

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaalialan koulutusohjelma / sosiaalinen kuntoutus

Klaudia Lisko

PÄIHDEHUOLLON LAITOSKUNTOUTUMISEN VAIKUTTAVUUS  
ASIAKKAAN KOKEMANA

Opinnäytetyö 2012

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Sosiaalialan koulutusohjelma

LISKO, KLAUDIA	Päihdehuollon laitostuntoutumisen vaikuttavuus asiakkaan kokemana
Opinnäytetyö	58 sivua + 5 liitesivua
Työn ohjaaja	Johanna Jussila, opettaja
Toimeksiantaja	Kouvolan kaupunki, päihdepalvelut
Marraskuu 2012	
Avainsanat	päihderiippuvuus, päihdepalvelut, laitostuntoutuminen, päihdetyön vaikuttavuus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Kouvolan kaupungin päihdepalveluille heidän asiakkaidensa kokemuksia laitostuntoutumisen vaikuttavuudesta elämän eri osa-alueisiin. Keskiössä on tutkimukseen osallistuneiden oma kokemus. Tutkimus on kvalitatiivinen ja se on tehty loppuvuodesta 2011. Tutkimukseen osallistui 23 henkilöä, mikä on 38 % kaikista tutkimukseen kutsutuista. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua, jossa hyödynnettiin puolistrukturoitua haastattelulomaketta. Tulokset analysoitiin tyypittelyn avulla.

Tutkimustulosten perusteella laitostuntoutumisjakso vaikuttaa eniten ihmissuhteisiin sekä psyykkiseen terveyteen parantamalla sitä. Jakso vaikuttaa myös fyysiseen terveyteen vahvistavasti. Päihteiden käyttö vähenee, vaikkakin alkaa usein uudelleen. Vapaa-ajanvietto muuttuu kuntoutumisjakson myötä ja laitoksessa alkaneet harrastukset jatkuvat kotioloissa. Avohoidossa käyminen alkaa tai se on entistä säännöllisempää. Opiskelu- ja työllistymismahdollisuuden kohenevat kuntoutumisjakson vaikutuksesta, motivaatio opiskelua ja työtä kohtaan lisääntyy. Kuntoutumisjakson vaikutus asumiseen ja asumisentaitoihin on vähäinen. Toisaalta vaikutukset voivat olla yksilön kannalta hyvinkin suuria: esimerkiksi asunnottomuus päättyy tai huonokuntoinen asunto vaihtuu uuteen ja edullisempaan. Tutkimuksen perusteella kuntoutumisjaksolla on vähäisin vaikutus tulonlähteeseen. Pääasiassa tulot pysyvät samana, mutta poikkeavasti kahden kohdalla tulot laskivat virheellisen tiedon vuoksi. Kuntoutumisjakson vaikuttavimpina elementteinä haastatellut mainitsivat ryhmä- ja yksilökeskustelut, miljöön sekä päivärytmin ja -ohjelman.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Care

LISKO, KLAUDIA

EFFECTS OF INSTITUTIONAL REHABILITATION IN  
WELFARE FOR SUBSTANCE ABUSER  
EXPERIENCED BY A CLIENT

Bachelor's Thesis

56 pages + 5 pages of appendices

Supervisor

Johanna Jussila, Lecturer

Commissioned by

City of Kouvola, Social work with intoxicant abuser

November 2012

Keywords

substance abuse, substance abuse treatment,  
institutional rehabilitation, effectiveness

The study was commissioned by the City of Kouvola, the unit of social work with intoxicant abuser. The aim was to examine clients' experiences about effectiveness of institutional rehabilitation. The major point was a client's individual experience.

The study is a qualitative study and it has been made in 2011. The material was gathered by half structured interviews. The interviews consisted of 23 clients who had been in institutional rehabilitation period between the years 2009-2011. The material was analyzed by using a case study.

The results showed that the institutional rehabilitation affects most in relationships and improves psychic health. The period also improves physical health. Substance abuse decreases, although it often starts again later. The way of spending free time changes after the rehabilitation period and the hobbies starting at the institution will continue at home. Attending non-institutional care begins or becomes more regular. Rehabilitation period influences positively regarding to the possibilities of having a study place or getting employed. Motivation increases concerning studying and working. The affection of the rehabilitation period concerning living at home and skills being related to living at home was minor. Based on this study the rehabilitation period affects the least on the sources of income. The most effective elements were discussions in groups or individuals, surroundings, daily routines and activity.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDERIIPPUVUUS	8
2.1	Riippuvuus ilmiönä	8
2.1.1	Psyykinen riippuvuus	10
2.1.2	Fyysinen riippuvuus	10
2.1.3	Sosiaalinen riippuvuus	11
2.1.4	Henkinen riippuvuus	12
2.2	Päihderiippuvuuden selitysmalleja	12
3	PÄIHTEIDEN KÄYTÖN YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET	14
3.1	Päihdehaitat	14
3.2	Päihteiden vaikutus työkykyyn ja -panokseen	15
3.3	Päihteiden vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen	16
3.4	Rattijuopumukset ja muut päihderikokset	17
4	PÄIHDEPALVELUT	18
4.1	Suomalainen päihdehuolto	18
4.2	Lainsäädäntö	18
4.3	Päihdepalveluiden järjestäminen	19
4.4	Kouvolan päihdepalvelut	21
4.4.1	Ehkäisevä päihdetyö	21
4.4.2	Päihdetyön peruspalvelut	21
4.4.3	Päihdetyön erityispalvelut	22
5	PÄIHDEHUOLLON LAITOSPALVELUT	23
5.1	Laitoskuntoutuminen	23
5.2	Vieroitus- ja katkaisuhoido	23
5.3	Kuntouttava päihdehoito	24
5.4	Ryhmätoiminta osana kuntoutumista	26
6	TUTKIMUKSEN KULKU	27
6.1	Tutkimusprosessi	27

6.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	28
6.3	Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta	28
6.4	Aineiston analyysimenetelmä ja käsittely	31
7	TULOKSET – PÄIHDEKUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSIA LAITOSJAKSON VAIKUTTAVUUDESTA	32
7.1	Taustatiedot	32
7.2	Päihteiden käyttö	33
7.3	Tulonlähde	34
7.4	Ihmissuhteet	34
7.5	Fyysinen terveys	35
7.6	Psyykinen terveys	37
7.7	Vapaa-aika	38
7.8	Avohoito	39
7.9	Asuminen	40
7.10	Asumistaidot	41
7.11	Työllistyminen	42
7.12	Opiskelu	43
7.13	Näkemykset kuntoutumisjaksosta	44
8	POHDINTA	45
8.1	Tulosten tulkinta ja johtopäätökset	45
8.2	Jatkotutkimusaiheet	49
8.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	49
8.4	Opinnäytetyö oppimisprosessina	52
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	
	Liite 1. Haastattelulomake	
	Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	

## 1 JOHDANTO

Suomessa, kuten myös muualla länsimaissa, päihteiden käyttö on keskeinen turvallisuutta ja terveyttä vaarantava tekijä. Se aiheuttaa terveydellisiä, sosiaalisia ja psykologisia haittoja, jotka ilmenevät erilaisina sairauksina, päihtymystilasta johtuvina ongelmina kuten väkivaltana, sekä päihderiippuvuutena. Yhteiskunnalle suurinta haittaa aiheuttaa päihtymyskäyttäytyminen, jonka seurauksena tapahtuu liikenneonnettomuuksia, tapaturmia ja väkivallantekoja sekä krooniset sairaudet, kuten maksakirroosi ja aivovauriot. (Suomen akatemia.) Päihdehaitat tulevat yhteiskunnalle kalliiksi jo pelkkien tulonsiirtojen perusteella. Esimerkiksi vuonna 2010 alkoholisairauksien osuus Kansaneläkelaitoksien myöntämässä työeläkepääätöksissä oli 7,4 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Näistä alkoholisairaus oli pääsairautena 1,9 % kaikista tapauksista. Yksityisen ja julkisen sektorin osalta alkoholisairaus oli mukana 4,8 % työeläkepääätöksistä, ja alkoholisairaus pääsairautena 2,2 % eläkkeelle siirtyneistä. Huumausaineiden kohdalla luvut ovat 2000-luvulla olleet huomattavasti alhaisemmat: alkoholisairaus on osallisena vuosittain noin 10 000 ihmisen työkyvyttömyyseläkepääätöksessä, huumausainesairaus taas keskimäärin 1 700 henkilön kohdalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 109–110.) Menetetyn työkyvyn lisäksi yhteiskunnan kustannettavaksi tulevat sosiaali- ja terveystaloudelliset kustannukset, rattijuopumukset ja muu rikollisuus sekä sosiaaliset haitat.

Valtakunnallisesti päihdetyö elää muutoksessa. Uusi mielenterveys- ja päihdelaki on tekeillä. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, joka sisältää työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 asti. Suunnitelman mukaan ”palvelut pitää järjestää väestön ja asiakkaiden tarpeiden perusteella vaikuttavalla ja tehokkaalla tavalla.” Painopiste on avopalveluiden lisäämisessä ja laitospaikkojen karsimisessa. Laitospalveluiden vähentämistä perustellaan inhimillisyyden, hoidollisuuden ja taloudellisuuden näkökulmista. Laitospalveluihin meneviä varoja halutaan siirtää avopalveluiden kehittämiseen, koska avopalvelut ovat vaikuttavampia. (STM 2009, 27–29.)

Nykyisin kuntien talous on yhä tiukemmalla, ja siksi myös sosiaalipalveluiden tulee olla tehokkaita, tuottavia ja vaikuttavia. Yhteiskunnan rahoilla ei ole varaa ylläpitää

heikosti toimivia palvelukokonaisuuksia. Päihdekuntoutumisessa ongelmana on se, ettei yhtä tiettyä kustannustehokasta hoitomuotoa ole löydetty. Vaikka päihdekuntoutumista on tutkittu 1970-luvulta lähtien, vieläkään ei pystytä osoittamaan tiettyä menetelmää tai toimintamallia, joka tuottaisi varmoja tuloksia (Saukkonen 2012, 19). Päihdetyön toimijoiden pysyvä haave on löytää tuloksellinen toimintamalli. Mikäli yhtä ja ainoaa vaikuttavaa toimintamallia ei ole löydettävissä, pitäisi ainakin pystyä arvioimaan, millaiset käytännöt toimivat parhaiten erilaisilla asiakasryhmillä. (Kaukonen 2012, 3.) Tämän hetkisen tutkimuksen mukaan päihdekuntoutumisessa käytettyä menetelmää oleellisempi on työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutussuhde (Saukkonen 2012, 20). Avopäihdekuntoutuksesta tehdyn seurantatutkimuksen mukaan toimiva vuorovaikutussuhde ja kuntoutujan positiiviset odotukset lisäävät vaikuttavuutta (Kuusisto 2012, 12).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat päihdepalveluiden laatusuositukset kehottavat kuntia seuraamaan päihdepalveluiden tuloksellisuutta ja pitkäaikaisvaikutuksia. Näiden pohjalta pystytään tekemään perusteltua kehittämistyötä. Asiakkaan kokema vaikuttavuus on osa kunnan päihdepalveluiden laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 23–25.) Opinnäytetyöni pyrkii vastaamaan siihen kysymykseen, onko laituskuntoutumisjaksolla pidempiaikaista vaikutusta päihdekuntoutujan elämään ja millaisia ne ovat. Tämän tutkimuksen tavoite on tuoda esille niitä vaikutuksia, joita kuntoutumisjakso on saanut aikaan haastateltujen elämässä. Tuon opinnäytteessäni esille myös seikkoja ja elementtejä, jotka koetaan vaikuttavimmiksi ja hyödyllisimmiksi laitosmuotoisessa päihdekuntoutumisessa. Tutkimuksen kohderyhmänä on 23 kouvolaista, jotka ovat osallistuneet Kouvolan kaupungin ostopalveluina tuotetulle laituskuntoutumisjaksolle. Opinnäytteeni on yksi apuväline Kouvolan kaupungille heidän arvioidessaan päihdepalveluidensa laatua ja kehittämistarpeita. Tutkimusmenetelmänä on haastattelu, joka etenee puolistrukturoitua haastattelulomakkeen mukaisesti. Halusin tehdä opinnäytteeni tästä aiheesta, koska nykyään taloudellisista resursseista on kova kilpailu ja sosiaalipalvelut ovat jatkuvasti leikkausuhan kohteena. Tavoitteeni on opinnäytetyön kautta todentaa, että päihdekuntoutumiseen panostaminen on hyödyllistä paitsi yksilölle, myös koko yhteiskunnalle ja kansantaloudelle. Lisäksi etenkin teoriaosuudessa haluan tuoda esille päihderiippuvuuden moniulotteisuutta. Päihteiden käytön lopettamisessa ei ole kyse pelkästään siitä, että päihderiippuvainen vain päättää lopettaa. Tällaisia ajatuksia olen havainnut sekä lähipiirissäni että laajemmin yhteiskunnallisessa keskustelussa.

Toiveenani on, että opinnäytteeni pystyy laajentamaan ihmisten käsitystä päihderiippuvuudesta ja päihdekuntoutujista.

Päihdehuollossa kuntoutuksesta käytetään monenlaisia nimityksiä, kuten kuntoutumishoito, päihdekuntoutus ja psykososiaalinen muutostyö. Sanavalinnat viestivät tiettyä näkemystä toiminnasta. Kuntoutushoito ja kuntoutuslaitos ovat työntekijälähtöisiä ilmaisia. Vastaavasti taas kuntoutumishoito ja kuntoutumislaitos ovat asiakaslähtöisiä ilmaisia. Päihdekuntoutus on pääasiassa sosiaalista. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen, 2008, 171.) Käytän opinnäytteessäni sanaa kuntoutuminen. Haluan tällä sanavalinnalla ottaa kantaa sen puolesta, että muutokseen tarvitaan aina ihmisen oma päätös ja tahto. Ammatillaiset voivat vain tarjota välineitä, mutta jokaisen on niitä itse käytettävä. Olen kirjoittanut opinnäytteeni tulevan sosiaalialan ammattilaisen näkökulmasta ja sen vuoksi terminologiassa olen suosinut hoidollisia termejä enemmän sosiaalialalle ominaisempia ilmaisia.

Opinnäytteeni alkaa teorialla päihderiippuvuudesta, minkä jälkeen tuon esille päihteiden käytöstä johtuvia yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia päihdehaittoja. Sen jälkeen esittelen päihdepalveluita yleisellä tasolla ja tarkemmin Kouvolan kaupungin päihdepalvelut. Teoriaosuuden viimeisessä kappaleessa syvennyn kuvaamaan päihdehuollon laitostuntoutumista. Teorian jälkeen kerron tutkimuksen toteuttamisesta, tutkimusmenetelmästä, tuloksista ja johtopäätöksistä. Sitten arvioin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopussa kuvaan omaa ammatillista kasvuani tutkimusprosessin aikana.

## 2 PÄIHDERIIPPUVUUS

### 2.1 Riippuvuus ilmiönä

Suomenkielessä terveelle ja sairaalle riippuvuudelle ei ole olemassa omia sanoja, vaan sana ”riippuvuus” voi tarkoittaa kumpaa tahansa. Riippuvuus voi myös muodostua lähes mihin tahansa: sekä kemiallisiin aineisiin että toimintoihin, joissa ei olla tekemisissä minkään kemiallisen aineen kanssa. Toimintoja ja aineita, jotka tuottavat riippuvuusikäyttäytymistä ja psyykkistä riippuvuutta, yhdistää niiden aiheuttava välitön tyydytys käyttäjälleen. Vastaavasti molemmissa myöhemmät seuraukset voivat



olla vahingollisia sekä käyttäjälle itsellensä, että hänen lähiympäristöllensä. (Hirschovits 2008, 36.) Ihminen pystyy riippuvuudestaan huolimatta hoitamaan arkielämänsä askareita, kuten käymään työssään tai huolehtimaan perheestään. Ongelmalliseksi tilanne muuttuu silloin, kun pakonomainen tarve ja himo riippuvuutta aiheuttavaa ainetta tai asiaa kohtaan häiritsee arkielämää. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 75.) Ihminen voi olla riippuvainen useammasta aineesta tai toiminnosta samanaikaisesti, tällaista tilannetta kutsutaan ristiriippuvuudeksi. Riippuvuus saatetaan myös korvata toisella riippuvuudella, esimerkiksi seksiriippuvuus voi vaihtua päihderiippuvuuteen. (Hirschovits 2008, 36.)

Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen määrittelevät teoksessaan Haasteena päihteet (2008) päihderiippuvuuden seuraavasti: päihderiippuvuus (addiktio) on voimakas tai pakonomainen halu käyttää päihteitä toistuvasti, vaikka toiminnasta aiheutuu fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä haittaa. Amerikkalaisen ASAM-yhdistyksen (American Society of Addiction Medicine) mukaan päihderiippuvuus on etenevä aivojen krooninen sairaus, johon liittyy uusiutumisriski. Se voi olla kohtalokas hoitamattomana. (Smith 2012, 1.) Riippuvuuskäytössä käyttäjän elimistö, psyyke, tunteet, kognitiiviset taidot ja sosiaaliset suhteet vaurioituvat (Vuori-Kemilä ym. 2007, 34).

Päihderiippuvuudelle on pyritty luomaan määrittelyjä, jotta sitä voitaisiin käsitellä hoidollisesti ja ymmärtää syvemmin. Lääketieteellisesti tarkasteltuna päihderiippuvuus on moniulotteinen oireyhtymä. World Health Organisationin (WHO) ICD-10:n mukaisessa päihdediagnoosin tautiluokituksissa päihderiippuvuuden tunnusomaisia piirteitä ovat käyttöhimo, sietokyvyn kasvu, käytön heikentynyt hallinta, käytön muodostuminen elämän pääasiaksi, vieroitusoireet sekä käytön jatkaminen haitallisuudesta huolimatta. Kun edellä mainituista oireista vähintään kolme esiintyy kuukauden ajan viimeisen vuoden aikana, täyttyy päihdediagnoosin kriteeri. Diagnoosin muodostamisen mustavalkoisuudesta huolimatta päihderiippuvuus on jatkumo, ja riippuvuus voi olla luonteeltaan lievää, vaikeaa tai jotain siltä väliltä. (Hirschovits 2008, 37.) Alkoholin tai huumeiden aiheuttama päihderiippuvuus ei keskeisiltä osiltaan eroa toisistaan. Merkittävin ero näiden päihteiden välillä on riippuvuuden kehittämisessä: alkoholiriippuvuus muodostuu vasta vuosien käytön jälkeen, huumeaineet addiktoivat käyttäjänsä jo muutamassa kuukaudessa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 75.) Päihderiippuvuudesta

voidaan erottaa neljä eri ulottuvuutta, joissa on osittaista päällekkäisyyttä: psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen riippuvuus. Ihmisen riippuvuus päihteeseen voi ilmentyä kaikissa ulottuvuuksissa tai pelkästään joissain niistä. (Holmberg 2010, 40–41.)

### 2.1.1 Psyykkinen riippuvuus

Psyykkisessä riippuvuudessa on kyse himosta käyttää päihdettä tai sen käyttöön liittyvästä pakonomaisesta tottumuksesta. Käytön lopettaminen ei välttämättä aiheuta fyysisiä vieroitusoireita. Psyykkisen riippuvuuden muodostuminen on yhteydessä yksilön tunnereaktioihin, ongelmanratkaisutaitoihin, päättelyyn, päätöksentekoon ja valitsemiseen. (Holmberg 2010, 40.)

Psyykkisessä riippuvuudessa käyttäjän ajattelua leimaa rationalisointi sekä toimimattomat uskomukset: käyttäjä saattaa esimerkiksi ajatella, ettei selviä tietystä toiminnosta ilman riippuvuutta aiheuttavaa ainetta. Riippuvuuden taustalla olevat palkitsevat kokemukset lisäävät käyttöhalua. Psyykkisessä riippuvuudessa riippuvuutta aiheuttava kemiallinen aine toimii vain välinearvona, eli aineen käyttäminen ei ole pääasia, vaan sen käytöllä pyritään saavuttamaan tavoiteltu tila tai elämys. Esimerkiksi suonensisäisiä huumausaineita käyttävät eivät välttämättä pidä itsensä pistämisestä, vaan tavoittelevat huumausaineen tuomaa päihtymystilaa. (Hirschovits 2008, 32.) Psyykkinen riippuvuus aiheuttaa päihteen jatkuvaa käyttöä, minkä seurauksena käyttäjälle saattaa muodostua myös fyysinen riippuvuus (Ihalainen & Kettunen 2011, 210).

### 2.1.2 Fyysinen riippuvuus

Fyysisestä riippuvuudesta kertoo käyttäjän elimistön tottuminen käytettävään aineeseen. Myös aivotoiminnassa ja välittäjäaineissa on tapahtunut muutoksia, koska elimistö on mukautunut fysiologisesti päihteen vaikutukseen. Pitkä altistuminen päihteelle johtaa fyysisen toleranssin kasvuun. Äkillinen päihteen käytön lopettamisen seurauksena on fyysisiä vieroitusoireita, jotka vaihtelevat käytetyn päihteen mukaan. (Holmberg 2010, 40.) Esimerkiksi kannabiksen fyysisesti ilmeneviä vieroitusoireita ovat hikoilu, vilunväreet, lihas-, vatsa- ja päänsärky sekä vapina. Opiattien käytön lopettaminen aiheuttaa kipua, pahoinvointia, kuumetta, kouristuksia, vapinaa, vilunväreitä ja hikoilua. Opiattien vieroitusoireet ovat voimakkaita. (Irti Huumeista

ry 2011.) Runsaan alkoholin käytön lopettaminen aiheuttaa hermoston yliärtyvyytilan, joka ilmenee levottomuutena, ahdistuksena, vapinana ja tasapainohäiriönä. Lisäksi verenpaine ja pulssi kohoavat lähes vaarallisen korkealle. Pahimmillaan ilmenee myös tajuttomuus-kouristuskohtauksia sekä psykoottisuutta. (Holopainen 2005.)

Fyysinen riippuvuus ei synny hetkessä, vaan se on seuraus pitkäaikaisesti toistuvasta käytöstä. Käyttäjä voi myös ehdollistua aineen käyttöön fyysisesti, jolloin elimistö reagoi käyttöä edeltävään tilanteeseen. Ilmiö on samantyyppinen kuin veden herahaessa kielelle herkullisen ruuan tuoksusta. (Hirschovits 2008, 33.) Käyttäjälle voi myös muodostua ristitoleranssi eli käytetty päihde on kehittänyt käyttäjälleen toleranssin myös muihin päihteisiin, vaikka niitä ei olisi edes käytetty (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 43). Etenkin fyysistä riippuvuutta aiheuttavia päihteitä ovat alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, opiaatit ja amfetamiini (Ihalainen & Kettunen 2011, 210).

### 2.1.3 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalisessa riippuvuudessa yksilö on riippuvainen niistä sosiaalisista suhteistaan, jotka vahvistavat päihteiden käyttöä. Käyttäjä on osana ryhmää, jonka yhdistävänä tekijänä on päihde. Sosiaalinen kanssakäyminen muiden kuin päihteiden käyttäjien kanssa vähenee, ja lopulta saattaa olla niin, että käyttäjän ainoat ihmis- ja vuorovaikutussuhteet ovat toisiin käyttäjiin. (Holmberg 2010, 40.) Suhteet perheenjäseniin, ystäviin ja työtovereihin korvautuvat päihdemyönteisillä ystävyysuhteilla (Ihalainen & Kettunen 2011, 211). Kuulumalla ryhmään, jota päihteidenkäyttö yhdistää, käyttäjä tyydyttää arvostuksen ja johonkin kuulumisen tunnettaan (Havio ym. 2008, 42).

Päihderiippuvainen joutuu usein kokemaan sosiaalista paheksuntaa ja syyllisyyttä. Käytön selittely ja järjeistäminen muokkaavat käyttäjän arvoja ja ajattelua riippuvuutta tukeviksi. Riippuvuutta ilmentää käyttäjän kyvyttömyys hallita ja välttää päihdettä, vaikka tiedostaa sen olevan vahingollista sosiaalisille suhteilleen. (Hirschovits 2008, 33.) Päihderiippuvaiselta henkilöltä puuttuu usein elämästä keskeiset elämänhallintaa ylläpitävät kiinnostuskohdat kuten perhe, työ, koulutus sekä unelmat ja päämäärät (Ihalainen & Kettunen 2011, 211).

#### 2.1.4 Henkinen riippuvuus

Henkisessä riippuvuudessa on kyse päihteiden käyttöön liittyvistä mielikuvista, elämänfilosofiasta ja merkityksistä (Vuori-Kemilä ym. 2007, 35). Päihteen käyttö liittyy käyttäjän arvoihin, uskomuksiin, henkisyteen tai hengellisyyteen. Esimerkiksi joidenkin uskonnollisten rituaalien yhteydessä käytetään päihteitä, tai niiden avulla pyritään saavuttamaan tietty henkinen tila. (Holmberg 2010, 40.) Toisaalta henkinen riippuvuus ei välttämättä liity uskonnolliseen hengellisyyteen tai jumalasuhteeseen, vaan ihmisen näkemykseen omasta itsestä henkisenä olentona, joka pyrkii henkiseen kasvuun. AA (Anonyymit alkoholistit) ja NA (Nimettömät narkomaanit) -liikkeet korostavat ihmisen henkistä olemusta. Heidän käsityksen mukaan henkinen kasvu ei ole mahdollista päihderiippuvaisena, sen sijaan vapautuessaan riippuvuudesta ihminen kasvaa henkisesti. (Ruisniemi 2006, 17.) Henkisessä riippuvuudessa käyttäjän oma olemus ja identiteetti rakentuvat päihteiden käyttämiselle. Käyttäjä saattaa määritellä itsensä esimerkiksi ”narkkariksi” tai ”nistiksi”, sen sijaan että hän määritteli itseään esimerkiksi musiikkimaun tai asunpaikan mukaan. Tällöin hänen käsityksensä itsestään tukee päihteiden käyttöä. Jotta identiteetti pysyisi ehjänä, on käyttöä jatkettava. Raitistuneet päihteiden käyttäjät saattavat kuvata aikaa ennen raitistumista ”entisenä/edellisenä elämänä” tai puhuvat ”entisestä minästä”. Tällainen ilmaisu kuvastaa sitä muutosta, joka tapahtuu kun käyttäjä luopuu elämänsä keskiössä olleesta asiasta. Ihminen ikään kuin muuttuu toiseksi tai syntyy uudelleen raitistuessaan ja joutuu työstämään omaa identiteettiään uudelleenlaisiksi.

#### 2.2 Päihderiippuvuuden selitysmalleja

Vallitsevan käsityksen mukaan päihderiippuvuus kehittyy satunnaisesta päihteiden käytöstä pakonomaiseen käyttöön, joka ei ole enää käyttäjän hallinnassa. Raittiita jaksoja seuraa yhä useammin hallitsemattomia käyttöjaksoja ja pikkuhiljaa käyttäjän elämäntavoissa ja käyttäytymisessä tapahtuu muutoksia. Päihderiippuvuus voidaan saada kuriin, mutta sillä on uusiutumisenriski tai se saattaa vaihtua toiseen riippuvuuteen. (Holmberg 2010, 42.) Kaikista päihteen kohtuukäyttäjistä tai kokeilijoista ei tule päihderiippuvaisia, vaan keskeisintä on se, millaisessa roolissa päihde on käyttäjän elämässä ja minkälaisia merkityksiä käyttäjä antaa käytölleen. Päihderiippuvuuden muodostumiseen vaikuttavat muun muassa päihteen neurobiologiset ja fysiologiset vaikutukset ihmisessä, jotka riippuvat yksilön fyysisistä

ominaisuuksista, yksilöllinen persoonallisuuden rakenne, psyyke sekä yhteisölliset ja kulttuurilliset tekijät. (Havio ym. 2008, 42–43.)

Riippuvuudesta ei ole olemassa yhdenmukaista teoriaa tai kuvaa, jota kaikki tutkimuksen tukisivat. Tästä syystä riippuvuutta ei voida selittää yhdellä ainoalla selitysmallilla. Sitä voidaan selittää eri ammattiryhmien, maailmankatsomusten ja tutkimusorientaatioiden näkökulmista. Erilaisia näkökulmia riippuvuuden selitykseen tarjoavat esimerkiksi Erik H. Eriksonin psykososiaalinen kehitysteoria, Margaret Mahlerin psykoanalyttinen separaatioindividuaaliteoria, neurokemialliset selitysmallit, perhe- adoptio- ja kaksostutkimukset sekä lääketiede. (Holmberg 2010, 42–43.) Vallitsevan käsityksen mukaan riippuvuuden syntyyn vaikuttavat ympäristötekijät ja sosiaaliset suhteet. Laajojen lääketieteellisten tutkimusten mukaan perimällä näyttäisi olevan vaikutusta riippuvuuden syntymisalttiuteen. Perimän merkitystä on tutkittu erilaisin hiiri- ja rottakokein. Niiden avulla tutkijat ovat saaneet kehitettyä rottakantoja, joiden humaltuvuus poikkeaa toisista. Päihteet tuovat käyttäjälleen, ainakin aluksi, mielihyvää. Juuri mielihyvän uskotaan olevan keskiössä riippuvuuden syntymisessä. Päihteet lisäävät joko suoraa tai epäsuorasti dopamiinin vaikutusta aivoissa. Dopamiini on aivojen välittäjäaine, joka saa aikaan mielihyvätunteen. Mielihyväjärjestelmän voimakas aktivointi päihteellä saa aivot uskomaan, että päihdyttävä aine on elintärkeä, jopa tärkeämpi kuin luontaiset mielihyvää tuottavat asiat kuten syöminen, lisääntyminen ja lapsista huolehtiminen. (Ahtee & Kaste 2010, 10–11.) Riippuvuuden edetessä tämä aivojen harhaluulo ohittaa ihmisen kaikki luonnolliset tarpeet päihtymistilaa tavoitellessaan. Eri päihteet vaikuttavat aivoihin eri reittejä ja eri välittäjäaineiden kautta, mutta niitä yhdistää ilmeisen samantapainen vaikutus aivojen mielihyväjärjestelmässä. (Hytönen.)

Päihderiippuvuutta selitetään myös oppimisella. Ihminen alkaa lääkittää esimerkiksi stressiä päihteellä. Aivohermoyhteyksiin syntyy muistijälki päihteen positiivisista vaikutuksista ja samalla päihteellä lääkitty stressitaso laskee. Seuraavilla kerroilla kun stressitaso nousee, aivot muistavat päihteen tuoman helpotuksen. Mikäli ihminen turvautuu ärsykkeiden kohdalla päihteeseen, muistijälki vahvistuu entisestään. Nämä muistijäljet säilyvät aivoissa pitkään päihteiden käytön lopettamisen jälkeen, ja aktivoituvat herkästi uudelleen. (Hytönen.)

Usean päihteidenkäyttäjän kertoman kokemuksellisen selitysmallin mukaan päihderiippuvuudella pyritään jonkin asian korjaamiseen tai eräänlaiseen lääkitsemiseen. Omassa kehossaan tai persoonallisuudessaan koettuja vajavaisuuksia yritetään paikata päihteen avulla, ja sitä kautta tavoitellaan eheyttä. Tällöin itse päihde ei ole varsinainen riippuvuuden kohde vaan pelkästään osa sitä tai vain väline. (Holmberg 2010, 44.)

### 3 PÄIHTEIDEN KÄYTÖN YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET

#### 3.1 Päihdehaitat

Päihteet aiheuttavat terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Ne voivat kohdistua käyttäjään itseensä, hänen lähiympäristöönsä tai laajemmin koko yhteiskuntaan. (Aalto 2010, 12.) Runsas päihteidenkäyttö sekä synnyttää sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia että syventää niitä. Päihteet, mielenterveysongelmat ja köyhyys nivoutuvat moniulotteisesti toisiinsa muodostaen vaikeasti purettavan kokonaisuuden. Terveydellisten ongelmien lisäksi päihteet aiheuttavat käyttäjälleen sosiaalisia haittoja, jotka näkyvät ihmissuhteissa sekä yksityis- ja työelämän sosiaaliin rooleihin liittyvissä kyvyissä ja valmiuksissa, kuten vanhemmuudessa. Päihderiippuvainen syrjäytyy opiskelu- ja työelämästä, minkä seurauksena toimeentulossa ilmenee ongelmia. (Partanen 2012.) Raskaimmat haitat kohdistuvat päihdeongelmaiseen itseensä ja hänen läheisiinsä. Inhimillinen kärsimys ei ole rahallisesti mitattavissa. (Piironen 2004, 20.)

Päihderiippuvaisilla on paljon kokonaan hoitamattomia tai huonosti hoidettuja oheissairauksia, kuten mielenterveysongelmia, maksasairauksia, hengenvaarallisia tulehduksia, verenkiertoelimistön sairauksia tai diabetesta. Oheissairauksien puutteellinen tai viivästynyt hoito kasvattaa hoitokustannuksia huomattavasti. Päihderiippuvuuden hoitamiseen pätee sama lainalaisuus kuin muihin suomalaisiin kansantauteihin: mitä huonommin päihderiippuvuutta hoidetaan ja mitä myöhemmin hoito aloitetaan, sitä suuremmat ovat yhteiskunnalle koituvat kustannukset. Välittömiä kustannuksia kasvattaa lisäksi riippuvuuteen liittyvä syrjäytymiskehitys ja sen mukanaan tuomat lieveilmiöt, kuten rikollisuus. (Toiviainen 2008, 158–159.)

### 3.2 Päihteiden vaikutus työkykyyn ja -panokseen

Päihteet heikentävät yksilöiden ja työyhteisöjen työkykyä. Etenkin alkoholin kokonaiskulutuksen kasvaessa lisääntyy myös sairauspoissaolot työpaikalta. Poissaolot työstä ja työpanoksen alentuminen eivät aina näy tilastoissa, vaan jäävät muiden syiden varjoon. Todellisuudessa kuitenkin esimerkiksi krapula aiheuttaa runsaasti lyhyitä poissaoloja ja työtehon alentumista. (Kaarne & Juntunen 2010, 88.)

Työ- ja toimintakyvyn alenemisen lisäksi päihteet alentavat työturvallisuutta ja aiheuttavat vaaraa yleiselle turvallisuudelle (Kaarne 2008). Esimerkiksi alkoholi lamauttaa käyttäjänsä toimintakykyä ja sitä kautta kasvattaa tapaturmariskiä. Puolen promillen humalassa onnettomuusriski on 3 - 5 kertaa suurempi kuin selvin päin ollessa, ja puolentoista promillen humalassa jo monikymmenkertainen. Päihtyneenä työskentelevä altistaa tapaturmalle itsensä lisäksi myös työtoverinsa ja mahdolliset asiakkaansa sekä täysin ulkopuoliset henkilöt. (Piiroinen 2004, 19.) Päihtyneenä työteho on heikompaa, minkä vuoksi työtehtäviä laiminlyödään. Sitä kautta työn laatu ja tuottavuus alenee. Päihteet vaikuttavat myös työpaikan yleiseen ilmapiiriin heikentävästi. Työntekijän päihdeongelma saattaa kasvattaa myös rikollisen toiminnan riskiä: etenkin työnantajan omaisuus sekä tietoturvallisuus ovat vaarassa. (Kaarne 2008.)

Päihdeongelma aiheuttaa pysyvää työkyvyttömyyttä silloin, kun siihen liittyy toiminta- ja työkykyä merkittävästi alentavia somaattisia komplikaatioita, kuten sydän-, maksa-, haima- tai hermostovaurioita. Lisäksi toimintakyvyn pitää olla pysyvästi alentunut, eikä se ole hoidolla tai kuntoutuksella palautettavissa. Päihdeongelma voi aiheuttaa työkyvyttömyyttä myös psyykkisten häiriöiden vuoksi. Esimerkiksi toistuvat tai pitkäaikaiset psykoottiset oireet, psyykkisen tason huomattava aleneminen tai persoonallisuudessa tapahtuvat muutokset tekevät päihdeongelmaisesta työkyvyttömän. Työkyvyttömyyttä arvioitaessa työn psyykinen ja fyysinen vaativuus ovat keskeisiä. (Teirilä 2003, 263.)

Työntekijän päihdeongelma aiheuttaa taloudellisia kustannuksia niin työntekijälle itselleen kuin työnantajalle ja koko yhteiskunnalle. Työntekijä menettää ansiotulojaan mahdollisen kuntoutusjakson ajaksi, ja pahimmillaan hän menettää koko työpaikkansa. Työnantajan kustannuksia kasvattavat menetetty työteho ja -kokemus sekä sairausloma. Yhteiskunta maksaa päihdeongelmasta koituvia kustannuksia suoraan

muun muassa sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden muodossa sekä välillisesti esimerkiksi menetettyinä verotuloina. (Piiroinen 2004, 20.)

### 3.3 Päihteiden vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen

Pitkäaikainen päihteiden käyttö heikentää fyysistä terveydentilaa vähitellen. Yleisimpiä sairauksia ja oireita ovat erilaiset vatsavaivat, toimintahäiriöt munuaisissa, haimassa ja maksassa, sydän- ja verisuonitaudit, hermovauriot sekä vapina ja lihasheikkous. (Ihalainen & Kettunen 2011, 201.) Päihteiden käyttö altistaa käyttäjänsä kuolemanvaaraan: esimerkiksi alkoholin liikakäyttäjillä kuolemanvaara on kolminkertaistunut verrattuna muuhun väestöön. Elinikä on alkoholiriippuvaisella kymmenen vuotta keskimääräistä lyhyempi. (Aalto 2010, 12.)

Päihdeongelmaisilla on lähes kaksi kertaa enemmän mielenterveysongelmia verrattuna muihin väestöryhmiin. Unihäiriöt, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt, masentuneisuus ja itsetuhoisuus sekä erilaiset psykoottiset tilat ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä päihdeongelmaisilla. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 106.) Päihdeongelmaista, jolla on vähintään yksi vakava mielenterveydellinen häiriö, kutsutaan kaksoisdiagnoosiasiakkaaksi. Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyvyys näyttää lähes jokaisessa terveys- ja sosiaalihuollon palvelussa. Yhtäaikaisen huumausaine- ja psykiatrisen sairauden vuoksi sairaalajaksolla olleiden asiakkaiden määrä on Suomessa viisinkertaistunut 1980-luvun loppupuolelta 2000-luvun alkuun. (Holmberg 2008, 12–14.)

Vuonna 2010 terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin 22 889 hoitojaksoa, joiden päädiagnoosina oli alkoholisairaus. Huumesairauksien vastaava luku oli 6 467. Huumehoitojaksoilla olleista suurin osa oli alle 35-vuotiaita. Kaikista sairaaloissa hoidetuista päihdehoitojaksoista huumehoitoja on vain joka viides, mutta potilaan ollessa alle 35-vuotias huumehoitoja on yli puolet. Uusia C-hepatiittitartuntoja rekisteröitiin 1 132 vuonna 2010. Uusista HIV-tartunnoista enää vain neljä prosenttia johtui pistokäytöstä, enemmistö tartunnoista saadaan seksivälitteisesti. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 27.)

Samana vuonna alkoholin seurauksena kuoli Suomessa 2 729 henkilöä, mikä on 189 henkilöä vähemmän kuin edellisvuonna. Alkoholikuolemat kasvoivat runsaasti vuodesta 2004 aina vuoteen 2007 asti, mutta nyt määrä näyttäisi kääntyneen laskuun.



Vuodesta 2005 lähtien alkoholisairaudet ja -myrkytykset ovat olleet työikäisten toiseksi yleisin kuolinsyy syöpäperäisten sairauksien jälkeen. Vuonna 2009 huumausainelöydöksiä tehtiin 254 kuolemantapauksessa, ja noin puolessa tapauksista kuolinsyynä oli myrkytys. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 22, 27.)

### 3.4 Rattijuopumukset ja muut päihderikokset

Tilastot osoittavat, että alkoholi on suoraan yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Viimeisen kymmenen vuoden aikana poliisin tietoon tulleiden henkirikosten tekijöistä 55–65 % epäillään olleen alkoholin vaikutuksen alaisena, pahoinpitelijöiden kohdalla luku on noin 60–70 %. Alkoholin osuus väkivaltarikoksissa on huomattavasti suurempi kuin huumausaineiden tai sekakäytön: tiedossa olevista pahoinpitelyrikoksista 56 % tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena, 0,4 % oli käyttänyt huumausaineita ja sekakäyttäjien osuus oli prosentin verran. Päähtyneenä tehdyissä moottorikulkuneuvojen käyttövarkauksissa sekä muissa varkausrikoksissa alkoholi on mukana lähes kaksi kertaa useammin kuin huumeet tai sekakäyttö. Vuonna 2010 huumausainerikoksia tuli poliisin tietoon 19 653. Niistä enemmistö, noin 62 % oli käyttörikoksia ja 33 % huumausainerikoksia. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 22, 28.)

Vuonna 2010 poliisi sai kiinni 21 130 rattijuopumukseen syyllistynyttä kuljettajaa. Luku sisältää sekä alkoholin vaikutuksen alaisena ajaneet kuskit, että huumausaineissa autoa kuljettaneet kuskit. Rattijuopumuksista törkeitä oli hieman yli puolet. Samana vuonna tieliikenneonnettomuuksissa, joissa alkoholi oli mukana, kuoli 77 henkilöä, joka on neljännes kaikista kuolemaan johtaneista tieliikenneonnettomuuksista. Tieliikenteessä tapahtuneissa onnettomuuksissa, joissa alkoholi oli mukana, loukkaantui 884 henkilöä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 23).

Päihteiden käyttö on yhteiskunnalle kallista. Vuonna 2009 alkoholin käyttö aiheutti 0,8–1,0 miljardin välittömät kustannukset ja 3,2–5,9 miljardin euron välilliset kustannukset. Välittömistä kustannuksista hieman yli neljännes kuluu sosiaalihuoltoon, terveydenhuollon osuus on noin viidennes. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 24.) Vastaavasti huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttö aiheutti noin 0,2–0,3 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 0,5–1,2 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Kolmannes välittömistä kustannuksista aiheutui sosiaalitoimen kustannuksista. Terveidenhuollon osuus oli

noin 15 prosenttia. Välittömiin kustannuksiin sisältyvät terveydenhoidon, sosiaalitoimen, rikollisuusvalvonnan, rikosten aiheuttamien omaisuusvahinkojen, tutkimuksen sekä ennaltaehkäisevän päihdetyön kustannukset. Välillisiin kustannuksiin kuuluvat päihteiden käytöstä aiheutuvat tuotantomenetykset ja menetetyt elämät ennenaikaisen kuoleman vuoksi, mikä on ehdottomasti merkittävin välillinen kustannus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 34–36.)

## 4 PÄIHDEPALVELUT

### 4.1 Suomalainen päihdehuolto

Päihdehuoltopalvelut ovat lisääntyneet ja erikoistuneet viimeisen 50 vuoden aikana. Päihdeongelmallisille on tarjolla enenemässä määrin erilaisia lääketieteellisiä, psykiatrisia ja sosiaalihuollollisia palveluita. Päihdehuolto on osa yhteiskunnan laajempaa kansanterveydellistä pyrkimystä vähentää päihteiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja sekä työkyvyttömyyttä. (Babor, Stenius & Romelsjö 2009, 195.)

Suomessa päihdehuoltoa toteutetaan ei-medikaalisena mallina, jonka mukaan päihdeongelma aiheuttaa erityisesti sosiaalista problematiikkaa. Tästä syystä myös päihdekuntoutuksessa on painottunut sosiaalipalvelut ja sosiaalityö, joka on pitkään ollut päävastuussa päihdehuollosta. Alkoholiongelma on määrittynyt ennen kaikkea sosiaalisesti ongelmaksi, jonka ratkaiseminen on vaatinut sosiaalihuoltoa ja sosiaalityön osaamista enemmän kuin terveydenhoitoa. Kasvanut huumeaineiden käyttö ja huumeongelmaisten lääkehoito sekä lisääntynyt terveysneuvonta ovat lisänneet terveystalouden roolia suomalaisessa päihdehuollossa. (Kananen, Lähteinen & Marjamäki 2011, 277–278.)

### 4.2 Lainsäädäntö

Suomen perustuslain 19. §:n 3. momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Lisäksi lain 6 §:ssä säädetään, että jokaista on kohdeltava yhdenvertaisesti. (Suomen perustuslaki 731/1999.) Suomen perustuslain lisäksi päihdetyötä ohjaavat useat muut

lait: Alkoholilaki (1143/1994), Huumausainelaki (373/2008), Asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008), Asetus huumausaineena pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008), Asetus huumausaineiden valvonnasta (548/2008), Raittiustyölaki (282/1982), Raittiustyöasetus (233/1983) ja asetukset raittiustyöasetuksen muuttamisesta, Päihdehuoltolaki (41/1986) ja Päihdehuoltoasetus (653/1986) (Päihdetyötä ohjaava lainsäädäntö). Päihdehuoltolaissa (41/1986) säädetään päihdehuollon palveluista. Sosiaalihuollon asiakaslaissa ja potilaslaissa säädetään oikeuksista palveluiden saajana. (STM 2002, 26.)

Päihdetyönammattilaisten apuvälineiksi on laadittu 2000-luvulla erilaisia oppaita helpottamaan heidän työtään. Ehkäisevän päihdetyön suunnittelun ja arvioinnin apuvälineeksi kehitettiin Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, jotka julkaistiin vuonna 2006. Päihdepalveluiden laatusuositukset ovat sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton vuonna 2002 julkaisema ohjeistus, jonka tarkoituksena on muun muassa lisätä päihdepalveluiden saatavuutta ja parantaa niiden laatua. Alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskevat Käypä Hoito -suositukset päivitetään kahden vuoden välein, ja niistä käsitellään muun muassa hoitomuotojen vaikuttavuutta. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 41.)

#### 4.3 Päihdepalveluiden järjestäminen

Päihdepalveluiden järjestämisvelvollisuus on Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnilla. Lain mukaan palveluiden tulee sisällöltään ja laajuudeltaan vastata kunnassa esiintyvään tarpeeseen, ja niitä on annettava henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Tavoitteena päihdehuollolla on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja niistä johtuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Palveluja on annettava henkilön ja hänen läheistensä tuen, avun ja hoidon tarpeen perusteella. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129). Keskeisinä periaatteina päihdehuoltolaissa ovat asiakkaan mahdollisuus päästä palveluiden piiriin omaaloitteisesti, itsenäisyyttä tukeva työote, luottamuksellisuus sekä ensisijaisesti ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä edun huomioiminen. Apua tarjotaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työssäkäyntiin liittyvissä kysymyksissä. (Tervo 2010, 37.)

Päihdehuoltolaki on luonteeltaan puitelaki, joka jättää kunnan viranomaisille laajan harkintavallan lain soveltamisessa (Kananoja ym. 2011, 279). Päihdehuoltoa toteutetaan kunnan yleispalveluissa, kuten terveyskeskuksissa ja sosiaalipalvelutoimistossa. Yleispalveluissa päihdehuolto keskittyy ongelmien ennaltaehkäisemiseen, tunnistamiseen ja eteenpäin ohjaamiseen. Päihdehuollon erityispalveluissa asiakas saa apua muun muassa kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa, päihdekierteen katkaisussa ja päihdeettömyyden ylläpitämisessä avopalveluiden avulla. (Holmberg 2010, 25.) Päihdehuoltolaki mahdollistaa myös tahdosta riippumattoman hoidon. Käytännössä tämä niin sanottu pakkohoito on harvinaista. (STM 2002, 27.) Asiakas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon silloin, kun hän on terveysvaarassa tai väkivaltainen. Terveysvaara tarkoittaa välitöntä hengenvaaraa tai siihen joutumista, mikäli päihteiden käyttö jatkuu. Väkivaltaisuuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa päihdeongelmainen vaarantaa väkivaltaisella käytöksellä perheenjäsenensä tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. (Huttunen 2011.)

Päihdehuollon palveluita tarjoavat sekä sosiaali- että terveyshuolto, mutta päihdehuollon erityispalvelut ovat pääosin sosiaalihuollon järjestämiä. Päihdehuollon palveluiden toteuttamisessa on erilaisia tapoja: kunta voi järjestää ne omana toimintana, yhteistyössä päihdehuollon palveluntuottajan kanssa, kuntayhtymässä, päihdepalvelusäätiössä tai ostosopimuksella muiden järjestöjen tai yksityisen yritysten kanssa. (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 62.)

Kunnan sosiaalilautakunnan ja muiden viranomaisten tehtävään kuuluu kuntalaisten elinoloihin ja elämäntapoihin vaikuttaminen, ja sitä kautta alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäytön ehkäisy. Kunnan on seurattava päihteidenkäytön kehitystä ja välitettävä tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvissä asioissa. Asiantuntija-avun antaminen kuntalaisille ja muille viranomaisille kuuluu myös sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan tehtäviin. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129.) Jokaisella kunnalla tulee olla päihdestrategia osana terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Siinä määritellään kunnan menetelmät päihdehaittojen ehkäisemiseen, esitellään tarjottavat palvelut sekä selvitetään miten sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on jakautunut päihdepalveluissa. (STM 2002.)

#### 4.4 Kouvolan päihdepalvelut

Kouvolan päihdetyötä ohjaa päihdestrategia, jossa on määritelty muun muassa päihdetyön järjestäminen. Strategian mukaan Kouvolassa päihdepalvelut ovat kynnyksettä, vaikuttavia ja pohjautuvat lainsäädäntöön ja asiakkaiden tarpeisiin. Päihdepalvelut voidaan jakaa kolmeen eri sektoriin: ehkäisevä päihdetyö, peruspalveluiden päihdetyö sekä päihdetyön erityispalvelut. (Kouvolan päihdestrategia 2009–2012, 6,9.)

##### 4.4.1 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevä päihdetyö on laaja-alaista ja poikkihallinnollista yhteistyötä, jonka tarkoitus on edistää päihteettömyyttä sekä vähentää alkoholin, tupakan ja huumeiden käytöstä seuraavia haittoja. Kouvolassa ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan moniammatillisena virkamiesyhteistyönä, ja mukana ovat kaikki kaupungin toimialat, seurakunnat ja kolmas sektori. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan eri-ikäisten palveluissa, esimerkiksi erityisnuorisotyön palveluita tarjoavassa Motiimissa, terveyden edistämisen ja hyvinvointipalveluiden yksiköissä, senioriterveysneuvonnassa, ikäasemalla ja muistipoliklinikalla. Lisäksi sitä tehdään myös tapaturmien ja väkivallan ehkäisykeskuksessa, kunnan työterveyshuollossa, sosiaalipalveluissa, kuntouttavissa palveluissa ja neuvolatoiminnassa. (Kouvolan päihdestrategia 2009–2012, 6–7.)

##### 4.4.2 Päihdetyön peruspalvelut

Perusterveydenhuollon palveluissa päihdetyötä ovat päihdeongelmien tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja mini-interventio eli lyhytneuvonta, jonka tarkoituksena on tarjota keinoja alkoholin käytön vähentämiseen käytön ollessa runsasta, mutta ei vielä vahingollista (Seppä 2005). Terveysasemat tarjoavat akuutteja palveluita, päihdehuollon erityispalveluiden tarpeen arviointia, motivointia, päihtyneen ajaneiden ajokorttiarviointia ja päihdehoitoon ohjausta. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa päihteiden käyttöä kartoitetaan määräraikaistarkastuksissa haastattelujen ja AUDIT-testien avulla. Peruspalveluiden päihdetyö kuuluu myös varhaiskasvatuksessa ja kouluissa työskenteleville ammattilaisille: tarvittaessa he puuttuvat päihdeongelmaan ja ohjaavat eteenpäin. (Kouvolan päihdestrategia 2009–2012, 7–8.)

#### 4.4.3 Päihdetyön erityispalvelut

Kouvola on tehnyt päihdepalveluiden tuottamisesta sopimuksen A-klinikkasäätiön kanssa. Kouvola on myös mukana sekä Itä-Suomen että Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymissä. Erityistapauksissa kouvolaisten käytettävissä on myös muita päihdepalveluiden tuottajia. (Kouvolan päihdestrategia 2009–2012, 8–9).

A-klinikkasäätiöllä on Kouvolan A-klinikkatoimessa viisi palveluyksikköä, joista kolme on A-klinikkaa ja kaksi laitoshoitoyksikköä. Palvelut perustuvat sosiaalityön, laitoshoitotyön ja lääketieteen osaamiselle. Kouvolassa, Kuusankoskella ja Myllykoskella sijaitsevat A-klinikat ovat polikliinisiä avohoitopaikkoja, joissa hoidossa olevat päihdeongelmaiset ovat hakeutuneet vapaaehtoisesti hoitoon tai heidät on sinne ohjattu. Palveluita annetaan myös päihderiippuvaisen läheisille. Tukiasunnot kuuluvat jokaisen A-klinikan palveluihin ja tekemistä arkipäiviin tarjoaa päiväkeskukset. (Kouvolan päihdestrategia 2009–2012, 9.) Terveysneuvontapiste Vinkistä suonensisäisiä huumeita käyttävät saavat tietoa muun muassa hoitovaihtoehtoista ja hoitopaikoista, sosiaalipalveluista ja tartuntataudeista. Toiminnan pääperiaate on luottamuksellisuus, eikä lähetettä tarvita. (Immonen 2009.)

Kouvola tarjoaa laitostuntoutusta A-klinikkasäätiön katkaisuhuoltoasemalla ja huumevierotusyksikössä. Katkaisuhuoltoasemalla hoidetaan vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneita tai sinne ohjattuja päihderiippuvaisia, jotka eivät ole hyötynet avopuolen palveluista. Huumevieroitusyksikkö on täysi-ikäiselle huumeriippuvaiselle, joka haluavat vapaaehtoisesti huumevieroitus- ja kuntoutushoitoon. Huumevieroitushoidon jälkeistä kuntoutusta hankitaan tarvittaessa ostopalveluna. Kouvolalaisille laitospalveluita tarjoavat myös Itä-Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymän Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus ja Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymän Ridasjärven päihdehoitokeskus. Nämä palvelut on tarkoitettu asiakkaille, joille avohuollon palvelut eivät ole katkaisun jälkeen olleet riittäviä tai tarkoituksenmukaisia. Tällöin kuntoutumisen edellytyksenä on väliaikainen poissaolo normaalista fyysisestä ja sosiaalisesta elinympäristöstä. (Kouvolan Päihdestrategia 2009–2012, 9.)

## 5 PÄIHDEHUOLLON LAITOSPALVELUT

### 5.1 Laitoskuntoutuminen

Laitoskuntoutukseen kuuluvat lyhytaikaisempi katkaisuhuolto ja pidempiaikaisempi kuntoutus. Useilla paikkakunnilla alkoholi- ja huumeatkaisua toteutetaan samassa yksikössä, mutta viime vuosien aikana on perustettu erityisesti huumeriippuvuuteen erikoistuneita katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä. Myös terveyskeskusten vuodeosastoilla toteutetaan katkaisuhuoltoja. Laitoskuntoutumista ovat myös intervallijaksot, jotka ovat jatkoa tiiviille kuntoutumisjaksolle. Alle viikon kestäville intervallijaksolle tullaan asiakkaan yksilöllisestä tarpeesta riippuen muutamien viikkojen tai kuukausien välien. (Havio ym. 2008, 101.)

### 5.2 Vieroitus- ja katkaisuhuolto

Katkaisuhoidossa katkaistaan päihdekierre ja luodaan edellytyksiä fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle päihteiden käytöstä. Hoito kestää 5–7 päivää, ja hoitona ovat vieroitusoireiden hoito, tarvittava lääkehoito, kahdenkeskeiset ja ryhmäkeskustelut, perhe- ja verkostotapaamiset sekä lepo. (Katkaisuhuoltoasema Kouvola 2012.) Myös muita psyykkisiä ja somaattisia vaivoja hoidetaan katkaisujakson aikana. Samalla selvitetään sosiaalisia ongelmia, usein yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa. Jakson aikana tehdään jatkosuunnitelma kuntoutumiselle ja esitellään paikkakunnalta saatava vertaistuki. (Mäkelä & Aalto 2010, 50.) Akuutin päihteiden käytön katkaiseminen on pieni osa pitkää päihdekuntoutumisprosessia (Vuori-Kemilä ym. 2007, 79).

Lääkehoito on usein käytetty menetelmä laitosvieroituksessa, siksi hoito on ympärivuorokautista. Lääkkeitä käytetään yleensä vain vieroitusjakson ajan ja silloinkin vähitellen pienenevin annosin. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 167.)

Alkoholin katkaisussa käytetään tavallisesti bentosdiastepiinilääkitystä, huumeatkaisussa lääkehoito määräytyy vieroitusoireiden perusteella (Vuori-Kemilä ym. 2007, 79). Asiakkaan siirtyessä kotiin tai jatkokuntoutumiseen ei lääkitystä ole enää käytössä (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 168).

### 5.3 Kuntouttava päihdehoito

Päihdekuntoutumisyksikköön kuntoutumisjaksolle siirtyvät ne asiakkaat, joille avohuollon palvelut eivät ole riittäviä sekä joiden kuntoutuminen vaatii omasta elinympäristöstä irrottautumista ja tiivistä sosiaalisen kuntoutumisen tukemista (Ihalainen & Kettunen 2011, 217). Kuntoutumisjakso järjestetään mahdollisen vieroitushoidon jälkeen, ja siirtyminen päihdekuntoutumislaitokseen edellyttää, että asiakkaan fyysinen ja psyykinen vointi on tasaantunut (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 169). Kuntoutumisjaksolle hakeudutaan kunnan sosiaalitoimen tai A-klinikan kautta, joissa tehdään myös tarvittava maksusitoumus. Asiakkaalta peritään omavastuuosuus laitostuntoutumisjaksosta, mutta varattoman asiakkaan on mahdollisuus saada harkinnanvaraista toimeentulotukea omavastuuosuuden maksamiseen. (Ihalainen & Kettunen 2011, 218.)

Kuntoutumisen pohjana on kuntoutumissuunnitelma. Jakson alkaessa asiakkaalle tehdään tulohaastattelu, jossa pyritään kartoittamaan asiakkaan toimintakyky ja kuntoutumisen tarve. Kuntoutumissuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan ja usein myös hänen lähiverkostonsa kanssa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 170.) Työskentelyn lähtökohtana on nykyhetki ja siinä tehtävät muutokset, tähtäin on lähitulevaisuudessa. Kuntoutuminen on vapaaehtoista, ja sitä ohjaa kuntoutujan vastuu omista valinnoista ja osallistumisesta kuntoutumiseen. (Vähäniemi 2008, 106.)

Päihdekuntoutujan elämäntilannetta ja selviytymiskykyä tuetaan konkreettisella ja toiminnallisella kuntoutuksella. (Vähäniemi 2008, 106.) Kuntoutumisessa olennaista on päihteettömän arkielämän ja arjen rutiinien opettelu. Päihdekuntoutujalla on tavallisesti ongelmia esimerkiksi vuorokausirytmisissä, taloudellisissa asioissa, kuten laskujen ja vuokran maksamisessa, omasta terveyden tilasta huolehtimisessa sekä kyvystä ottaa muita huomioon. Laitosjakson tarkoitus on vahvistaa arjen taitoja sekä edistää kuntoutujan sisäistä ja ulkoista elämäntilannetta. (Ihalainen & Kettunen 2011, 221–222.)

Päihdekuntoutujan elämän keskeisintä sisältöä jopa useamman vuoden ajan on ollut päihteiden käytön rahoitus, hankinta, käyttäminen ja siitä toipuminen. Tämän vuoksi on tärkeää löytää asioita päihteiden käytön tilalle. Korvaavien asioiden tulisi olla mielekkäitä, lisätä arjen sujuvuutta, harjaannuttaa arkielämän taitoja ja vahvistaa päihteettömyyttä. (Vähäniemi 2008, 106.) Uusien tai unohdettujen taitojen opetteluun



lisäksi muutosta pitää tapahtua myös kuntoutujan asenteiden ja identiteetin tasolla, jotta uusi, päihteetön elämäntapa olisi mahdollista. Elämäntavan vaihtaminen voi tuntua hyvin pelottavalta, koska eläminen ilman päihteitä saattaa olla kuntoutujalle täysin tuntematonta. Myös kuntoutujan kokemat avuttomuuden ja osaamattomuuden tunteet jarruttavat uuden elämäntavan omaksumista, minkä vuoksi runsas tuki kuntoutumis- ja toipumisprosessissa on välttämätöntä. (Havio ym. 2008, 156.)

Kuntoutuksessa keskeistä on päivärhythmi. Monen kuntoutujan elämä on aikaisemmin ollut kaoottista ja raamitonta, struktuurin luominen päiviin lisää kuntoutujan turvallisuuden tunnetta. Sen avulla kuntoutuja pääsee kiinni vuorokausirytmiiin, joka taas auttaa esimerkiksi univaikeuksiin. Kuntoutusyksiköissä on omat päivä- ja viikko-ohjelmat, joissa määritellään säännöllisesti tapahtuvat asiat sekä muut aikataulut. Sekä henkilökunta että asiakkaat noudattavat sovittua aikataulua. Viikko-ohjelma koostuu sekä yksilö että ryhmätoiminnoista, joita toteuttaa moniammatillinen työryhmä. Kuntoutumista tukeva ohjelma sisältää sekä keskustelua että toiminnallista tekemistä. Toiminnallinen tekeminen voi esimerkiksi olla liikuntaa, joka fyysisen kuntoutumisen lisäksi antaa kuntoutujalle positiivisia kokemuksia. Kuntoutujalla on myös vapaa-aikaa, jonka voi käyttää itsenäiseen työskentelyyn ja päihteettömien vapaa-ajan viettotapojen etsimiseen. (Vähäniemi 2008, 109–110.)

Päihdekuntoutujan sosiaalinen verkosto on usein niukka, minkä vuoksi myös tukea on saatavilla keskimääräistä vähemmän. Verkoston tärkeys korostuu erityisesti kuntoutumisjakson jälkeen päihdekuntoutujan palatessa kotiin. Irrottautuminen vanhoista vuorovaikutussuhteista ja päihteettömien ihmissuhteiden vakiinnuttaminen ovat olennaisia tekijöitä uudessa päihteettömässä elämässä. (Matela & Väyrynen 2008, 233.) Kuntoutuksessa työntekijä kartoittaa yhdessä päihdekuntoutujan kanssa tämän sosiaalista verkostoa esimerkiksi piirtämällä verkostokarttaa. Menetelmän avulla etsitään niitä sosiaalisia suhteita, joista olisi apua ja tukea kuntoutumisessa. (Ihalainen & Kettunen 2011, 222.)

Laitosjakson aikana asiakas saa myös tukea kokonaisvaltaiseen elämäntilanteensa selvittämiseen, mikä saattaa sisältää asuntoasioihin, ihmissuhteisiin ja toimeentuloon liittyviä kysymyksiä (Ihalainen & Kettunen 2011, 218). Lisäksi kuntoutujan kanssa suunnitellaan ja rakennetaan yhteistyötä avopalveluiden kanssa. Näin ylläpidetään kuntoutusjatkumoa ja varmistetaan riittävä tuki myös varsinaisen kuntoutumisjakson

jälkeen. Kuntoutuksen kesto vaihtelee kuukaudesta jopa vuosiin (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 170–172). Pituus määrittyy yksilöllisesti asiakkaan tarpeen ja elämäntilanteen mukaan (Ihalainen & Kettunen 2011, 218).

#### 5.4 Ryhmätoiminta osana kuntoutumista

Kuntoutumista edistävinä menetelminä käytetään muun muassa ryhmätoimintaa, erilaista terapiaa ja yhteisöhoitoa (Ihalainen & Kettunen 2011, 217). Ryhmätoiminta on yleisesti käytetty menetelmä päihdekuntoutumisessa. Ryhmien ohjauksesta on vastuussa yksi tai kaksi koulutettua työntekijää. Ryhmät voivat olla joko keskustelullisia tai toiminnallisia, ja ne saattavat edetä joko strukturoidusti tai vapaasti. Ryhmätoiminnan kuntouttavia elementtejä ovat mahdollisuus jakaa tietoa ja kokemuksia ryhmäläisten kesken, ryhmään kuulumisen tunne, avautuminen ja hyväksyntä sekä toivon herättäminen ja löytyminen. Ryhmässä jäsenet saavat kokemuksia toisten auttamisesta, syventävät ihmissuhdetaitojaan ja saavat muilta ryhmän jäseniltä sosiaalista tukea kuntoutumiseen. (Vähäniemi 2008, 118.)

Kuntoutumislaitosten ryhmätoiminta on usein rakennettu siten, että se sisältää sekä rationaaliseen että tunnetason tiedostamiseen tähtäviä elementtejä. Kognitiivista tiedostamista ja motivoitumista pyritään vahvistamaan ryhmätoiminnoilla, joissa harjoitellaan heikentyneitä sosiaalisia taitoja ja kehitetään raittiutta tukevaa verkostoa samalla kun siteitä päihdemyönteiseen verkostoon pyritään heikentämään. (Holopainen 2008, 222.) Tavallisesti ryhmissä käsitellään päihdeongelmaa erilaisin keinoin, laaditaan muutossuunnitelmia ja selviytymisstrategioita sekä tarkastellaan elämänkaarta. Myös päihteiden terveyshaitoista puhuminen, retkahduksen ehkäiseminen sekä tunteiden tunnistamiseen ja mielialaan liittyvät teemat ovat tyypillisiä aiheita, joita ryhmissä käsitellään. Ryhmien lähestymistapa on usein kognitiivinen eli pyritään, että kuntoutuja oppisi toimimaan toisin. Myös päihteistä kieltäytymistä voidaan harjoitella. (Vähäniemi 2008, 119.)

Ryhmissä tapahtuva käytännön tilanneharjoittelu tukee kuntoutujan uusien toimintamallien oppimista. Myös viestintä- ja ilmaisutaitoja on oleellista harjoitella, koska etenkin huumeriippuvaisista moni on aloittanut säännöllisen käytön nuorena. Tästä syystä kyseiset taidot voivat olla vajavaisia tai ne ovat kehittyneet käyttäjien alakulttuurin normeihin soveltuviksi. (Matela & Väyrynen 2008, 232.) Turvallisessa ryhmässä kuntoutuja uskaltaa jakaa omia kokemuksiaan ja vastaanottaa sekä

myönteistä että kielteistä palautetta (Vähäniemi 2008, 118). Vertaisryhmäläisten antama palaute on monipuolista, ja yleensä se otetaan vastaan helpommin kuin ammattilaisen antama palaute. Monesti se myös koetaan arvokkaammaksi. Muilta saatu palaute kasvattaa ja vahvistaa muutosmotivaatiota. Ryhmäpaineen ansiosta kuntoutumista edistävien tehtävien tekemisestä on vaikeampi kieltäytyä. (Tuomola 2003, 220.)

Tutkimusten mukaan parhaita tuloksia saadaan ryhmistä, joiden teemoina on ollut sosiaalisten taitojen harjoittelu, omien vahvuuksien löytäminen sekä vahvistavien lauseiden käytön opettelu. Lisäksi ryhmissä on menneen pohtimisen sijasta suuntauduttu aktiivisesti tulevaisuuteen. (Vähäniemi 2008, 118–119.) Sosiaalisia taitoja harjoittelemalla kuntoutuja voi välttää tai hallita päihteiden käyttöön altistavia tilanteita, tunteita ja ongelmia. Erityisesti retkahdusten ehkäisymenetelmien opettelu rakentaa kuntoutujan ennakointi- ja selviytymiskykyä hänen kohdatessa käyttöä ylläpitäviä tilanteita ja ihmisiä. Lisäksi harjoittelulla vahvistetaan kuntoutujan kykyä hakea ja vastaanottaa sosiaalista tukea. (Matela & Väyrynen 2008, 232.)

## 6 TUTKIMUKSEN KULKU

### 6.1 Tutkimusprosessi

Tutkimuksen kohderyhmä koostui vuosina 2009–2011 päihdehuollon kuntoutumislaitoksessa olleista Kouvolan päihdepalveluiden asiakkaista, joiden kuntoutumisjakson loppumisesta on kulunut vähintään puoli vuotta. Suorittaessani kolmatta harjoitteluani Kouvolan päihdepalveluilla lähetimme työn tilaajan kanssa haastattelukutsut postitse kohderyhmälle. Päädyimme postikutsuihin, koska se tavoittaa varmimmin kohderyhmän. Kutsuja ei lähetetty henkilöille, jotka ovat pysyvästi tehostetun palveluasumisen piirissä tai sillä hetkellä sairaalahoidossa. Kohderyhmään kuuluvista asiakkaista kaksi oli menehtynyt. Kolmelta kohderyhmäläiseltä tiedustelin halukkuutta haastatteluun kasvotusten, koska olin harjoittelun puolesta heidän kanssaan tekemisissä kutsujen lähetyksen aikaan. Heille ei enää erikseen lähetetty kutsua. Haastatteluihin ilmoittautui 6 henkilöä, mikä oli 10 % kaikista kutsutuista. Päätimme lähettää uuden kutsun, minkä jälkeen osallistujamäärä kolminkertaistui. Haastattelut tein pääasiassa marras–joulukuussa

2011 sekä muutaman tammikuussa 2012. Kaikkia haastatteluun ilmoittautuneita en päässyt haastattelemaan, koska kaksi ei tullut paikalle ja yksi sairastui. Haastatteluihin osallistui yhteensä 23 (N=23) henkilöä, mikä on 38 % kaikista haastatteluun kutsutuista.

## 6.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia päihdehuollon laitostuntoutumisen vaikuttavuutta. Työn tilaajana toimii Kouvolan kaupungin päihdepalvelut ja tutkimuskohteena laitostuntoutumisjaksolla olleet asiakkaat. Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Miten päihdekuntoutuja kokee laitostuntoutumisen vaikuttaneen elämänsä eri osa-alueisiin?
- Millaisilla tekijöillä koetaan olevan eniten vaikutusta laitostuntoutumisessa?

Olen kiinnostunut jokaisen subjektiivisesta kokemuksesta. Tavoitteena on saada päihdekuntoutujan oma ääni kuuluviin.

## 6.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta

Opinnäytteeni on kvalitatiivinen eli laadullinen. Tarkoituksena laadullisessa tutkimuksessa on nostaa esille haastateltavien kuvaukset heidän kokemastaan todellisuudesta. Tutkimuksella ei tavoitella totuuden löytämistä tutkittavasta asiasta vaan laajempaa ymmärrystä ihmisen toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Vilka 2005, 97–98.) Tutkimussuuntaukseni on fenomenologinen, koska tutkimuskohteenani ovat haastateltavien subjektiiviset kokemukset. Fenomenologisen tutkimuksessa tutkimuskohteena on ihmisen oma ainutlaatuinen kokemus. (Metsämuuronen 2006, 165.)

Suoritin tutkimuksen puolistrukturoituna haastatteluna. Haastattelu on yksi suosituimmista tiedonkeruumenetelmistä. Sen etuna on haastattelijan mahdollisuus kontrolloida vastausten laajuutta ja syvyyttä. Lisäksi voidaan esittää tarkentavia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä haastateltava pystyy säätämään sitä, millaisia asioita tuo esille ja korostaa vastauksissaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.)

Käytin haastatteluissa puolistrukturoitua haastattelulomaketta, koska halusin tietoa etukäteen määritellyistä asioista. Käyttämässäni lomakkeessa oli avointen ja monivalintakysymysten lisäksi niiden välimuotoja. Monivalintakysymyksissä vastaaja valitsee annetuista vaihtoehdoista itselleen sopivimman. Avoimissa kysymyksissä on esitetty vain kysymys, johon haastateltava vastaa omin sanoin. Näiden välimallissa on valmiiden vaihtoehtojen lisäksi avoin kysymys. Avoimien kysymysten ansioista haastateltavat saavat mahdollisuuden kertoa, mitä todella ajattelevat, sen sijaan, että oma kokemus pitäisi sovittaa annettuihin vaihtoehtoihin. Avoimien vaihtoehtojen avulla saadaan esiin näkökulmia, joita lomaketta tehtäessä ei ole osattu ajatella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 199–201.)

Rajallisten resurssien vuoksi päädyn kirjaamaan vastaukset käsin sen sijaan, että olisin nauhoittanut jokaisen haastattelun. Huomioin tutkimuksen kohderyhmän aineistonkeruumenetelmää valitessani. Päähteidenkäyttö vaikuttaa kognitiivisiin ominaisuuksiin, minkä vuoksi esimerkiksi pitkien kirjallisten vastausten antaminen voi olla haastavaa. Tämän vuoksi päädyn postikyselyn sijasta haastatteluun. Haastatteluissa pystyin tarvittaessa selventämään kysymystä ja pyytämään tarkennusta vastaukseen.

Haastattelulomakkeen pohjana toimi Sosiaalinen kartoitus -menetelmälomake. Lomake koostuu kahdeksasta eri osa-alueesta: päähteidenkäytön hallinta, terveys, taloudellinen tilanne, hoito/tuki, ihmissuhteet/ystävät/sukulaiset, asuminen, vapaa-aika/harrastukset ja työ/opiskelu. Päihderiippuvuuden kokonaisvaltaisuuden vuoksi oli perusteltua tutkia vaikuttavuutta kaikkiin elämän osa-alueisiin. Kuntoutumisessa on kyse koko elämäntavan ja jopa identiteetin muutoksesta. Päihderiippuvuus ei ulotu ainoastaan päihteen käyttöön. Fyysinen ja psyykinen pahoinvointi, taloudellinen ahdinko, päihdemyönteiset ihmissuhteet ja asuinalue sekä elämän sisällöttömyys ovat usein taustatekijöinä päihderiippuvuudessa. Laitosmuotoisessa kuntoutumisessa käsittelyssä on nimenomaan käyttöön johtavat taustatekijät. Taustalla oleviin asioihin vaikuttaminen on tehokkaampaa kuin oireen poistaminen. Toisaalta keskimäärin kuukauden laitosjaksoilla on haastavaa saada muutosta kaikkiin osa-alueisiin. Sen vuoksi painopiste on psyykkisessä ja fyysisessä hyvinvoinnissa, sosiaalisissa suhteissa ja vapaa-ajan ja arkirytmien rakentamisessa. Lisäksi oleellista on tehdä suunnitelma kuntoutumisen jatkumiselle laitospäivien jälkeen. Taloudellinen tilanne, asuminen sekä opiskelua ja/tai työ ovat osa-alueita, jotka eivät ole keskeisiä riippuvuutta ylläpitäviä

tekijöitä. Tämän vuoksi muutokset niissä saattavat näkyä vasta kuntoutumisen ollessa pidemmällä. Toisaalta ihmisen elämä on systeemi, jossa eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa: psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen synnyttää halua ja pystyvyyttä työntekoa kohtaan, mikä taas vaikuttaa taloudelliseen tilanteeseen ja sitä kautta esimerkiksi asumiseen.

Haastatelluista osan kuntoutumisjaksosta oli kulunut aikaa lähes kaksi vuotta, joten pidemmällä aikavälillä näkyvät vaikutukset, kuten opiskelu, työ tai taloudellinen tilanne tulisivat näkyviksi heidän vastauksissaan. Haastattelukysymyksillä halusin saada mahdollisimman laajan kokonaiskuvan laitosjakson vaikutuksesta. Päähteiden käyttöön liittyvien muutosten sijaan kiinnostuksen kohteena oli käytön taustalla olevat tekijät ja mahdolliset muutokset niissä. Näiden lisäksi kysyin avoimena kysymyksenä kuntoutujan kokemusta jaksosta. Kysymys toimi palautteenantokanavana päihdekuntoutuslaitoksille ja tilaajataholle. Olin myös kiinnostunut siitä, mitkä elementit koettiin kuntouttaviksi. Näitä vastauksia päihdekuntoutumista tarjoavat toimijat voivat hyödyntää kehittäessään toimintaansa.

Tein suurimman osan haastatteluista Kouvolan alueen sosiaalipalvelutoimistoissa tai päihdepalveluita tarjoavan yksikön tiloissa. Kaksi haastatteluista toteutin osallistujien toiveesta puhelimitse, koska haastateltavien elämäntilanteiden vuoksi kasvokkain tehtävälle haastattelulle ei löytynyt aikaa. Nämä kaksi halusivat kuitenkin osallistua tutkimukseen, joten päädyn puhelinhaastatteluun, jotta pystyin tarvittaessa tarkentamaan kysymyksiä. Yhden osallistujan haastattelin reaaliaikaisen videokuvan avulla, koska haastateltavalla ei ollut mahdollisuutta osallistua kasvotusten tehtävään haastatteluun. Yksi haastatteluun osallistunut toivoi haastattelupaikaksi omaa työpaikkaansa, joten tein haastattelun hänen työhuoneessaan. Haastattelun kestivät vähimmillään kymmenen minuuttia ja enimmillään puoli tuntia.

Haastattelutilat olivat suljettuja, mikä mahdollisti rauhallisen ja luottamuksellisen haastattelutilanteen. Yksi haastattelu keskeytyi muutamaksi minuutiksi, koska paikalle tuli ulkopuolinen henkilö. Yhden haastattelun aikana paikalla oli myös kolmas henkilö, joka oli haastateltavan omatyöntekijä. Haastateltavista kaksi oli juonut alkoholia ennen haastatteluhetkeä. Toinen kertoi avoimesti juoneensa ennen haastattelua, toisen kohdalla haju, ulkoinen olemus ja puhe viittasivat lievään humalatiltaan. Molemmat pystyivät kuitenkin vastaamaan haastattelukysymyksiin ja

kertomaan kokemuksistaan, joten myös heiltä saamani vastaukset ovat mukana aineistossa.

Kolme haastatteluun osallistuneista oli haastatteluhetkellä uudella päihdekuntoutumisjaksolla. Haastattelussa olin kiinnostunut heidän edellisestä kuntoutumisjaksostaan ja sen vaikutuksesta. Kaikki kolme kertoivat pystyvänsä palauttamaan mieleen edellisen kuntoutumisjakson ja sen jälkeisen ajan. Haastattelutilanteessa en kertaakaan havainnut haastateltavan sekoittaneen sen hetkistä ja edellistä kuntoutumisjaksoa toisiinsa. Vertailin näiden kolmen antamia vastauksia muihin vastauksiin, jotta pystyin havaitsemaan, vaikuttiko nykyinen kuntoutumisjakso vastauksiin. Kenenkään kolmen vastaukset eivät selkeästi eronneet tai poikenneet muista haastatteluvastauksista, joten säilytin heidän vastauksensa tutkimusaineistossani.

#### 6.4 Aineiston analyysimenetelmä ja käsittely

Analysoin tutkimusaineistoni tyypittelyn avulla. Tyypittely on tutkimusaineiston kvalitatiivinen analyysitapa, jossa aineistoa pyritään määrittelemään yhteisten piirteiden perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2001, 274). Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään tyypeiksi samankaltaisten tarinoiden mukaan. Tyypittely kuvaa aineistoa laajasti, mutta taloudellisesti. Tyypit esittelevät yleisimmän, eli tyypillisimmän, vastauksen. Ne ovat ikään kuin aineiston koontien koontia. Tyypit muodostetaan teemoittelun, kvantifioinnin tai koodaamisen avulla. Tyyppejä on kolmenlaisia: autenttinen, yhdistetty ja mahdollisimman laaja. Autenttinen tyyppi sisältää yhden esimerkkivastauksen, joka kuvaa laajempaa aineistoa. Yhdistetty tyyppi pyrkii antamaan mahdollisimman yleisen kuvauksen aineistosta. Se koostuu asioista, joita esiintyy enemmistössä tai jokaisessa vastauksessa. Mahdollisimman laaja tyyppi koostuu asioista, joita on saattanut esiintyä vain yhdessä vastauksessa. Aineistosta voidaan etsiä myös epätyypillisiä vastauksia, jotka poikkeavat keskimääräisestä tai ovat yksittäisiä. (Silius 2008.)

Opinnäytteessäni käytin tyypittelyä seuraavasti: ensiksi siirsin jokaisen haastattelun tietokoneelle kirjaamalla käsin tehdyt haastattelut sanatarkasti sähköiseen haastattelulomakkeeseen. Tässä yhteydessä kirjasin aineistoon liittyvät tarvittavat kommentit ja huomiot, joita olin tehnyt haastattelujen aikana. Tämän jälkeen kävin läpi jokaisen haastattelukysymyksen. Tein jokaisesta kysymyksestä oman World-

tiedoston ja siirsin kustakin haastattelulomakkeesta sanallisen vastauksen kysymyksen alle. Kun jokainen kysymys vastauksineen oli oma tiedostonsa, laskin vastausten prosenttiosuudet. Tämän jälkeen jaoin avointen kysymysten sanalliset vastaukset teemoihin niiden sisällön mukaan. Teemat muodostuivat aihepiireistä, jotka esiintyivät aineistossa usein. Tietyn teeman alle siirsin vastaukset, joissa oli käytetty samoja sanoja, tai jotka tulkitsin tarkoittavan samaa. Kun vastaukset olivat teemoissa, valitsin jokaisesta ryhmästä yhden vastauksen, joka edusti kaikkia kyseisen teeman vastauksia. Käytin siis teemoittelua apuna tyypittelyssä ja esimerkkivastaus on autenttinen tyyppi, jonka tarkoitus on edustaa kyseisen ryhmän vastauksia. Kiinnitin huomiota myös muista poikkeaviin vastauksiin ja esittelin ne tuloksissa. Poikkeavat vastaukset tuovat tutkimukseen uutta näkökulmaa ja kyseenalaistavat yleistyksen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 274.)

Tyypittelyn lisäksi tutkin, vaikuttiko jokin taustatekijä vastaukseen. Ryhmittelin ja taulukoin vastauksia eri taustatekijöiden, kuten sukupuolen, iän tai kuntoutumislaitoksen mukaan ja etsin vastauksista yhtäläisyyksiä. Pääasiassa vastaukset olivat homogeenisia, eikä taustatekijöillä näytä juuri olleen vaikutusta siihen, millainen vastaus on annettu. Joitain yhtäläisyyksiä löytyi ja olen ne esitellyt tuloksissa.

## 7 TULOKSET – PÄIHDEKUNTOUTUJIEKOKEMUKSIA LAITOSJAKSON VAIKUTTAVUUDESTA

### 7.1 Taustatiedot

Haastattelujen aluksi vastaajilta kysyttiin taustatietoja, mikä mahdollisti vastausten vertailun eri tekijöiden mukaan. Taustatiedoissa oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista valittiin itselle sopivin. Tunnistettavuussyistä taustatiedoissa ei kysytty tarkasti haastateltavan ikää tai ajankohtaa kuntoutumisjaksolle.

Haastatteluihin osallistui 23 (N=23) kouvolaista, jotka olivat iältään 26–65-vuotiaita. Enemmistö, 14 haastateltua, kuului 46–65-vuotiaiden ikäryhmään. Haastatelluista oli naisia kahdeksan ja miehiä 15. Seitsemän ja sitä useampi haastatelluista oli ollut kuntoutumisjaksolla joko Ridasjärven päihdehoitokeskuksessa tai Tuustaipaleen



kuntoutumiskeskuksessa. Muita kuntoutumisyksiköitä olivat Mikkeli-yhteisö, Kalliolan Klinikat, Lahden Myllyhoito ja Ensikoti Helmiina. Haastatelluista 16 kertoi kuntoutumisjakson tavoitteena olleen päihteidenkäytön lopettaminen. Seitsemän kohdalla tavoitteena oli päihteidenkäytön vähentäminen. Alkoholiriippuvaisia oli enemmistö haastatteluun osallistuneista, yhteensä 14 henkilöä. Huumeongelma oli neljällä, ja kaksi vastaajista kertoi olleensa sekakäyttäjiä.

Hieman yli puolet (n=12) haastatelluista oli ollut kuntoutumisjaksolla vuonna 2010. Toisen puolen kesken ajankohdassa oli hajontaa: viisi oli käynyt jakson vuonna 2009 ja neljä tammi-kesäkuussa 2011. Kaksi ei muistanut kuntoutumisjaksonsa ajankohtaa. Haastatteluun osallistuneista neljän kuntoutumisjaksosta oli aikaa alle vuosi. Haastatelluista enemmistöllä (n=15) kuntoutumisjakso oli ensimmäinen. Loput (n=8) olivat olleet joko kahdesti tai useammin kuntoutumisjaksolla. Heitä pyydettiin arvioimaan viimeisimmän kuntoutumisjakson vaikutuksia.

## 7.2 Päihteiden käyttö

Kuntoutumisjakson vaikutuksesta haastateltavan päihteidenkäyttöön kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä, joka sisälsi vaihtoehdot: kyllä, vähentänyt sitä/lisännyt sitä tai ei ole vaikuttanut. Haastattelurungossa ei ollut avointa jatkokysymystä, mutta useat haastatellut kertoivat oma-aloitteisesti lisää kokemuksestaan. Haastatelluista 78 % koki kuntoutumisjakson vaikuttaneen päihteidenkäyttöön vähentämällä sitä. Sanallisten vastausten perusteella yhtä haastateltua lukuun ottamatta kaikki vastaukset olivat samantyyppisiä. Päihteidenkäyttö vähentyi kuntoutumisjakson jälkeen, mutta alkoi uudelleen. Isoin ero tämän tyyppisissä vastauksissa oli raittiin jakson pituus: toisilla se kesti viikkoja, toisilla kuukausia:

*”Pystyin olemaan pitkän aikaa käyttämättä mitään, mutta sitten tuli taas ne huumeet kuvioihin.”*

Yhden haastatellun vastaus poikkesi selkeästi muista vastauksista. Hän kertoi, että kuntoutumisjakson vaikutuksesta päihteidenkäyttö jäi täysin pois:

*”Loppui kokonaan.”*

Yksi haastatelluista koki, että kuntoutumisjakso vaikutti hänen kohdallaan päihteidenkäyttöön lisäämällä sitä. 17 % vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut heidän päihteidenkäyttönsä:

*”Pääsin pois niin heti tuli juotua, siellä meni hyvin.”*

### 7.3 Tulonlähde

Kysymys tulonlähteen muuttumisesta kuntoutumisjakson vaikutuksesta oli strukturoitu kysymys. Haastateltu vastasi joko kyllä tai ei. Mikäli vastaus oli kyllä, valitsi hän omaa kokemustaan parhaiten kuvaavan vastausvaihtoehdon. Jos vastausvaihtoehdoista ei löytynyt kokemusta kuvaavaan vaihtoehtoa, vastattiin avoimesti.

Haastatelluista 74 % vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut tulonlähteeseen. Kuusi haastateltua, eli 26 % kaikista osallistuneista, vastasi kuntoutumisjakson vaikuttaneen tulonlähteeseen. Näiden seitsemän vastaukset olivat keskenään melko erilaisia. Tulonlähde oli muuttunut sosiaalietuuksien myötä, eli haastateltu oli saanut tietoa ja hakenut hänelle kuuluvia etuuksia, kahdessa tapauksessa työllistyminen kuntoutumisjakson jälkeen oli nostanut tuloja ja yhden kohdalla kuntouttavaan työtoimintaan pääseminen vaikutti tulonlähteeseen.

Kahden haastatellun kohdalla tulot laskivat kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Molemmissa tapauksissa työntekijät olivat antaneet väärää informaatiota rahallisista etuuksista. Toisessa tapauksessa haastateltu ei ollut saanut tietoa rahallisesta etuudesta, johon hänellä olisi ollut oikeus. Toisen etuuksien päällekkäisyys aiheutti sen, että haastateltu jouti maksamaan saamiaan korvauksia takaisin:

*”Kehotettiin hakemaan kuntoutusrahaa, muttei mainittu että työttömyyskorvaus yksityisestä työttömyyskassasta pitää perua.”*

### 7.4 Ihmissuhteet

Kysymykseen kuntoutumisjakson vaikutuksista ihmissuhteisiin vastattiin joko kyllä tai ei. Mikäli haastateltu vastasi kyllä, pyydettiin häntä kuvailemaan, millaisia vaikutuksia jaksolla on niihin ollut. Suuri osa (n=19) koki, että kuntoutumisjakso

vaikutti heidän ihmissuhteisiinsa. Kaikista kysymyksistä eniten kyllä-vastauksia annettiin tämän ja psyykinen terveys kysymyksen kohdassa. Elämän osa-alueista kuntoutuminen koettiin vaikuttaneen eniten haastateltujen ihmissuhteisiin ja psyykkiseen terveyteen.

Vastaukset jakautuivat kolmeen eri tyyppiin sen mukaan, miten haastateltavat kokivat jakson vaikuttaneen ihmissuhteisiinsa. Ensimmäistä ryhmää yhdistivät uudet ihmissuhteet, joita solmittiin kuntoutumisjakson aikana. Haastatellut myös mainitsivat pitävänsä yhteyttä näiden ihmisten kanssa, ja kaksi käytti sanaa vertaistuki:

*”Sai hyviä vertaisystäviä, suhteet ovat vieläkin tosi tärkeitä.”*

Haastatellut kokivat olemassa olevien ihmissuhteiden parantuneen ja eheytyneen kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Tähän ryhmään lukeutuvia vastauksia tuli eniten (n=10). Tyypillisesti kuvattiin lähentymistä ystävien tai perheenjäsenten kanssa ja kanssakäymisen lisääntymistä. Myös suhteen omaan puolisoon koettiin elpyneen:

*”Pelkästään myönteisiä vaikutuksia: välit lapsiin ja vanhempiin paranivat, myös lasten äidin kanssa välit paranivat.”*

Kolmannen ryhmän muodostavat haastatellut, joiden vastauksia yhdisti päihdemyönteisten ihmissuhteiden lopettaminen. Tähän ryhmään kuuluvat kertoivat katkaisseensa välit entisiin päihteitä käyttäviin kavereihinsa:

*”Kaveripiiriä katsoin uudelleen, sitä kenen kanssa vietän aikaa.”*

Yksi haastatelluista kertoi seurustelusuhteen katkenneen kuntoutumisjakson keskeyttämisen vuoksi. Hänen vastauksena poikkesi muiden haastateltavien positiivissävytteisistä vastauksista. Neljä vastaajista koki, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut heidän ihmissuhteisiinsa.

## 7.5 Fyysinen terveys

Kysymykseen, kokeeko haastateltu kuntoutumisjakson vaikuttaneen fyysiseen terveyteensä, vastattiin valitsemalla itselle sopiva vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä parantamalla sitä, kyllä heikentämällä sitä tai ei ole vaikuttanut. Mikäli

vastaus oli kyllä, pyydettiin haastateltavaa kuvailemaan tarkemmin kokemiaan vaikutuksia.

Pääsääntöisesti kuntoutumisjakson koettiin vaikuttaneen fyysiseen terveyteen parantamalla sitä. Näin vastasi 18 haastateltua, mikä on 78 % kaikista haastatteluun osallistuneista. Avoimet vastaukset jakautuivat kolmeen eri tyyppiin. Ensimmäiselle ryhmälle oli tyypillistä kokemus ruokavalion ja ravitsemuksen vaikutuksista fyysiseen terveyteen. Useassa tämän tyyppin vastauksissa kerrottiin nimenomaan säännöllisen ruokailun kohentaneen fyysistä olotilaa. Ruuan sisältöä useammin mainittiin sen säännöllinen syöminen. Kaksi vastausta kuvasi tarkemmin ruokavalion vaikuttaneen heidän painonhallintaansa positiivisesti:

*”Terveellinen ruokavalio lisäsi hyvää oloa.”*

Toisessa vastaustyyppissä nostettiin esille liikunnan merkitys fyysistä terveyttä lisäävänä tekijänä. Vastauksissa kerrottiin liikuntaharrastuksen aloittamisesta kuntoutumisjakson aikana. Lajeina nimettiin pyöräily ja kuntosaliharjoittelu. Liikunnan koettiin lisäävän hyvää oloa ja kasvattaneen kuntoa. Muutamissa vastauksissa mainittiin sekä ravitseminen että liikunta fyysisen terveyden kohottajina:

*”Tuli käytyä salilla ja harrastettua muutakin liikuntaa eli kunto koheni.”*

Kolmas ja pienin ryhmä koostuu haastatelluista, jotka mainitsivat päihdehaittojen tai vieroitusoireiden helpottaneen kuntoutumisjakson vaikutuksesta ja sitä kautta fyysisen terveydentilan kohentuneen. Päihteidenkäytön lopettamisen seurauksena alkaneet vieroitusoireet loppuivat kuntoutumisjakson aikana tai päihteen aiheuttamat oheissairaudet helpottivat:

*”Terveys korjaantui hyväksi, oli tullut jo alkoholihaittoja, mutta ne korjaantuivat kuntoutuksessa.”*

Näiden lisäksi kolmessa vastauksessa mainittiin fyysisen terveydentilan parantumisesta yleisellä tasolla. Haastatelluista yksi koki kuntoutumisjakson heikentäneen fyysistä terveydentilaansa, mikä ilmeni pahentuneena mahakipuna. 22 % eli viisi haastateltua koki, ettei kuntoutuminen vaikuttanut heidän fyysiseen terveyteensä.

## 7.6 Psyykinen terveys

Kysymys psyykkisen terveyden parantumisesta oli myös strukturoitu kysymys. Haastateltu valitsi yhden seuraavista vaihtoehdoista vastaukseksi: kyllä parantamalla sitä, kyllä heikentämällä sitä tai ei ole vaikuttanut. Mikäli vastaaja koki vaikutusta olleen, pyydettiin häntä kertomaan kokemuksestaan sanallisesti. Haastatelluista enemmistö (n=19) arvioi kuntoutumisjakson vaikuttaneen heidän psyykkiseen terveyteensä parantamalla sitä. Tähän vastattiin kyllä yhtä usein kuin ihmissuhdekysymykseen.

Myöntävästi vastanneiden kokemuksen mukaan psyykkisen terveyden paraneminen ilmeni turvallisuudentunteen ja luottamuksen lisääntymisenä. Kuntoutumisjakson aikana luottamus omaan selviytymiseen elämässä koheni, mikä lisäsi myös turvallisuudentunnetta. Tyypillistä oli myös kokemus itseluottamuksen kasvamisesta:

*”Toi mielenrauhaa, luottamusta elämään: kyllä tästä selvitään vaikka pikkuhiljaa hivuttamalla.”*

Psyykkistä terveyttä kohotti kuntoutumisjakson tuoma mahdollisuus pysähtyä pohtimaan elämäänsä ja ajatuksiaan. Näin vastanneet kokivat, että kuntoutumisjaksolla oli riittävästi aikaa omille ajatuksille ja pohdinnoille. Kuntoutumisjaksolla on mahdotonta vältyä pysähtymiseltä ja oman elämän ajattelulta, mikä koettiin hyväksi:

*”Oli aikaa miettiä omaa elämää, ja sitä miten kaikki näin on mennyt.”*

Seitsemää haastateltavaa yhdisti kokemus mielialan kohenemisestä jakson aikana. Parempaan ja tasaisempaan mielialaan vaikutti oleellisesti päihteettömyys. Yksi haastatelluista kertoi sairastuneensa masennukseen muutaman kuukauden jälkeen kuntoutumisjaksosta, mutta koki silti jakson vaikuttaneen psyykkiseen terveyteensä parantavasti:

*”Mieliala parani.”*

Kaksi vastaajista kertoi psyykkisen terveyden kohenemisen näkyvän etenkin sosiaalisessa kanssakäymisessä. Kuntoutumisjakson vaikutuksesta he ovat rohkeampia ja avoimempia sosiaalisissa tilanteissa:

*”Vaikutti tähän enemmän kuin fyysiseen, pystyi tulla toimeen ihmisten kanssa. Jotenkin aikaisemmin vihasin koko yhteiskuntaa.”*

Haastatelluista yksi koki, että kuntoutumisjakso vaikutti psyykkiseen terveyteen heikentävästi. Syyksi hän kertoi psyykelääkityksen purkamisen, koska kyseinen kuntoutumislaitos on lääkkeetön yksikkö. Kolmen kohdalla kuntoutumisjakso ei vaikuttanut psyykkiseen terveyteen.

## 7.7 Vapaa-aika

Kuntoutumisjakson vaikutuksesta vapaa-aikaan kysyttiin kysymyksellä, johon vastattiin joko kyllä tai ei. Kyllä-vaihtoehto sisälsi jatkokysymyksen: ”Miten?” Jatkokysymykseen vastattiin omin sanoin.

Haastatelluista 13, mikä on 57 % kaikista haastatteluun osallistuneista, valitsi vastausvaihtoehdon kyllä. Miehet kokivat naisia useammin kuntoutumisjakson vaikuttaneen vapaa-ajanviettoon. Kaikista miespuoleisista haastatelluista vastausvaihtoehdon ”kyllä” valitsi 63 %. Naisista puolestaan näin vastasi reilu kolmannes, 38 % prosenttia.

Myöntävästi vastanneista hieman yli puolet kuvasi kuntoutumisjakson vaikutuksen näkyvän uuden harrastuksen aloittamisena. Jokainen vastaaja mainitsi ainakin yhden harrastuksen. Niitä ovat esimerkiksi pyöräily, metsästys, jumppa, teatteri ja maatilalla puuhastelu. Kahdessa vastauksessa korostettiin kuntoutumisjakson jälkeen alkaneen harrastuksen olleen haastatellulle ennestään tuttu. Yksi tämän ryhmän vastaajista kertoi harrastusten kuitenkin loppuneen päihteidenkäytön alettua uudelleen:

*”Ekana oli ihmettelemistä, että mitä hittoa tässä nyt tekee. Rupesin kaivamaan vanhoja harrastuksia esiin, kalastuksen ja metsästyksen.”*

Oman ryhmänsä muodostivat haastatellut, joiden vastauksille oli tyypillistä kuntoutumisjaksolla alkaneen harrastuksen siirtyminen vapaa-ajanviettotavaksi jakson

loputtua. Yhtä vastausta lukuun ottamatta kaikissa mainittiin liikunta. Eri liikuntalajien lisäksi mainittiin myös Jazz-peli, käsityöt sekä lukeminen:

*”Salilla käyminen jatkui.”*

Kolme haastatelluista mainitsi ryhmätoiminnan uutena vapaa-ajanviettotapana. Kahdelle heistä oli tyypillistä vertaistukiryhmätoiminnassa aloittaminen, he eivät olleet osallistuneet toimintaan ennen kuntoutumisjaksoa. Yksi kertoi aloittaneensa ryhmätoiminnan uudelleen. Vertaistukiryhmistä nimettiin AA-ryhmä ja NA-ryhmä:

*”Aloitin AA-ryhmässä käynnin.”*

Yhden haastatellun vastaus ei sisällä edellisten ryhmien tyypillisiä tunnusmerkkejä. Vastaja koki, että hänellä on enemmän aikaa olla lasten kanssa, koska ei tarvitse miettiä käytettävien päihteiden hankkimista. Kymmenen (43 %) haastateltua vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut heidän vapaa-aikaansa.

## 7.8 Avohoito

Kysymykseen kuntoutumisjakson vaikutuksesta avohoidossa käymiseen vastattiin valitsemalla joko vaihtoehto kyllä tai ei. Myöntävää vastausta seurasi jatkokysymys: ”Miten?” Tähän vastattiin omin sanoin.

Hieman yli enemmistö, eli 57 %, koki kuntoutumisjakson vaikuttaneen avohoidossa käymiseen. Ensimmäisellä kuntoutumisjaksolla olleet, joita oli 65 % kaikista haastatelluista, vastasi useammin kieltävästi kuin ne, joilla oli kuntoutumisjaksokäyntejä takanaan kaksi tai useampia. Ensikertalaisista vajaa puolet, 47 %, koki vaikutusta olleen. Kahdella tai useammalla jaksolla käyneistä näin vastasi 63 %.

Tyypillisesti avoimessa vastauksessa kerrottiin A-klinikkakäyntien alkamisesta tai niiden jatkumisesta säännöllisemmin verraten aikaan ennen kuntoutumisjaksoa. Vastauksissa kerrottiin myös käyntimäärien lisääntyneen. A-klinikkakäynnit mainittiin jokaisen sellaisen haastatellun kohdalla, jotka ovat olleet vähintään kahdella kuntoutumisjaksolla:

*”Hoitosuhde A-klinikalle alkoi kuntoutuksen jälkeen. Käynnit ovat olleet säännöllisiä.”*

Lähes yhtä usein vastaukset sisälsivät maininnan päiväkeskuskäynneistä. Suurin osa vastauksista sisälsi maininnan sekä päiväkeskus- että A-klinikkakäynneistä. Uusia päiväkeskuskävijöitä haastatelluissa ei ollut, mutta kuntoutumisjakson koettiin vaikuttaneen aktivoimalla päiväkeskuskäynnit uudelleen. Ajanvietto päiväkeskuksessa koettiin päihteettömyyttä tukevaksi. Lisäksi mainittiin päiväkeskuskäyntien tuovan sisältöä arkipäiviin:

*”Päiväkeskukset olivat tuttuja jo entuudestaan, mutta kuntoutuksen jälkeen käynnit ovat olleet säännöllisiä. Tulee täytettä päiviin kun ei jää vain kotiin, pääsee ylös.”*

Haastateltavat kertoivat myös muista palvelu- ja tukimuodoista, joiden alkamiseen kuntoutumisjakso on heidän kokemuksena mukaan vaikuttanut. Tällaisia ovat avokuntoutus sekä perhetyö. Tyypillistä oli se, että kaikille avopalvelut olivat uusia, he eivät ole olleet kyseisen palvelun piirissä ennen kuntoutumisjaksoa:

*”Rupesin käymään avokuntoutuksessa, en ollut ennen käynyt missään.”*

Muista poikkeavana yksi haastateltu kertoi, ettei hänellä ollut minkäänlaista jatkosuunnitelmaa kuntoutumisjaksolta lähdettäessään. Haastatelluista 43 % koki, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut heidän avohoidossa käymiseensä.

## 7.9 Asuminen

Kuntoutumisjakson vaikutusta asumiseen kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Myöntävän vastauksen jälkeen haastateltu kertoi avoimesti kokemistaan vaikutuksista. Tämä kysymys keräsi vähiten kyllä-vastauksia. 26 % kaikista vastanneista koki kuntoutumisjakson vaikuttaneen heidän asumiseensa.

Avoimista vastauksista tyypillisin oli kokemus, jossa haastateltu oli viranomaisen avustamana saanut uuden asunnon. Asunnon hankkimisessa apua saatiin



sosiaalitoimen työntekijältä tai päästiin A-klinikkasäätiön vuokraamaan tukiasuntoon. Yksi haastateltava kertoi kuitenkin asuneensa uudessa asunnossaan vain kuukauden:

*”Kuntoutuksen aikana sosiaalityöntekijä hommasi uuden asunnon, mutta asuin siinä vain kuukauden.”*

Kahta vastausta yhdistää kokemus kuntoutumisjaksolla tapahtuneesta voimaantumisenesta. Tämän kokemuksen myötä he jaksivat hankkia itselleen asunnon. Toinen vastaajista kertoi olleensa asunnoton ja toisen kohdalla entinen asunto vaihtui parempikuntoisempaan ja edullisempaan. Yhteensä kaksi haastateltua kertoi avoimissa vastauksissa olleensa asunnoton ennen kuntoutumisjaksoa:

*”Kuntoutuksessa löysin voimavaroja joiden avulla etsin asunnon itselleni. Kuntoutukseen mennessä olin asunnoton.”*

Yksi haastatelluista kertoi jaksaneensa tehdä nykyiseen asuntoonsa remonttia kuntoutumisjakson vaikutuksesta. 74 % eli reilu enemmistö vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut asumiseen.

## 7.10 Asumistaidot

Arjentaidoilla tarkoitetaan yleistä siisteyttä, ruuanlaittoa, vuokranmaksua ja puhtaanapitoa. Haastatelluille avattiin käsite kysymyksen yhteydessä.

Vastausvaihtoehdot olivat joko kyllä tai ei. Kyllä-vastausta seuranneeseen jatkokysymykseen haastateltavat saivat avoimesti kertoa, miten he kokevat kuntoutumisjakson vaikuttaneen asumistaitoihinsa.

Haastatteluun osallistuneista vajaa kolmannes (n=7) oli sitä mieltä, että heidän asumistaitonsa muuttuivat kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Avointen vastausten perusteella haastatellut jakautuivat kahteen eri ryhmään. Toiselle ryhmälle oli tyypillistä nostaa esiin tietyn arjentaidon, useimmiten siisteyden, lisääntyminen. Vastauksissa kerrottiin päihteettömyyden olevan suoraa yhteydessä asunnon siisteyteen. Lisäksi mainittiin ruuanlaitto ja pyykinpesu. Yhdessä vastauksessa kerrottiin siisteyden loppuneen retkahduksen myötä:

*”Aina on sekaista kun viinaa ottaa, nyt on siistiä.”*

Toiseen ryhmään lukeutuvat ne vastaajat, jotka kertoivat asumistaitojen muuttuneen yleisellä tasolla. Heidän vastauksissaan ei eritellä tarkemmin mitään tiettyä taitoa:

*”Arjen pyörittystä harjoiteltiin kuntoutuksessa, ja se jatkui kotona.”*

Enemmistö, 70 % kaikista haastatelluista koki, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut arjentaitoihin. Suhteessa muihin elämän osa-alueet, kuntoutumisjakson vaikutukset asumistaitoihin koettiin melko vähäisiksi. Yksi haastatelluista kertoi, että asuminen jatkui kuntoutumisjakson jälkeen holtittomana ja häätöjä tuli.

### 7.11 Työllistyminen

Kokemusta kuntoutumisjakson vaikutuksesta työllistymismahdollisuuksiin kysyttiin kysymyksellä, johon oli valmiit vastausvaihtoehdot. Haastateltu vastasi joko kyllä tai ei. Mikäli vaikutuksia koettiin olleen, kerrottiin niistä omin sanoin lisää.

Haastatelluista 43 % vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut heidän työllistymismahdollisuuksiinsa. Vastaavasti 57 % koki kuntoutumisjakson vaikuttaneen työllistymismahdollisuuksiin. Suurin osa näistä kertoi jakson vaikutuksesta kokevansa itsensä työkykyiseksi ja piti mahdollisena työllistymistä. Vastauksille oli tyypillistä kuvata päihitteettömyyden lisänneen työkykyä. Raittiina ollessa myös työnhaku koettiin helpommaksi:

*”Aineidenkäytön lopettamisen takia mahdollisuus työllistyä on parantunut.”*

Toista vastausryhmää yhdisti kokemus työllistymisestä joko avoimille työmarkkinoille tai kuntouttavaan työtoimintaan. Haastatellut kokivat nimenomaan kuntoutumisjakson vaikuttaneen heidän työllistymistilanteeseensa. Yksi haastatelluista kertoi menettäneensä saamansa työpaikan retkahduksen seurauksena:

*”Kuntoutuksen ansiosta sain koulun käytyä hyvin arvosanoin ja pääsin töihin.”*

Haastatelluista osa kertoi motivaation työntekoa kohtaan syntyneen kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Aikaisemmin työnteko ei kiinnostanut, sitä ei nähty merkityksellisenä. Jakson myötä haastatelluille heräsi halu päästä töihin:

*”Ennen kuntoutusta en edes halunnut töitä, nyt haluaisin.”*

## 7.12 Opiskelu

Haastattelussa opiskelulla tarkoitettiin erilaisia kursseja ja täydennyskoulutuksia, ei pelkästään tutkintoon johtavaa koulutusta. Haastatelluille tarkennettiin käsitettä kysymyksen yhteydessä. Vastausvaihtoehdot olivat joko kyllä tai ei. Kyllä-vastausta seuranneeseen jatkokysymykseen haastateltavat saivat avoimesti kertoa, miten he kokevat kuntoutumisjakson vaikuttaneen opiskelunvalmiuksiinsa.

Haastatelluista 48 % vastasi, ettei kuntoutumisjakso vaikuttanut opiskelumahdollisuuksiin. Vastaavasti niukka enemmistö, 52 %, koki kuntoutumisjakson vaikuttaneen. Haastateltujen mukaan kuntoutumisjakson vaikutuksesta opiskelu voisi olla mahdollista. Opiskelunvalmiuksia lisääväksi tekijäksi koettiin päihitteettömyys. Tyypillisesti tämän ryhmän vastaajat eivät tuoneet esille innostusta tai kiinnostusta opiskeluja kohtaan, mutta kokivat valmiuksien kuitenkin lisääntyneen:

*”Tällä hetkellä ei näkyvissä (opintoja), mutta mahdollista on kaikki, koska päihitteettömyys mahdollistaa opiskelun.”*

Enemmistöä vastaajista yhdisti motivaatio kouluttautumista kohtaan. Kaikissa tämän ryhmän vastauksissa kerrottiin kuntoutumisjaksolla syntyneestä kiinnostuksesta opiskelua kohtaan. Haastatelluista kaksi nimesi jonkin tietyn koulutuksen, minkä haluaisi aloittaa:

*”Toi mielenkiintoa lähihoitajan ammattia ja opintoja kohtaan.”*

Kaksi haastateltua kertoi konkreettisen esimerkin kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Molemmat opiskelivat jakson jälkeen. Toisen kohdalla kyseessä oli hyvin arvosanoin suoritettu ammatillinen koulutus, ja hän kertoi syventävänsä osaamistaan lisää jatko-opinnoilla. Toisella opinnot oli suoritettu kurssimuotoisesti:

*”Olin kurssilla selvin päin.”*

### 7.13 Näkemys kuntoutumisjaksosta

Viimeisenä haastattelussa kysyttiin mieleenpainuvinta asiaa kuntoutumisjaksolta. Lisäksi pyydettiin haastateltavaa kertomaan, mistä hän koki itse saaneensa eniten apua. Kysymys oli avoin, siinä ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja. Jokainen haastateltu kertoi omin sanoin kokemuksestaan.

Lähes puolet vastanneista kertoi yhteisöllisyyden olleen kuntoutumisjakson parasta antia ja auttaneen eniten. Yhteisöllisyyden kautta haastatellut kokivat saaneensa vertaistukea. Toisten kanssa keskustelu koettiin helpoksi, eikä tarvinnut pelätä toisten puhuvan pahaa selän takana. Yhteisössä kaikki olivat tasa-arvoisia, mikä lisäsi avoimuutta. Muilta ryhmäläisiltä saatiin elämänohjeita ja yksi haastateltu kuvasi ryhmäkeskusteluja terapeuttisiksi:

*”Yhteisö. Just se, että kun siinä on kaikki samalla viivalla. Pystyy puhumaan avoimesti ja olemaan kaikkien kanssa kaveri. Oli helppo puhua.”*

Kuntoutumisjaksolta jäi mieleen myös henkilökunta ja etenkin omatyöntekijät. Useissa vastauksissa kerrottiin sekä henkilökunnan että yhteisöllisyyden auttaneen eniten. Haastatellut kokivat saaneensa kahdenkeskeisistä keskusteluista runsaasti apua, osa piti niitä jakson parhaimpana antina. Keskusteluista pidettiin arvossa, koska niiden ansiosta piti kohdata oma päihteenkäyttönsä. Omatyöntekijältä saatiin keinoja itsehoitoon:

*”Henkilökohtaisista keskusteluista omaohjaajan kanssa oli eniten apua.”*

Haastatellut kokivat saaneensa apua mahdollisuudesta pysähtyä ja miettiä oman elämänsä tulevaisuutta. Irrottautuminen arjesta ja omista ympyröistä edesauttoi itsetutkiskelussa. Mahdollisuus omaan rauhaan koettiin tärkeäksi. Kuntoutumisjakson kerrottiin vahvistaneen ja lisänneen motivaatiota päihteettömyyteen. Myös oman pitkäjänteisyyden kerrottiin kasvaneen ja itseluottamuksen vahvistuneen:

*”Ehkä suurin tekijä siinä neljässä viikossa oli se, että oli aikaa miettiä asioita ja suunnitella miten jatkaa tulevaisuudessa. Oli aikaa harkita oman elämänsä jatkoa ja sitä, haluanko saada alkoholinkäyttöni kuriin.”*

Haastatteluun osallistuneista muutamalle oli parhaiten jäänyt mieleen kuntoutumisjakson fyysiset puitteet. Heidän vastauksille oli tyypillistä yleinen kuvaus kuntoutumisjaksosta ilman tarkempia erittelyitä tietystä toiminnasta tai kuntoutumisen sisällöstä. Luontoa ja tiloja keuhuttiin. Päiväohjelma koettiin toimivaksi, aika kului mukavasti:

*”Kiva henkilökunta, hyvät kaverit, hyvät työt. Ei mitään, ihan kivaa oli, ei valittamista. Oppi säännöllistä elämäntapaa.”*

Kaksi vastausta poikkesi muiden positiivisista kokemuksista. Yksi haastatelluista koki, ettei henkilökunnalla ollut riittävästi osaamista. Myös ryhmätoiminnan puuttuminen harmitti. Toisessa vastauksessa päällimmäiseksi oli jäänyt mieleen kuntoutumisyksikön lähes militaristiset säännöt. Näistä seikoista huolimatta molemmat vastaajat kertoivat kuntoutumisjakson olleen muuten positiivinen kokemus.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tulkinta ja johtopäätökset

Tulosten analysoimisen jälkeen tutkijan on selitettävä ja tulkittava tutkimustuloksia. Tulkinta on tutkijan tekemää pohdintaa ja johtopäätöksiä analyysin tuloksista. Tulkinnan kautta merkitykset selkiytyvät. Tulkintaa tehdään jo aineiston keruuvaiheessa. Tutkijan oma kielenkäyttö vaikuttaa saatuihin tuloksiin: miten tutkija on ymmärtänyt tutkittaviaan haastattelutilanteissa. Tutkija, tutkittava ja lukija tulkitsevat tutkimusta, tai jotain sen vaiheista, omasta lähtökohdastaan käsin. Nämä tulkinnat eivät koskaan voi olla täydellisesti samanlaisia, koska ihmiset eivät havaitse asioita samalla tavalla. Jopa faktoista voi syntyä tulkinnallisia erimielisyyksiä. Tutkijan tulisi pohtia tuloksia kokonaisvaltaisesti ja harkittava useampia eri tulkintoja. Analyysin lisäksi tutkijan on tehtävä tuloksista synteesejä. Ne muodostuvat pääseikoista ja antavat selkeän vastauksen asetettuun ongelmaan. Johtopäätökset

perustuvat tutkijan laatimiin synteeseihin. Saatuja tuloksia tulisi pohtia sekä tutkimusaleen että laajemman merkityksen kannalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 229–230.)

Opinnäytteeni tarkoitus oli selvittää, miten asiakas on kokenut laitospuolisen päihdekuntoutumisjakson vaikuttaneen omaan elämäänsä. Tarkastelun kohteena oli asiakkaan elämä kokonaisuudessaan, eikä vain jokin osa-alue. Tämän tutkimuksen perusteella kuntoutumisjakso vaikuttaa eniten kuntoutujien ihmissuhteisiin ja psyykkiseen terveyteen. Suhteet omiin perheenjäseniin ovat eheytyneet ja lähentyneet. Ystävyys-suhteet raittisiin kavereihin ovat alkaneet uudelleen. Päihdemyönteisestä sosiaalisesta verkostosta on pyritty tietoisesti eroon. Aikaisemmin päihde on vienyt tilaa ihmissuhteilta ja päihdeettömänä niille on aivan uudella tavalla aikaa. Kuntoutumisjaksolla solmituista ystävyys-suhteista on tullut tärkeitä vertaistuen antajia. Päihdeettömyys tukee ihmissuhteita raittisiin läheisiin. Tämä taas auttaa kuntoutujaa pysymään erossa päihdemyönteisistä ihmisistä ja sitä kautta päihdeistä. Näyttäisi siltä, että kuntoutumisjakso pystyy vaikuttamaan päihdeiden käyttäjän sosiaaliseen verkostoon siten, että raittiit ihmissuhteet lisääntyvät ja vahvistuvat. Lisäksi päihdemyönteisistä tuttavapiireistä pyritään eroon kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Kuntoutumisjakso tarjoaa mahdollisuuden vertaistukeen ja usealla nämä ihmissuhteet jatkuvat myös jakson päätyttyä.

Kuntoutumisjakso vaikuttaa osallistujan psyykkiseen terveyteen vahvistavasti. Haastatellut kokivat itseluottamuksen ja elämänuskon kasvaneen. Mahdollisuus pysähtyä tarkastelemaan omaa elämää toi mielenrauhaa ja positiivisempaa asennetta elämään. Kuntoutumisjakson vaikutuksesta haastateltujen psyykinen tila on kohentunut yleisellä tasolla. Vain ahdistuneisuus oli ainoa psyykinen häiriö, joka mainittiin nimeltä.

Kuntoutumisjakso parantaa kuntoutujan fyysistä terveyttä. Riittävä uni yhdistettynä ravitsevaan ruokaan ja säännölliseen liikuntaan ovat tekijöitä, jotka mainittiin fyysistä terveyttä kohentavina tekijöinä. Sen sijaan, että haastateltavat olisivat kuvanneet parantumista jostain diagnosoidusta sairaudesta, he kertoivat terveellisen elämäntavan vaikuttaneen omaan fyysiseen vointiinsa. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta sekä fyysisen että psyykkisen terveyden lisääntyminen ovat tarkoituksenmukaisia ja toivottuja vaikutuksia. Parantamalla näitä osa-alueita julkisista varoista kustannettavan terveydenhuollon kuormitus laskee.

Haastatteluun osallistuneista suurin osa koki oman päihteiden käytön vähentyneen kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Tähän osa-alueeseen koettiin tulleen muutoksia toiseksi eniten yhdessä fyysisen terveyden kanssa. Tutkimuksessa ei kysytty sen tarkemmin siitä, onko haastateltu käyttänyt päihteitä jakson jälkeen, vaan onko jakso vaikuttanut joko vähentämällä tai lisäämällä sitä. Moni kuitenkin kertoi tilanteestaan sanallisesti. Useimmat kuvasivat retkahtaneensa myöhemmin. Silti lyhytkin raitis kausi koettiin myönteisenä. Heidän puheistaan eivät synnyttäneet sellaista kuvaa, että retkahdus olisi vesittänyt kuntoutumisjakson täysin. Tämän tutkimuksen pohjalta näyttäisi siltä, että vähemmistöstä kuntoutumisjaksolla olleista tulee täysraittia. Suurella osalla päihteiden käyttö vähenee hetkellisesti, joillain se ei muutu mitenkään. Kaikilla täysraittius ei ole edes tavoitteena. Tähän tutkimukseen osallistuneista alle kolmannes kertoi tavoitteen olleen päihteiden käytön väheneminen.

Vapaa-ajanvietto muuttuu kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Tutkimuksen perusteella miehet kokivat naisia enemmän vapaa-ajanvieron muuttuneen. Jaksolla opetellaan päihteetöntä tapaa viettää vapaa-aikaa, ja opitut asiat jatkuvat useamman kohdalla myös jakson jälkeen. Kuntoutumisjakso kannustaa hankkimaan uusia tai elvyttämään vanhoja harrastuksia. Harrastustoiminta on haastateltavien kuvausten perusteella sidoksissa päihteettömyyteen: jos päihteiden käyttö alkaa uudelleen, jäävät pikkuhiljaa myös aloitetut harrastukset. Vapaa-aikana jatketaan jaksolla alkanutta vertaistukiryhmätoimintaa. Myös ammatillisuuteen pohjautuva avohoito aktivoituu kuntoutumisjakson vaikutuksesta. Toisella tai sitä useammalla kuntoutumisjaksolla olleet kokivat avohoidossa käymisen muuttuneen enemmän kuin ne, joilla oli takanaan yksi kuntoutumisjakso. A-klinikka- ja päiväkeskuskäynnit tihenevät ja niitä on säännöllisesti. Lisäksi kuntoutujat osallistuvat muun muassa avokuntoutuskursseille. Pääsääntöisesti tilanne on tämä, mutta poikkeuksiakin löytyy. Haastateltujen joukossa on myös kuntoutuja, jolle ei laadittu minkäänlaista jatkosuunnitelmaa jakson loputtua.

Kuntoutumisjakso vaikuttaa vain pienen vähemmistön asumiseen ja asumisentaitoihin. Vaikka tuloksissa vain muutama kuvaa jakson vaikutuksia asumiseensa, kuvatut muutokset ovat subjektiivisesti isoja ja jokapäiväisen elämän kannalta olennaisia. Huonokuntoinen ja kallis asunto tai sen puuttuminen kokonaan oli joidenkin haastateltujen tilanne heidän mennessään kuntoutumisjaksolle. Asunnottomuuden päätyminen tai uuden, paremman asunnon saaminen ovat merkittäviä muutoksia

kuntoutujan elämässä. Asunto on jokaisen ihmisen perusoikeus. Kuntoutumisjaksolla on siis vaikutusta myös fyysisiin puitteisiin, joskin vain muutama haastatelluista oli niin kokenut. Toivottavasti tämä kertoo siitä, ettei kuntoutumisjaksolle osallistuneissa ole juurikaan asunnottomia. Asumisentaidot eivät myöskään ole suurimpia muutoksia kokenut osa-alue. Tosin joidenkin vastaajien kuntoutumisjakson aikana kertaantuneet tai kokonaan opitut kodinhoitoon liittyvät taidot pääsivät käyttöön myös jakson jälkeen. Pääsääntöisesti koettiin, että asuminen ja arkielämä jatkuvat samanlaisena kuntoutumisjakson jälkeenkin.

Kuntoutumisjakso vaikuttaa työ- ja opiskelumahdollisuuksiin. Pääasiassa siten, että työ- ja opiskelumotivaation koetaan lisääntyneen. Vähemmistö siirtyy työelämään tai opiskelemaan kuntoutumisjakson myötä. Sitä useammat kuitenkin kuvasivat halua ja tunnetta omasta kyvykkyydestä mennä töihin tai opiskelemaan. Jakson aikana onnistutaan herättämään kuntoutujassa ajatus työhön tai koulutukseen menemisestä. Lisäksi kuntoutujan fyysinen ja psyykinen terveydentila kohenee sellaiseksi, että hän kokee olevansa työkykyinen.

Tutkimuksen perusteella kuntoutumisjakso vaikuttaa vähiten osallistujan tulonlähteeseen. Mikäli vaikutusta koettiin olleen, se johtui tyypillisesti pääsystä joko kuntouttavaan työtoimintaan tai vapaille työmarkkinoille. Poikkeavana tuloksena kuntoutumisjakso on vaikuttanut myös alentamalla tuloja. Tämä vaikutus on tullut virheellisen informaation kautta, jota kuntoutuja on saanut. Kertooko tämä siitä, ettei ammattilaisilla ole sosiaalietuksien riittävää tuntemusta vai onko kyseessä täysin sattumanvaraiset inhimilliset virheet?

Kuntoutumisjaksolle ei mennä pelkästään päihteidenkäytön lopettamisen tai vähentämisen takia. Kuntoutumista tarvitaan usealla elämänalueella: terveydessä, ihmissuhteissa, arjen askareissa ja ajankäytössä. Tutkimus osoittaa, että kuntoutumisjakso pystyy vastaamaan kokonaisvaltaiseen kuntoutumistarpeeseen. Sisällössä on huomioitu ihmisen eri ulottuvuudet ja niiden yhteydet toisiinsa sen sijaan, että keskityttäisiin vain yhteen tai muutamaan osa-alueeseen. Kuntouttavina elementteinä haastateltavat mainitsivat yksilö- ja ryhmäkeskustelut, selkeän päiväohjelman, miljöön ja toiminnallisuuden. Lisäksi jaksolla omaksutut elämänohjeet auttavat eteenpäin arjen haasteissa.



## 8.2 Jatkotutkimusaiheet

Haastattelutilanteiden jälkeen syntyi keskustelua, mikä ei liittynyt varsinaisiin haastattelukysymyksiin tai kuntoutumisjakson vaikuttavuuteen. Useammilla kerroilla kuuntelin haastateltavien kuvausta vaikeudesta siirtyä kuntoutumisjaksolta kotiin. Laitoksessa henkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri joka päivä, siellä on helppo olla raittiina. Kotioloissa varsinainen taistelu vasta alkaa. Kuntoutumislaitokset antavat eväitä pitkälle taipaleelle, sieltä ei kukaan kotiudu valmiina. Näiden keskustelujen myötä itselleni syntyi jatkotutkimusidea tutkimuksesta, joka selvittäisi, millaiset tekijät kuntoutujan elämässä ennustavat rattiin elämäntavan jatkumista laitosjakson jälkeen. Mikäli tutkimuksen avulla pystyttäisiin osoittamaan tiettyjä yhteisiä tekijöitä, voitaisiin niihin panostaa enemmän resursseja. Tätä kautta uusien laitosjaksojen tarve vähenisi. Toinen jatkotutkimusaihe liittyy kuntoutumisjakson pituuteen. Olisiko taloudellisesti tehokkaampaa, että kuntoutumisjaksojen pituus olisi kaksin- tai jopa kolminkertaisesti pidempi kuin nykyisin. Tällöin säästyttäisiin niiltä kustannuksilta, joita syntyy kun sama kuntoutuja menee neljättä tai jopa viidettä kertaa lyhyelle laitosjaksolle.

## 8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadun ja luotettavuuden varmistaminen kuuluu olennaisesti tieteelliseen tutkimukseen. Luotettavuus tulee huomioida jo tutkimuksen suunnittelussa. Jälkikäteen sitä ei voi enää parantaa, koska luotettavuus liittyy tutkimusprosessin eri vaiheisiin. (Kananen 2010, 68–69.) Heikosti tehdyn tutkimuksen tulokset ovat käyttökelvottomia (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 129).

Tutkimuksen validius tarkoittaa, että tutkimus kuvaa sitä, mitä sen on tarkoituskin kuvata (Ronkainen ym. 2011, 130). Opinnäytteessäni validiteetti varmistettiin työstämällä haastattelulomaketta sekä ohjaavan opettajan, että työn tilaajan kanssa. Haastattelutilanteessa minulla oli mahdollisuus tarkentaa kysymystä sekä vastausta. Päihdetyö on kiinnostanut minua opintojen alusta asti, ja minulla oli päihdekuntoutujien kanssa työskentelystä hieman kokemusta ennen haastatteluja. Omien kokemusten ja mielenkiinnon pohjalta olin miettinyt asenteitani päihteiden käyttäjiä ja päihdekuntoutujia kohtaan. Tutkimusta tehdessä pyrin tunnistamaan käsityksistä ja asenteista, joita minulla oli tutkittavia kohtaan, jotta ajatukseni eivät

vaikuttaisi tutkimustuloksiin. Tutkimuksissa, joiden keskiössä on tutkittavien henkilökohtaiset kokemukset, on erityisen tärkeää, etteivät tutkijan omat käsitykset tai asenteet vaikuta tuloksiin. Tämä lisää tutkimuksen validiutta. (Ronkainen ym. 2011, 131.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän luotettavuutta eli käytetyn tutkimusmenetelmän avulla saadaan sama tulos eri tutkimuskerroilla. Eri kerroilla saadut tulokset ovat keskenään yhteneväisiä ja vakaita. Toistojen avulla testataan reliabiliteettia. Reliabiliteetti-käsitteen voidaan myös katsoa tarkoittavan yleisesti toimintatapojen luotettavuutta. Reliabiliteettiin sisältyy myös tutkijan logiikka aineistoa analysoidessa. Analyysi pitää tehdä systemaattisesti samalla tavalla koko prosessin ajan, sitä ei voi vaihtaa kesken kaiken. (Ronkainen ym. 2011, 132–133.) Tämä tutkimus olisi melko vaivaton toistaa, koska puolistrukturoidussa haastattelulomakkeessa on valmiit kysymykset. Tutkimustuloksiin on voinut vaikuttaa satunnaisvirheet, joita välittyy tutkimusaineistoon esimerkiksi haastattelijan vireystilan kautta (ks. Ronkainen ym. 2011, 132). Tein aineiston analyysin projektiluontoisesti pienen ajan sisällä, jotta teemoittelussa ja tyyppittelyssä säilyi samankaltaisuus. Mikäli haastateltu antoi pitkän sanallisen vastauksen, kertasi kirjaamisen jälkeen kirjoittamani asian. En tehnyt tätä kuitenkaan järjestelmällisesti jokaisen kysymyksen tai lyhyen vastauksen jälkeen. Tämä seikka on saattanut vaikuttaa tutkimusaineistoon ja saattaisi toistettaessa näkyä tarkempina tai laajempina vastauksina.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää eri tutkimusvaiheiden tarkka kuvaus. Olosuhteet, joissa tutkimusaineisto on kerätty, on kuvattava totuudenmukaisesti. Myös haastatteluihin kulunut aika, virhetulkinnat ja mahdolliset häiriötekijät on tuotava julki. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.) Tutkimukseni luotettavuuden lisäämisen olen halunnut kuvata haastattelutilanteet tarkasti ja mainita pienistäkin yksityiskohdista, jotka ovat saattaneet vaikuttaa tutkimusaineistoon.

Aineistoon perustuvaa analyysia tehdessä on muistettava, ettei aineisto koskaan kuvaa täydellisesti todellisuutta. Aineisto syntyy aina tietyssä ajassa ja ympäristössä, eikä siksi voi antaa tutkittavasta ilmiöstä muuttumatonta kuvausta. (Ronkainen ym. 2011, 122.) Kysymysten asettelu ja järjestys ovat saattaneet ohjata haastateltuja vastaamaan tietyllä tavalla. Myös kokemattomuuteni haastattelijana on voinut vaikuttaa

haastateltavan vastauksiin. Haastattelu itsessään on tilanne, jossa haastattelijalta vaaditaan taitoa ja kokemusta. Lisäksi vastauksiin voi vaikuttaa haastateltavan halu vastata toivotulla tavalla. Tällöin haastateltava pyrkii antamaan tutkijan toivomia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.) Aikaisemmin olin tehnyt muutaman opintoihin liittyvän haastattelun, joten olin haastattelijana täysin aloittelija. Toisaalta haastattelujen myötä oma taitoni ja kokemus haastatella kehittyivät. Todennäköisesti olin taitavampi ja kokeneempi haastattelija viimeisimmissä haastatteluissa. Myös oma kasvu ja kehitys haastattelijana on saattanut vaikuttaa vastausten sisältöön.

Jokaisen haastattelun alussa korostin olevani kiinnostunut nimenomaan kuntoutumisjakson vaikutuksista. En kuitenkaan voi olla täysin varma, ovatko kuvatut tilanteet ja tapahtumat kuntoutumisjakson seurausta vai jonkin muun elämässä tapahtuneen asian vaikutusta. Jokainen haastateltava tulkitsee itse omaa elämäänsä ja tekee johtopäätöksiä omasta sisäisestä maailmastaan käsin. Haastattelujen aikana olin harjoittelussa opinnäytteen tilaajalla, mikä on voinut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Haastattelujen alussa painotin, etten edusta kyseistä organisaatiota, vaikka heidän toimeksiantonaan tutkimusta teinkin.

Haastattelukutsussa kerrottiin tutkimuksesta ja haastatteluaineiston käytöstä. Arja Kuulan (2011) mukaan kohderyhmän motivointia edistää tieto siitä, millaista uutta tietoa tutkimuksella tavoitellaan. Myös riittävä tiedottaminen tutkimuksen sisällöstä edesauttaa tutkittavat päätöksentekoa haastatteluun osallistumisesta. (Kuula 2011, 105.)

Olen noudattanut tutkimusta tehdessäni eettisiä ohjeita. Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Ennen haastattelun aloittamista kerroin tutkimuksen tarkoituksesta, vaitiolovelvollisuudestani ja anonymiteetistä: lopullisista tuloksista ei pystyisi päättelemään yksittäistä haastateltua. Jokainen osallistuja allekirjoitti kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, ja kävin suostumuksen läpi aina ennen ensimmäistä kysymystä. Lisäksi jokaisella oli oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Vapaaehtoisuus ja mahdollisuus keskeyttää osallistuminen ovat nykyään tutkimuksen teon vahva normi, johon on vaikuttanut varhaiset tutkimuseettiset rikkomukset ja kansainvälinen ihmisoikeusjulistus (Kuula 2011, 107).

Haastatteluun osallistuneiden elämäntilanteet ja taustat vaihtelivat toisistaan, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Joukossa oli sekä naisia että miehiä ja ikäjakauma oli laaja. Tutkimuksen valmistuttua aineisto tuhottiin asianmukaisesti.

#### 8.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyöprosessi kesti puolitoista vuotta. Tuona aikana olen kasvattanut tietämystäni päihderiippuvuudesta, laajentanut päihdepalvelujärjestelmäosaamistani ja pohtinut jokaisen ihmisen oikeutta tulla autetuksi. Prosessi on antanut minulle runsaasti uutta tietoa, ainutlaatuisia kokemuksia ja välineitä kehittyä ammattilaiseksi. Olen myös oppinut pitkäjänteisyyttä ja määrätietoisuutta. Vaikka aihe itsessään on kiinnostava, ajoittain kirjoittaminen on vaatinut kurinalaisuutta. Minun on ollut pakko hellittää myös täydellisyydentavoittelustani. Myös työelämässä on osattava priorisoida työtehtäviä, kaikkea ei yksinkertaisesti pysty tekemään huipputasoisesti. Viitekehukseen liittyvän tiedon ja taidon kasvattamisen lisäksi olen miettinyt ihmisarvoa ja yhteiskunnan eriarvoisuutta ylipäätään. Tämän myötä olen vahvistanut omaa ihmiskäsitystäni. Samalla olen löytänyt sisäisen yhteiskunnallisen vaikuttajani.

Opinnäytteeni tavoite oli alusta asti selkeä. Sen sijaan haastattelulomakkeiden kysymysten asettelu oli työläämpää. Haastattelukysymykset piti saada sellaiseen muotoon, että ne tuottaisivat vastauksia tutkimusongelmaan. Prosessi vaati kysymysten muokkausta ja uudelleen miettimistä. Itse haastattelut sujuivat hyvin, ja niiden tekeminen oli ehdottomasti opinnäytteen paras ja opettavaisin osuus. Vaikka tekemäni tutkimus on pintaraapaisu aiheesta, toivon sen hyödyttävän sekä Kouvolan kaupunkia, päihdehuollon laitospalveluita tarjoavia toimijoita että laajemmin vaikuttavan ihmisten asenteisiin päihdekuntoutujia kohtaan ja lisäävän välittämistä. Haastattelurungon jokaisesta kysymyksestä saisi oman opinnäytteen syventymällä tiettyyn osa-alueeseen tarkemmin. Toisaalta tarkoitukseni oli käytettävissä olevien resurssien keinoin saada mahdollisimman laaja kokonaiskuva haastateltujen kokemuksista.

Ilmoittautuessaan haastatteluun muutamat kertoivat olevansa hyvin kiitollisia kuntoutumisjaksolle pääsystä, ja tämän vuoksi halusivat ehdottomasti tulla sen vaikutuksista kertomaan. Itseni mietityttää se, osallistuivatko haastatteluun vain ne henkilöt, joilla oli positiivisia ja mielekkäitä kokemuksia kuntoutumisjaksolta.

Tällainen seikka luonnollisesti vääristää tutkimustulosta. Toisaalta joukossa oli myös uudella jaksolla olevia haastateltavia, ja useat kertoivat retkahduksistaan.

Omaa ammatillista kasvuani edistivät haastattelutilanteet. Haastattelujen yhteydessä opettelin taitoa kohdata ja kuunnella. Päihdekuntoutujan asema yhteiskunnassamme ei ole helppo. Nyky-yhteiskunnan arvoilmapiiristä ei juuri heru myötätuntoa heikommassa asemassa oleville. Päihderiippuvaisia pidetään kakkosluokankansalaisina, jotka vain kuluttavat verorahoja. Tästä kertoo esimerkiksi viime elokuussa tamperelaisen kunnanvaltuutetun ehdotus juoppojen ”ihmisroskien” siirtämisestä pois keskustasta pilaamasta katukuvaa. Myöhemmin kaupunginvaltuutettu sanoi kommentin olleen vitsi, mutta kannattavansa jonkinlaisen juopottelupaikan perustamista. (Välimäki 2012.) Tällaisen ilmapiirin pohjalta on helppo ymmärtää, miksi useampi kutsuttu ei halunnut osallistua haastatteluun. Mielenkiintoinen seikka on myös se, kuinka etenkin miehet aktivoituivat haastatteluihin osallistumisessa uusintakutsun jälkeen. Sopiessani heidän kanssaan haastatteluaikaa, moni sanoi tulevansa ”jos siitä kerran jotain hyötyä sinulle on”. Usea haastatelluista vähätteli itseänsä ja kokemuksensa arvoa. Uskon tällaisen asenteen heijastavan suoraa yhteiskuntamme asennetta. Toivon, etten eleillä tai sanattomasti haastattelutilanteissa lisännyt kenenkään häpeätunnetta.

Jokainen haastattelutilanne oli minulle oppimiskokemus. Niiden ansiosta ymmärrykseni kaikkien ihmisten tasavertaisuudesta lisääntyi. Lyhyetkin haastatteluhetket vahvistivat omaa ajattelutapaani, käsitystä päihdekuntoutujista ja jokaisen elämän arvokkuudesta. Vaikka haastateltujen elämäkokemuksia yhdisti päihde, olivat he silti jokainen oma ainutlaatuinen yksilönsä. Päihderiippuvuus on vahva leima, joka peittää alleen sen kaiken muun, mitä ihminen on. Merkittävin oivallus oman ammattilaisuuteni kannalta on ajatus tasavertaisuudesta. Opinnäyteprosessin kautta sain itselleni evääksi lähtökohdan asiakaskohtaamisille. Toivottavasti pystyn aina pitämään mielessäni sen, etten koskaan ole toista ihmistä ylempänä tai suojassa sellaisilta vastoinkäymisiltä, joiden myötä olen itse autettavan asemassa. Sosiaalialan työkentällä lähtökohtana ei saa olla oman paremmuuden pönkittäminen toisen ahdingolla, vaan arvostus jokaista elämää kohtaan.

Huomasin, että itselläni on paljon opittavaa siitä elämänsenteesta, ilosta ja toivosta, jota pääsin pienten haastatteluhetkien verran todistamaan. Olen suuresti kiittollinen

jokaiselle haastatteluun osallistuneelle. Arvostan sitä rohkeutta ja avoimuutta, jolla he valottivat omaa elämäänsä minulle, heille täysin tuntemattomalle ihmiselle.

## LÄHTEET:

- Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, s. 7–16.
- Ahte, L. & Kaste, K. 2010. AA- ja ANA-rotat alkoholismin aivomekanismien selvittämisessä. Tiimi-lehti 1/2012, s.10–12.
- Babor, T., Stenius, K. & Romelsjö, A. 2009. Päihdehuollon järjestelmät kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa: Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) 2009. Irti Päihdeongelmista. Helsinki: Edita, s.195–212.
- Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H. & Partanen, A. 2010. Huuometilanne Suomessa 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 40/2010. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200>. [Viitattu 10.4.2012].
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu laitos. Tammi: Helsinki.
- Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 27–48.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmat. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanratna, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Duodecim, s. 210–225.

Holopainen, A. 2005. Alkoholien aiheuttamat vieroitusoireet. 12.12.2005. Päihdelinkin Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/232-vieroitushoidon-kehittyminen>. [Viitattu 20.9.2012].

Huttunen, M. 2011. Päihdepotilaan tahdosta riippumattomat toimenpiteet. 22.10.2011. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00479](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00479). [Viitattu 30.5.2012].

Hytönen, H. Päihderiippuvuus ja aivot. Myllyhoito-yhdistyksen Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.myllyhoito.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=92&Itemid=131](http://www.myllyhoito.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=131). [Viitattu 3.11.2012].

Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Helsinki: WSOYpro.

Immonen, A. 2009. Terveysneuvontapiste VINKKI. Kouvolan A-klinikkatoimen nettisivut. Saatavissa: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/kouvola/node/88>. [Viitattu 20.3.2011].

Irti Huumeista ry. 2011. Tietopaketti huumeista. Päivitetty 11/2011. PowerPoint-esitys. Saatavissa: [www.irtihuumeista.fi/files/182/Tietopaketti\\_huumausaineista.ppt](http://www.irtihuumeista.fi/files/182/Tietopaketti_huumausaineista.ppt). [Viitattu 20.9.2012].

Kaarne, T. 2008. Alkoholit ja työelämä. PowerPoint-esitys 22.5.2008. Valtiokonttori. Saatavissa: <http://www.valtiokonttori.fi/Public/default.aspx?contentId=25618>. [Viitattu 22.5.2012].

Kaarne, T. & Juntunen, J. 2010. Työelämä ja alkoholi. Teoksessa: Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, s. 87–96.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. 2011. Sosiaalityön käsikirja. 3., uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma.



Katkaisuhoitoasema Kouvola. 2012. A-klinikkasäätiön Internet-sivut. Saatavissa: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/ita/hoitopalvelut/laitoshoito/katkaisuhoitoasema-kouvola>. [Viitattu 3.11.2012].

Kaukonen, O. 2012. Päihdehuollon tuloksellisuudesta, tiedosta ja uskosta. *Tiimi-lehti* 3/2012, s.3.

Kouvolan päihdestrategia 2009–2012. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/5o2Zaun7M/5IKt8IP2M/Paihdestrategialuonnos.pdf>. [Viitattu 11.3.2012].

Kuula, A. 2011. *Tutkimusetiikka*. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kuusisto, K. 2012. Toimiva yhteistyösuhde ja asiakkaan myönteiset odotuksen tuottavat tulosta. *Tiimi-lehti* 3/2012, s.10–14.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY.

Matela, K. & Väyrynen, S. 2008. Huumeongelmat. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanratna, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. 2.painos. Helsinki: Duodecim, s. 226–234.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: International Methelp Ky.

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholi ongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, s. 43–54.

Partanen, A. 2012. Päihdepalvelut ja sosiaalihoitolaiki. 23.4.2012. Sosiaaliportin Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/sosiaalihoitolain\\_uudistaminen/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/sosiaalihoitolain_uudistaminen/). [Viitattu 22.5.2012].

Piironen, O. 2004. Alkoholihaitat työelämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä2004: 19. Helsinki. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3529.pdf&title=Alkoholihaitat\\_tyoelamassa\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3529.pdf&title=Alkoholihaitat_tyoelamassa_fi.pdf). [Viitattu 22.5.2012].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdetyötä ohjaava lainsäädäntö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihteet-paihdetyo-ja-huolto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihteet-paihdetyo-ja-huolto). [Viitattu 23.5.2012].

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011 Tutkimuksen voimasanat. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipuessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Saukkonen, A. 2012. Arvotuksen jäljillä. *Tiimi-lehti*, 4/2012, s.18–21.

Seppä, K. 2005. Lyhytneuvonta (Mini-interventio). Päivitetty 20.10.2009. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>. [Viitattu 3.11.2012].

Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. PowerPoint-esitys 14.11.2008. Saatavissa: [http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius\\_teemoittelu-tyypittely\\_141108.pdf](http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf). [Viitattu 1.10.2012].

Smith, D. E. 2012. Editor's Note: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs* 1/2012, s. 1-4.

STM.2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivut. Saatavissa: Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. [Viitattu 16.10.2012].

STM. 2002. Päihdepalveluiden laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivut. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf). [Viitattu 18.3.2011].

Suomen akatemia. Päähteet ja addiktio 2007–2010. Suomen akatemian tutkimusohjelma. Saatavissa:

<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/ADDIKTIO/addiktio%20esite%20suomi.pdf>. [Viitattu 16.10.2012].

Suomen perustuslaki 11.6.1999/ 731.

Teirilä, J. 2003. Päähteet ja työelämä. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s.257–264.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011: alkoholi ja huumeet. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544>. [Viitattu 29.2.2012].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päihderiippuvuus. Päivitetty 15.6.2007. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/portal/2954>. [Viitattu 21.3.2011].

Tervo, M. 2010. Toteutuuko päihdehuoltolaki? Teoksessa: Irti-vuosikirja huumetyön erikoisjulkaisu. Helsinki: Irti Huumeista ry, s.37–39.

Toiviainen, R. 2008. Palvelujärjestelmä sulkee ovet päihderiippuvaisilta. Teoksessa: Hirvilampi, T & Laatu, M. (toim.) Toinen vääräyskirja. 2. painos. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, s.157–170.

Tuomola, P. 2003. Ryhmäterapia. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s.220–226.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä A., Stengård E., Saarelainen, R. & Annala T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 101–125.

Välimäki, T. 2012. Tunnettu lääkäri kohauttaa: Juopot ”ihmisroskat” vietävä keskustasta saarelle! Uutisellista 2.8.2012. Moro-lehden Internet-sivut. Saatavissa: <http://moro.aamulehti.fi/2012/08/02/professori-kohauttaa-ihmisroskat-siivottava-keskustasta-saarelle/>. [Viitattu 17.10.2012].

Taustatiedot

ikä

- |                                    |                                  |                                   |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alle 20v. | <input type="checkbox"/> 36-40v. | <input type="checkbox"/> 56-60v.  |
| <input type="checkbox"/> 21-25v.   | <input type="checkbox"/> 41-45v. | <input type="checkbox"/> 61-65v.  |
| <input type="checkbox"/> 26-30v.   | <input type="checkbox"/> 46-50v. | <input type="checkbox"/> yli 65v. |
| <input type="checkbox"/> 31-35v.   | <input type="checkbox"/> 51-55v. |                                   |

sukupuoli

- nainen  
 mies

Missä kuntoutusyksikössä olit?

- Ridasjärven päihdehoitokeskus  
 Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus  
 Mikkeli-yhteisö  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Mikä oli kuntoutuksesi tavoite?

- lopettaa päihteiden käyttö  
 vähentää päihteiden käyttöä  
 muu, mikä? \_\_\_\_\_

Mitä päihdettä käytit?

- alkoholia  
 huumeita  
 lääkkeitä

Milloin olit viimeksi kuntoutumisjaksolla?

- tammi-kesäkuu 2009  
 heinä-joulukuu 2009  
 tammi-kesäkuu 2010  
 heinä-joulukuu 2010  
 tammi-kesäkuu 2011

Monesko kuntoutumisjakso oli kyseessä?

---

## Haastattelukysymykset

1. Onko kuntoutumisjakso vaikuttanut päihteidenkäyttöösi?

- kyllä
- vähentänyt sitä
- lisännyt sitä
- ei

2. Vaikuttiko kuntoutusjakso tulonlähteeseesi?

- ei
- kyllä, miten?
  - rahalliset etuudet ovat ajan tasalla
  - kuntoutusjakson vaikutuksesta olen kuntouttavassa työtoiminnassa, ja tuloni ovat nousseet
  - kuntoutusjakson vaikutuksesta olen kuntoutunut työelämään ja saan palkkaa
  - kuntoutusjakson vaikutuksesta pystyin hakemaan eläkettä ja olen saanut eläkepäätöksen
  - muuten, miten?

---

---

3. Onko kuntoutusjakso vaikuttanut ihmissuhteisiisi?

- ei
- kyllä

Millaisia muutoksia kuntoutus on niihin tuonut?

---

---

4. Koetko kuntoutusjakson vaikuttaneen fyysiseen terveyteesi?

- kyllä, parantamalla sitä,  
miten?

---

---

- kyllä, heikentämällä sitä,  
miten?

---

---

- ei ole vaikuttanut

5. Entäs psyykkiseen terveyteesi?

kyllä, parantamalla sitä,  
miten?

---

---

kyllä, heikentämällä sitä, miten?

---

---

ei ole vaikuttanut

6. Onko kuntoutus vaikuttanut vapaa-aikaasi?

ei  
 kyllä, miten?

---

---

7. Vaikuttiko kuntoutus avohoidossa käymiseesi?

kyllä, miten?

---

---

ei

8. Onko asumisesi (uusi asunto, remontti/ asunnon kunto) muuttunut kuntoutuksen vaikutuksesta?

ei ole  
 kyllä, miten?

---

---

9. Onko asumisentaitosi (siisteys, ruuanlaitto, vuokranmaksu, puhtaanapito) mielestäsi muuttunut kuntoutuksen vaikutuksesta?

ei  
 kyllä, miten?

---

---

10. Arvioi, onko kuntoutus vaikuttanut mahdollisuuksiisi työllistyä?

ei  
 kyllä, miten?

---

---

11. Arvioi, onko kuntoutus vaikuttanut mahdollisuuksiisi opiskella?

ei  
 kyllä, miten?

---

---

12. Mikä jäi erityisesti mieleesi kuntoutumisjaksolta ja mistä sait eniten apua?

---

---

---

Kiitos vastauksestasi!



## Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Suostun antamaan haastattelun tutkimusta varten, jonka tarkoituksena on tutkia Kouvolan päihdepalveluiden laitoskuntoutuksen vaikuttavuutta asiakkaan kokemana. Haastattelussa antamani tietoja saa käyttää tutkimuksessa, kunhan anonymiteettini säilyy. Halutessani voin perua osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---