c) alle vuoden
- d) yli vuoden

2. Kuinka usein tapaat työntekijää A-klinikalla?

3. Kuinka usein A-klinikkakäynneillä on ollut mukana muita perheenjäseniä?

Kenen aloitteesta perheenjäseniäsi tavattiin? (Esim. sinun, työntekijän, perheenjäsenen ym.)

Mikä on ollut käyntien tarkoitus? (Esim. perhetilanteen selvittely ym.)

Keitä perheenjäsenet olivat?

Kuinka pian asiakkuutesi alettua perheenjäseniäsi tavattiin?

4. Onko käyntejä, joissa perheenjäseniäsi on ollut läsnä, ollut mielestäsi riittävästi?

5. Onko joku muu jonka olisit halunnut myös olevan mukana A-klinikkakäynneillä?

6. Millainen kokemus sinulle on jäänyt käynneistä, joissa perheenjäseniäsi on ollut läsnä?

7. Mikäli perheenjäseniäsi ei ole tavattu asiakkuutesi aikana, onko se johtunut siitä että

- a) et ole itse halunnut
- b) asia ei ole tullut esille käynneillä
- c) perheenjäsen ei ole halunnut
- d) jokin muu syy, mikä?

8. Onko luoksesi tehty kotikäynnejä A-klinikalta? a) kyllä b) ei

Olivatko lapset kotikäynnin aikana läsnä? a) kyllä b) ei

Minkälaista hyötyä koet mahdollisesta kotikäynnistä olleen?

9. Onko puolisosi tai lapsesi osallistunut A-klinikan tarjoamaan läheisten ryhmään tai vastaavaan?

Onko mahdollisuutta tarjottu?

10. Onko perheesi ohjattu A-klinikalta johonkin seuraavista palveluista?

a)perhetyö b) lastensuojelu c) sosiaalityö d) neuvola e)kotihoito/palvelu f) muut, mitkä?

11. Miten olet kokenut perheesi kokonaistilanteen huomioonottamisen asiakkuutesi alussa?

ei huomioitu lainkaan huomioitiin jonkin verran

huomioitiin riittävästi

huomioitiin hyvin

huomioitiin erinomaisesti

Mitkä asiat vaikuttivat mielipiteeseesi?

12. Jos tulisit uudelleen A-klinikalle asiakkaaksi, toivoisitko jonkun asian olevan toisin?

Kiitos, arvostamme osallistumistasi! ☺

TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELURUNKO

A-klinikan työntekijöiden haastattelukysymyksiä

Mitä on perheiden kanssa tehtävä työ A-klinikalla?

Koetko että, pystyt työsi antamien raamien puitteissa tarjoamaan apua ja tukea perheelle heidän tarpeensa vaatimalla tavalla?

Millä tavoin A-klinikan työskentelyssä otetaan lapsen etu huomioon?

Mitä merkitystä mielestäsi on perheen kanssa työskentelyllä päihdeongelmaisen ja hänen perheensä toipumisen kannalta?

Millä tavoin pystytään parhaiten tukemaan perhettä läheisen päihdeongelmasta toipumisessa?

Tulisiko lapsen etua korostaa enemmän päihdetyössä?

Miten perheen kokonaisvaltaista huomioimista voisi kehittää A-klinikkatyössä?