

Riina Rauhala

**Seinäjoen A-klinikan asiakkaiden kokemuksia päihdekun-
toutuksesta**

Opinnäytetyö

Kevät 2013

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Sosiaalialan koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sosionomi (AMK)

Tekijä: Rauhala, Riina

Työn nimi: Seinäjoen A-klinikan asiakkaiden kokemuksia päihdekuntoutuksesta

Ohjaaja: Hemminki, Arja

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 76

Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyöni tavoitteena oli selvittää sitä, kuinka Seinäjoen A-klinikan päivystysvastaanotto vastaa tarpeisiin tänä päivänä, asiakkaiden näkökulmasta. Pääseekö vastaanotolle silloin, kun apua tarvitsee ja saako sieltä tarvittavaa tukea ja ohjausta. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia, minkälainen vaikutus kuntoutuksella on päihteiden käyttöön ja päihdeongelman hoitoon, sekä työntekijän merkitystä kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Tutkimuskysymykseni olivat: Kuinka A-klinikan päivystys vastaa asiakkaiden tarpeisiin nykyisellä mallilla? Minkälainen vaikutus kuntoutuksella on päihteiden käyttöön? Millainen vaikutus työntekijällä on kuntoutuksen onnistumisen kannalta?

Toteutin opinnäytetyöni osaksi määrällisenä ja osaksi laadullisena tutkimuksena. Aineiston keräämiseen käytin kyselylomakkeita päivystysvastaanoton asiakkaille ja teemahaastatteluita päivystysvastaanoton kautta terapeutitseen työskentelyyn siirtyneiden asiakkaiden kanssa. Kysely, haastattelut ja aineiston analyysi rakensivat tutkimuksen aiheen, tutkimuskysymysten ja keskeisten teemojen pohjalta.

Tutkimuksen tuloksissa korostui A-klinikan palveluiden parempi saatavuus aiempaan verrattuna ja asiakkaiden tyytyväisyys palvelun laatuun. Kehittämistarpeissa esiin nousivat lääkäripalvelut ja työntekijäresurssit suhteessa akuuttiin tarpeeseen. Terapeutitseen työskentelyyn siirtyneet asiakkaat kokivat päihteiden käyttönsä olevan tällä hetkellä jo melko lähellä asettamaansa tavoitetta päihteiden käytön vähentämisessä, mutta hankalampaa oli eritellä miten se on saavutettu. Esille nousivat muun muassa keskusteluapu ja seuranta terveydenhuollon puolella. Haastateltavista suurimman osan mielestä työntekijällä oli iso merkitys hoidon onnistumisen kannalta. Hyvä päihdetyöntekijä kuuntelee, tukee ja kysyy, mutta ei tuomitse. Haastateltujen puheista nousi esille, että olisi hyvä, jos työntekijällä olisi omaa kokemusta päihteiden ongelmakäytöstä.

Avainsanat: päihteet, päihdeongelmat, päihdehuolto, päihdekuntoutus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Social Work

Specialisation: Bachelor of Social Services

Author/s: Rauhala, Riina

Title of thesis: Seinäjoki A-Clinic's clients' experiences of substance abuse rehabilitation

Supervisor(s): Hemminki, Arja

Year: 2013

Number of pages: 76

Number of appendices: 4

The purpose of this thesis is to find out whether the duty reception of Seinäjoki A-Clinic is able to fulfill the clients' needs. Is service available whenever it is needed and support and guidance offered up to the clients' needs? Additionally, I intend to study the effects of the treatment on intoxicant use and treating an intoxication problem, as well as the importance of the employee in relation to successful treatment. The research questions were: How does the current model of duty in the A-Clinic meet the clients' needs? What kind of effect does rehabilitation have on substance use? What is the effect of the employee in making the rehabilitation successful?

The thesis is a partially quantitative and qualitative study. In gathering the study material I handed out survey forms to the clients of the duty reception and held theme interviews with clients who had gone on to therapeutic treatment through the duty reception. The survey, the interviews and the material analysis were built on the research subject, research questions and relevant themes.

The study results highlighted that the availability of the A-Clinic services is better than previously and that the clients are happy with the quality of the service. Doctoral services and employee resources in relation to acute need was identified as an area where further development is needed. The clients who had gone on to therapeutic treatment felt that their intoxicant use was currently somewhat close to the set goal of decreased intoxicant use, but it proved more difficult to specify how it had been achieved. Some of the factors highlighted here were conversational help and monitoring in health care. Most of the interviewees thought that the employee had a substantial effect in terms of treatment success. A good intoxicant counselor listens, supports and asks without passing judgment. That the intoxicant counselor should have some kind of experience of intoxicant abuse arose as a common theme in the interviews.

Keywords: intoxicant, intoxicant problems, intoxicant treatment, substance abuse rehabilitation

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 PÄIHTEET JA NIIDEN KÄYTTÖKULTTUURI SUOMESSA.....	8
2.1 Suomalainen päihdekulttuuri.....	8
2.2 Iän ja sukupuolen vaikutus päihteiden käyttöön.....	9
2.3 Alkoholi osana suomalaista päihdekulttuuria.....	11
2.4 Huumausaineet ja niiden käyttö.....	13
2.5 Lääkkeiden päihdekäyttö.....	14
2.6 Monipäihteisyys ja päihteiden sekakäyttö.....	15
3 PÄIHDERIIPPUVUUS.....	16
3.1 Riippuvuus, mitä se on?.....	16
3.2 Päihderiippuvuus ja sen ilmeneminen.....	17
3.3 Päihteidenkäytön tasot.....	18
3.3.1 Alkoholin käytön tasot.....	18
3.3.2 Huumausaineiden käytön tasot.....	20
3.3.3 Rauhoittavien- ja unilääkkeiden käytön tasot.....	21
4 PÄIHDEPALVELUT JA PÄIHDEHUOLTO.....	23
4.1 Laki ohjaa, päihdehuoltolaki.....	23
4.2 Erilaisia reittejä päihdeongelmasta kuntoutumiseen.....	24
4.3 Päihdehuollon palvelujärjestelmä.....	26
4.4 Avomuotoinen päihdekuntoutus.....	28
4.4.1 A-klinikkasäätiö.....	28
4.4.2 A-klinikat.....	29
4.4.3 Seinäjoen A-klinikka.....	30
4.4.4 Muita päihdepalveluita Seinäjoella.....	30
5 ASIAKKUUS PÄIHDEHUOLLOSSA.....	32
5.1 Alkoholiriippuvuuden kuntoutuksen aloittaminen.....	32
5.2 Kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet.....	32

5.3 Vuorovaikutuksen rakentuminen	33
5.4 Päihdetyön työmuotoja.....	35
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	39
6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat	39
6.2 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus	39
6.3 Aineiston analysointi	43
6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	44
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	48
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	48
7.2 Päivystyksen toimivuus asiakkaiden näkökulmasta	51
7.3 Hoidon merkitys päihderiippuvuudesta kuntoutumisessa.....	56
7.4 Työntekijän vaikutus hoidon onnistumiseen.....	58
8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	62
8.1 Yhteenveto lomakekyselyn tuloksista.....	62
8.2 Yhteenveto haastatteluiden tuloksista.....	64
8.3 Johtopäätökset.....	65
9 POHDINTA	70
LÄHTEET	72
LIITTEET.....	77

1 JOHDANTO

Idea tämän tutkimuksen toteutuksesta syntyi harjoittelujakson aikana, jonka suoritin Seinäjoen A-klinikalla. Taustatietoa tutkimukseeni sain Seinäjoen päihdehuollon vastuuhenkilöltä, Sari Koukkarilta. Koukkarin (2013) mukaan Seinäjoen A-klinikalla ei ole ollut päivystysvastaanottoa ennen vuoden 2010 syksyä, vaan asiakkaat ovat tulleet palvelun piiriin ajanvarauksella. Ajanvaraus oli ajoittain niin ruuhkautunut, että ensimmäistä aikaa saattoi joutua odottamaan kahdesta kolmeen kuukautta. Tästä syystä varatuille ajoille tuli paljon poisjääntejä, sillä asiakkaat eivät joko muistaneet pitkän ajan päässä olevaa aikaa tai sitten ajatus päihdeongelman hoitamisesta oli jo ehtinyt muuttua.

A-klinikalla alettiin kokeilla päivystystä syksyllä 2010 niin, että päivystystä oli joka torstai. Vuonna 2011 torstai-päivystys oli jo niin ruuhkautunut, että yhden työntekijän lisäksi tarvittiin toinenkin. Uuden työntekijän saapumisen jälkeen esiintyi tarvetta vielä jakaa päivystystä useammalle päivälle muun muassa työntekijöiden kuormituksen tasaamiseksi ja siksi, että asiakkailta olisi enemmän mahdollisuuksia päästä päivystykseen. A-klinikan päivystysvastaanotossa otettiin käytäntöön uusi malli, joka on toiminut vuoden 2012 alusta lähtien. Päivystyksessä työskentelee tällä hetkellä kaksi työntekijää, ja päivystys on auki aamupäivisin maanantaista torstaihin. (Koukkari, [Viitattu 3.4.2013].)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sitä, kuinka A-klinikan päivystysvastaanotto vastaa tarpeisiin tänä päivänä, asiakkaiden näkökulmasta. Pääseekö esimerkiksi vastaanotolle silloin, kun apua tarvitsee ja saako sieltä tarvittavaa tukea ja ohjausta? Lisäksi tutkimukseni tavoite on selvittää, minkälainen vaikutus A-klinikan asiakkaiden mielestä kuntoutuksella on päihteiden käyttöön ja päihdeongelman hoitoon. Selvitän tutkimuksessani myös sitä, minkälainen vaikutus työntekijällä on kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Tutkimusmenetelminä käytän lomakekyselyä ja teemahaastattelua. Lomakekyselyyn vastasi 29 asiakasta ja haastateltavia asiakkaita oli yhteensä viisi.

Suomessa alkoholiongelma on yksi yhteiskuntamme merkittävimmistä terveysuhkista. On arvioitu, että Suomessa on noin 300 000–500 000 alkoholin riskikäyttäjää, ja lisäksi se on merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Esimerkik-

si vuonna 2007 alkoholin käyttö aiheutti yhteiskunnalle 0.7–0.9 miljardin euron välittömät kustannukset ja 3.2–6 miljardin euron välilliset kustannukset. Terveystieteiden tutkimuksissa naispotilaista noin 10 prosenttia, ja miespotilaista noin 20 prosenttia on alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Alkoholi-ongelman hoito, [Viitattu 3.4.2013].)

Huumeaineiden käyttö on Suomessa melko vähäistä muuhun Eurooppaan nähden, mutta käyttö on 2000-luvun loppupuolella kääntynyt lievään kasvuun. Huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta, sillä huumeaineiden käyttö on Suomessa rangaistavaa. Se saattaa hankaloittaa huumeongelman hoitoon hakeutumista ja hoitoa. Huumeongelmaan liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia. Niiden käsittelyyn tarvitaan yhteistyötä monien tahojen kanssa. Huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi, kuin hoitamatta jättäminen. (Huumeongelman hoito, [Viitattu 3.4.2013].)

Sosionomi (AMK) voi työssään törmätä tai työskennellä päihdeongelmaisten parissa erilaisissa tehtävissä. Siksi on tärkeää, että työntekijällä on tietoa erilaisista päihteistä ja päihdeongelmasta. Tavoitteenani on ollut kerätä tähän työhön keskeistä tietoa päihteistä, päihdeongelmasta ja päihdekuntoutuksesta.

Tutkimukseni teoriaosan aloitan esittelemällä Suomessa yleisimmin käytettyjä päihteitä, sekä maamme päihdekulttuuria. Sen jälkeen avaan riippuvuuden käsitettä erityisesti siitä näkökulmasta, kun riippuvuuden kohteena ovat päihteet. Teoriaosassa käyn läpi lisäksi päihdepalveluita ja päihdehuoltoa, sekä asiakkuutta päihdehuollossa. Teoriaosaa seuraa kappaleet tutkimuksen toteutuksesta ja tuloksista. Lopuksi kokoan tutkimuksessa keskeisimmiksi nousseet tekijät yhteenvedossa ja johtopäätöksissä.

2 PÄIhteet JA NIIDEN Käyttökulttuuri Suomessa

Esittelen tässä luvussa keskeisimpiä Suomessa käytettyjä päihteitä ja maamme päihdekulttuuria, jotta lukijalle muodostuisi kuva, millaisia päihteitä A-klinikalle ha-
keutuvat käyttävät ja miten päihteiden käyttö näkyy kulttuurissamme.

2.1 Suomalainen päihdekulttuuri

Erilaiset päihteet ovat kuuluneet ihmisyyteen elämään kautta historian ja päihdyttävien aineiden yleisyys ja käyttö ovat aikakautensa tuotteita. Lääke- ja hyötykasvien sisältämät huumaavat aineet ovat olleet aikanaan esimerkiksi osana heimo-
yhteisöjen tapakulttuuria, uskonnollisia rituaaleja ja sodankäyntiä, kun taas nyky-
päivänä päihteiden käyttö voi olla osana vapaa-ajan viettoa, juhlaperinteitä tai ruoka- ja juomakulttuuria. (Holmberg 2010, 11–12.)

Päihteet ovat keskushermostoon vaikuttavia aineita, joita käytetään niiden psyykkisten vaikutusten vuoksi. Päihteitä ovat alkoholi ja tupakka, jotka ovat Suomessa laillisia, sekä laittomat huumausaineet. Lisäksi päihtymistarkoituksessa voidaan käyttää esimerkiksi joitakin lääkkeitä tai liuottimia. (Päihteet, [Viitattu 20.4.13].) Laillisille markkinoille ei enää tule uusia päihteitä, sillä elintarvike-, tuotevastuu- ja kuluttajansuojalait estävät terveydelle vaarallisten aineiden kaupan ja markkinoinnin. Markkinoille ilmestyy kuitenkin jatkuvasti uusia päihdyttäviä aineita, joita ei ole vielä ehditty luokitella laittomiksi. (Holmberg 2010, 11–12.)

Päihdepoliittinen päätöksenteko ja yhteiskunnallinen kehitys vaikuttavat siihen, mitkä aineet valikoituvat valtapäihteiksi. Päihteiden käyttö on kansainvälinen ilmiö, mutta päihdekulttuureissa on maakohtaisia eroja (Holmberg 2010, 11). Suomalais-
ta kulttuuria voidaan pitää alkoholikulttuurina ja maassamme korostuukin alkoholin raju kertakäyttö sen mukanaan tuomine haittoineen. Alkoholin käyttö on suomalaisessa kulttuurissa hyväksyttyä. Se liitetään usein rentoutumiseen ja vapaa-ajan viettoon, sillä sen ajatellaan tukevan vahvasti sosiaalista elämää. Alkoholin käyttöä pidetään normaalina ja siitä kieltäytymistä poikkeuksellisena suomalaisten aikuisten vapaa-ajan vietossa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 92.)

Huumausaineiden käyttöön suhtaudutaan Suomessa hyvin erilailla, kuin alkoholin käyttöön, vaikka molempien aineiden käytöllä tähdätään yleensä samaan, eli päihety mystilaan. Huumausaineiden käyttö nähdään ensisijaisesti kielteisenä, haitallisenä ja rikollisena toimintana. Huumausaineita pidetään usein alakulttuuriin rajoituvana ilmiönä, eikä sen ajatella koskevan niin sanottua valtakulttuurin normaalia jäsentä. (Havio ym. 2008, 95.)

Suomessa huumausaineiksi luokitellaan sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä huumaavan vaikutuksen aikaansaavat aineet. Huumausaineet ovat keskenään erilaisia ja niitä voidaan ryhmitellä monin eri tavoin esimerkiksi tuotannon, vaikutustavan tai vaarallisuuden perusteella. Tavallisesti käytetään kolmijakoa: rauhoittavat huumausaineet eli opiaatit, piristeet eli stimulantit ja hallusinogeenit. Huumausaineita voidaan käyttää pureskelemalla, hengittämällä, polttamalla, nuuskaamalla tai suonen sisäisesti. (Huumeet, [Viitattu 2.1.2013].) Huumausainelain (L 30.5.2008/373) mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty.

Suomalainen yhteiskuntakulttuuri on viime aikoina liukunut yhteisöllisten arvojen kunnioittamiseen ja etusijalle asetetaan usein yksilön vapaus. Myös päihteiden käyttö katsotaan usein ihmisen yksilölliseksi oikeudeksi. Yksilöllisyyden korostaminen yhteiskunnassamme on tuonut ihmisille lisää vapautta ja valinnan mahdollisuuksia, mutta sen kääntöpuolella ovat yksinäisyys, rajattomuus, turvattomuus, pärjäämättömyys ja vieraantumisen. Näiden tunteiden täyttäminen saa ihmisen rikkomaan rajojaan ja mielensä, jolloin ratkaisua saatetaan etsiä pullosta, ruiskusta tai pillereistä. Tämän kautta päihteiden käyttö muuttuu yksilön valinnasta yhteiskunnalliseksi kysymykseksi. (Holmberg 2010, 11–12.)

2.2 Iän ja sukupuolen vaikutus päihteiden käyttöön

Ikä vaikuttaa päihteidenkäyttötapoihin biologisten vanhenemisprosessien, sekä erilaisten elämänkaaren vaiheisiin liittyvien tekijöiden kautta. Biologinen vaikutus näkyy esimerkiksi alkoholin käytön osalta elämänkaaren molemmissa päissä: pienet lapset eivät juo alkoholia, ja ikääntyvien ihmisten keho voi vanhenemisen tai sairauksien myötä olla herkempi alkoholille, jolloin sen käyttöä vähennetään. Toi-

nen merkittävä tekijä elämänkaaren alun kannalta on lainsäädäntö, joka sallii alkoholijuomien myynnin ja anniskelun yli 18-vuotiaille henkilöille. Väkevien juomien myynnissä ikäraja on korkeampi. (Mäkelä & Härkönen 2010, 115–116.)

Sosiaalisen kanssakäymisen luonteen ja merkityksen vaihtelu elämänkaaren eri vaiheissa vaikuttaa alkoholin käyttöön. Esimerkiksi nuorilla on usein runsaasti vapaa-aikaa, jonka viettoon alkoholi kuuluu (Mäkelä & Härkönen 2010, 116). Ensimmäiset alkoholikokeilut ajoittuvat tyypillisesti 13–15 vuoden ikään, ja noin 80 prosenttia käyttää alkoholia vähintään kerran kuukaudessa 18. ikävuoden jälkeen. Runsaimmillaan alkoholin käyttö on varhaisaikuisuudessa, noin 20–25 vuoden iässä. Arviolta kymmenellä prosentilla alkoholin käyttö jatkuu runsaana nuoruudesta aikuisuuteen, ja osalla juominen muuttuu haitalliseksi tai riippuvuustasoiseksi. Siksi on tärkeää, että nuoren alkoholinkäytön säännöllistyminen ja käytettyjen määrien kasvaminen havaitaan. Nuoret aloittavat päihdekokeilut yleensä 12–15-vuotiaana tupakalla, jota suomalaisista nuorista on kokeillut noin 60 prosenttia. Vuonna 2009 tehdyn kouluterveyskyselyn mukaan yläasteikäisistä huumausaineita on kokeillut viisi prosenttia, alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä kahdeksan prosenttia ja imppaamista yhdeksän prosenttia. (Seppä, Alho & Kiiänmaa 2010,108.)

Nuoruuden aktiivista aikaa päihteiden käytön suhteen seuraa usein perheellistyminen, jolloin tarve ja mahdollisuudet juhlimiseen vähenevät. Se näkyy myös alkoholinkäyttötapojen rauhoittumisena (Mäkelä & Härkönen 2010, 116). Vanhemmat tuovat nykyperheeseensä päihteisiin liittyviä asenteita, normeja ja käyttäytymismalleja, joista heillä on kokemuksia omasta lapsuudestaan. Lasten vanhemmat joutuvat usein pohtimaan omaa alkoholin käyttöä: Montako paukkua voi ottaa tai miten lastenhoito järjestyy, jos vanhemmat ovat päihtyneenä. (Seppä ym. 2010,74.)

Ruuhkavuosien jälkeen seuraa jälleen ikäkausi, jolloin itselleen jää enemmän aikaa. Nykyiset vanhenevat ikäluokat ovat halunneet viettää tätä aikaa lasin ääressä enemmän, kuin edeltäjänsä (Mäkelä & Härkönen 2010, 116). Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 tekemän tutkimuksen mukaan 65–84-vuotiaiden naisten ja miesten alkoholin käyttö on lisääntynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2005 miehistä 78 prosenttia ja naisista 53 prosenttia ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Viikoittain alkoholia käytti 36 prosenttia

miehistä ja 16 prosenttia naisista. Vuonna 2007 yli 65-vuotiaista miehistä 20 prosenttia täytti riskikäytön kriteerit. (Seppä ym. 2010,120.)

Eri sukupolvien eroavaisuuksia voidaan selittää osaksi sukupolvitutkimuksilla, joissa on todettu, että nuoruuden aikaiset olosuhteet leimaavat sukupolven myöhempääkin elämää. Esimerkiksi alkoholinkäytön saralla tunnetaan erilaisia termejä: ennen sotia syntyneet edustavat ”kuivaa” sukupolvea, kun taas sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat edustavat ”märkiä” vuosiluokkia. (Mäkelä & Härkönen 2010, 116–117.)

Miesten ja naisten välisellä alkoholin käytöllä on myös eroavaisuuksia, miehet esimerkiksi juovat kolminkertaisen määrän alkoholia naisiin verrattuna (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010,49). Kuitenkin naisten osuus on jo vuosia ollut kasvussa niin käyttäjien, kuin hoidossa olevien keskuudessa. Fysiologisten erojen lisäksi eroavaisuuksia on esimerkiksi ympäristön suhtautumisessa miesten ja naisten päihteiden käyttöön. Vaikka sosiokulttuurista tasavertaistumista on tapahtunut, katsotaan miesten päihteiden käytön olevan edelleen hyväksytympää, vähemmän häpeällistä tai paheksuttua, kuin naisten. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 49.)

2.3 Alkoholi osana suomalaista päihdekulttuuria

Alkoholi eli etanoli on Suomessa eniten käytetty laillinen päihde ja arvioiden mukaan se aiheuttaa valtaosan päihteisiin liittyvistä ongelmista. Alkoholia käyttävät eniten 20–29-vuotiaat miehet, ja heillä on myös eniten rajuja juomiskertoja. Toinen runsaasti alkoholia käyttävä ryhmä on 30–49-vuotiaat miehet. Naisten osuus kokonaiskulutuksesta on noin neljännes. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67.)

Alkoholilla on huumaavia, mielihyvää tuottavia ja keskushermostoa lamaavia vaikutuksia (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67). Alhaisina määrinä alkoholi voi virkistää, parantaa mielialaa tai vähentää estoja. Liiallisesti käytettynä se voi aiheuttaa esimerkiksi pahoinvointia, puheen sammallusta tai reagoitakyvyn alentumista, josta seurauksena voi olla onnettomuuksille altistuminen. (Alkoholi, [Viitattu 1.1.2013].) Alkoholin juomisesta mahdollisesti seuraavan humalatilän vahvuus on

suoraan suhteessa nautitun alkoholin määrään, mutta sen voimakkuuteen vaikuttavat myös sukupuoli, ikä- ja kokoerot sekä hormonaaliset ja muut fysiologiset tekijät. Humalatilaa voivat vahvistaa myös jotkin lääkeaineet, joita voivat sisältää esimerkiksi psykykenlääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, veren hyytymistä estävät lääkkeet tai jotkin diabeteslääkkeet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67–68.)

Alkoholin vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä, sillä alkoholilla ei ole aivoissa erityistä sitoutumis- tai vaikutuskohtaa, vaan se vaikuttaa aivoissa useampiin hermosolujärjestelmiin ja viestinkulun mekanismeihin erityisesti keskushermostossa. Näin ollen alkoholin käyttäytymisvaikutukset syntyvät eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Pitkäaikaisessa käytössä käyttäjälle kehittyy toleranssi, joka tarkoittaa sietokyvyn kasvua alkoholimäärien suhteen. Lisäksi pitkäaikainen käyttö saa aikaan niin fyysisiä, kuin psyykkistäkin riippuvuutta. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67.) Vieroitusoireet voivat olla voimakkaita ja jopa hengenvaarallisia (Alkoholi, [Viitattu 1.1.2013]).

Alkoholin käytön riskit liittyvät joko runsaaseen kertajuomiseen tai runsaaseen ja pitkäaikaiseen käyttöön, joka on aina terveystarve. Riskirajoiksi määritellään keski-ikäisellä miehellä viikkotasolla 24 annosta ja naisella riskirajaksi on määritelty 16 annosta viikossa. Kertakäytön riskirajana pidetään miehillä seitsemää ja naisilla viittä annosta. Jos riskiraja ylitetään toistuvasti, se lisää todennäköisyyttä saada alkoholista johtuvia fyysisiä tai psyykkisiä oireita. (Alkoholi, [Viitattu 1.1.2013].)

Neljän viimeisen vuosikymmenen aikana alkoholin kokonaiskulutus on kolminkertaistunut, mutta juomatavat ovat muuttuneet mietoja juomia, kuten mallasjuomia ja mietoja viinejä suosivammaksi väkevien juomien sijaan. 1960 -luvulla alkoholin kulutuksesta lähes 70 prosenttia oli väkeviä juomia, kun taas vuonna 2009 niiden osuus oli enää neljännes. Vuonna 2010 alkoholia kulutettiin sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 10 litraa asukasta kohti. Suomalaista juomatapaa leimaavat piirteet ovat säilyneet näiden vuosikymmenten aikana ennallaan: alkoholin käyttö aterialla on edelleen harvinaista, kun taas humalajuominen on yleistä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 16–19.)

Suomessa tapahtuu vuosittain noin 3000 alkoholin käytöstä johtuvaa kuolemaa ja alkoholiin liittyviä väkivalta- ja tapaturmakuolemia on noin 1000. Lisäksi alkoholi on

yksi yleisimmistä työikäisen eli 15–64 -vuotiaiden miesten kuolinsyistä. (Alkoholi, [Viitattu 1.1.2013].) Vuonna 2010 poliisin tietoon tuli 21 130 rattijuopumusta, joista törkeiden rattijuopumusten osuus oli noin puolet. Suurin osa, noin 88 prosenttia rattijuopumukseen syylliseksi epäillyistä oli miehiä, jolloin naisten osuus vuonna 2010 oli 12 prosenttia. Vuonna 2009 alkoholin käyttö aiheutti 0,8–1,0 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 3,2–5,9 miljardin euron välilliset haittakustannukset. Yli kolmannes välittömistä haittakustannuksista aiheutti järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito. Sosiaalihuollon osuus oli hieman yli neljännes ja terveydenhuollon osuus oli reilu viidennes välittömistä kustannuksista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 23–24.)

Alkoholin korvikkeena käytetään joskus myös muita alkoholituotteita. Korvikealkoholeissa vaikuttavana aineena on etyylialkoholi, johon lisätään pieniä määriä denaturointiainetta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi erilaiset tuulilasinpesunesteet, jäänestoliuokset, jarrunesteet ja pirtu. Korvikealkoholeja käyttävät yleensä vaikeasti alkoholisoituneet henkilöt, joille käytön syynä ovat halpa hinta, hyvä saatavuus ja suuri alkoholipitoisuus. Korvikealkoholeja nautitaan harvoin vahingossa, sillä ne aiheuttavat oksennusrefleksin ja maistuvat pahalta. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 70.)

2.4 Huumausaineet ja niiden käyttö

Huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet Suomessa melko vakaalla tasolla viime vuodet. Vuonna 2005 tehdyn arvion mukaan huumausaineiden käyttäjiä on 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55-vuotiaista. Käyttäjistä lähes 80 prosenttia oli miehiä ja eniten käyttöä esiintyi 15–34-vuotiaiden keskuudessa. Eniten ongelmakäyttäjiä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Uusimmat tiedot vuodelta 2010 osoittavat kannabiksen kotikasvatuksen ja kannabiskokeilujen lisääntyneen aikaisempiin vuosiin nähden ja uutena haasteena on myös niin sanottujen muuntohuumeiden yleistyminen. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, 6–7.)

THL:n huumehoidon tietojärjestelmän mukaan vuonna 2010 hoitoa annettiin noin 13 000 henkilölle. Opiaatit olivat yli puolella se huumausaine, joka oli johtanut hoi-

toon hakeutumiseen ja opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä kolmanneksella. Noin kymmenesosa hakeutui hoitoon stimulanttien, kannabiksen tai alkoholin takia ja kuusi prosenttia hakeutui hoitoon lääkkeiden takia. (Tanhua ym. 2011, 6–7.) Korvaushoidossa heijastuvat edellä mainitut tulokset siten, että toistaiseksi sitä on olemassa vain opiaattien käyttäjille. Vuonna 2010 korvaushoitoa sai noin 1800 henkilöä (Tanhua ym. 2011, 58).

2.5 Lääkkeiden päihdekäyttö

Bentsodiatsepiinit sekä lyhyt- ja pitkävaikutteiset unilääkkeet ovat nykyään väärinkäytetyimpiä lääkkeitä Suomessa. Lääkkeitä käytetään päihtymistarkoituksessa niiden keskushermostoa lamaavan vaikutuksen vuoksi, josta seuraa esimerkiksi jännityksen lievenemistä, rentoutumista ja rauhoittumisen tunnetta. Lääkkeistä haetaan apua monenlaiseen hätään ja ahdistukseen. (Havio ym. 2008, 80.)

Bentsodiatsepiinit. Bentsodiatsepiineja on käytetty muun muassa ahdistusta poistavina, rauhoittavina ja unilääkkeinä, mutta niiden riippuvuuden kehittymisriskin ja sivuvaikutusten vuoksi nykyään suositellaan yhtäjaksoista käyttöä korkeintaan kahdesta neljään viikkoon (Tiensuu 2006, 9–10). Lääke saattaa mahdollistaa ohjeenmukaisessa käytössä joillekin työssäkäynnin ja sosiaalisen elämän, mutta se voi johtaa myös pitkäaikaiseen ja voimakkaaseen, psyykkiseen ja fyysiseen riippuvuuteen. Tutkimuksissa on todettu, että riippuvuus bentsodiatsepiineihin kehittyy yli kuuden vuoden käytössä 75 prosentille ihmisistä. (Havio ym. 2008, 81–82.) Päihtymistarkoitukseen käytettyjä bentsodiatsepiineja otetaan lääkinnällistä tasoa suurempia annoksia, jolloin niiden vaikutus ilmenee väsymyksenä, välinpitämättömyytenä, sekavuutena, puheen kankeutena ja liikkeen epävarmuutena (Tiensuu 2006, 17–18).

Barbituraatit. Barbituraatit ovat rauhoittavia ja unilääkkeitä, joita on käytetty päihtymistarkoituksessa. Nykyisellään niiden käyttö on vähentynyt, sillä ne ovat toksisia eli myrkyllisiä yliannostuksena sekä yhdessä alkoholin kanssa. Pieni annos rentouttaa ja sen vaikutus muistuttaa humalatilaa pienen alkoholiannoksen jälkeen. Barbituraatteja voidaan käyttää tablettimuodossa tai ruiskeina, jolloin aine

vaikuttaa nopeammin, mutta yliannostuksen riski on suuri. (Tacke & Tuomisto 2007, 420.)

Lääkeriippuvaisen ihmisen elämänlaatu vaihtelee suuresti. Melko tavallista on, että lääkeriippuvuus ei näy alkuvaiheessa ulospäin kovinkaan selvästi, vaan päinvas-toin saattaa näyttää siltä, että töistä ja kriittisistä tilanteista selviydytään hyvin. Kotonaa lääkkeiden käyttö näkyy usein selvemmin: mikään ei ilahduta tai kiinnosta, ei tee vihaiseksi eikä surulliseksi. Pitkäaikaisen lääkkeiden käytön seurauksena voi kehittyä erilaisia pelkotiloja ja monet tuntevat ahdistusta ja levottomuutta. (Havio ym. 2008, 81.)

2.6 Monipäihteisyys ja päihteiden sekakäyttö

Monipäihteisyys ja päihteiden sekakäyttö on lisääntynyt ja yleistynyt viime vuosina erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmaisten keskuudessa. Käsitteinä monipäihteisyyttä ja sekakäyttöä käytetään paljon samassa merkityksessä. Monipäihteisyydellä kuitenkin tarkoitetaan eri päihteiden jaksoittaisesti tai tilannekohtaisesti vaihtelevaa käyttöä. Sekakäytöllä taas viitataan eri aineiden sattumanvaraiseen ja samanaikaiseen käyttöön. Sekakäyttö on alkoholin käytön jälkeen yleisin päihteiden käytön muoto. (Havio ym. 2008, 64–65.)

Tavallisin sekakäytön muoto on alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden yhteiskäyttö. Lääkkeitä voidaan käyttää tahallisesti humalan tehostajana, mutta myös tahatonta sekakäyttöä esiintyy, kun alkoholin epämiellyttäviä oireita hoidetaan lääkkeillä. Jos tästä muodostuu tapa, se aiheuttaa helposti alkoholiongelmaiselle monipäihderiippuvuutta. (Holopainen, [Viitattu 20.4.13].)

Huumausaineiden ohella muiden päihteiden käyttö on melko yleistä varsinkin vahvempien huumeiden, kuten opiaattien käyttäjillä. Tämä johtuu siitä, että ainetta ei yksinkertaisesti ole jatkuvasti saatavilla. Silloin opiaatit korvataan esimerkiksi stimulanteilla, kannabiksella, bentsodiatsepiineilla tai alkoholilla. (Holopainen, [Viitattu 14.1.2013].)

3 PÄIHDERIIPPUUUS

Tässä luvussa käsittelen riippuvuutta ja mitä se tarkoittaa silloin, kun riippuvuuden kohteena ovat päihteet. Riippuvuus on päihteiden ongelmakäytön taustalla vaikuttava mekanismi, joten siksi on oleellista käsitellä riippuvuuden dynamiikkaa. Lisäksi tässä luvussa käydään läpi muitakin päihteiden käytön tasoja.

3.1 Riippuvuus, mitä se on?

Riippuvuus on ihmiselle luonnollinen olotila ja jotkin riippuvuudet ovat jopa välttämättömiä ihmisen elämän ja hyvinvoinnin kannalta. Ihminen on esimerkiksi syntymästään sakka riippuvainen hengitysilmosta, ravinnosta, hoivasta ja läsnäolosta. Ihminen ei kuitenkaan ole syntyjään riippuvainen esimerkiksi päihteistä tai pelaamisesta. Riippuvuuden ja riippumattomuuden tasapaino näkyy ihmisen tavassa olla, ajatella ja käyttäytyä riippuvuuden kohteeseen nähden. Muun muassa perintökijät, lapsuuden ja nuoruuden oppimiskokemukset vaikuttavat siihen, säilyykö tasapaino elämän eri vaiheissa. (Holmberg 2010, 37.)

Riippuvuudet voidaan jakaa toiminnallisiin ja aineellisiin riippuvuuksiin. Toiminnallisia riippuvuuksia verrataan usein pakkoneuroottiseen käyttäytymiseen, yhtäläisyyksiä ovat esimerkiksi pakonomaisuus ja toistuvuus. Kuitenkin toiminnallinen riippuvuus on usein mielihyvähakuista, kun taas pakkotoiminnoissa kyse on lyhyistä, kaavamaisesti toteutetuista toimintasarjoista, joiden avulla pyritään välttämään oletettuja negatiivisia kokemuksia. Toiminnalliset riippuvuudet palvelevat monenlaisia tarpeita, esimerkiksi turvallisuuden, seikkailunhalun tai jännityksen tunteita. Useimmiten tämänlaista riippuvuusikäyttäytymistä esiintyy naisten keskuudessa. (Koski-Jännes, [Viitattu 20.4.13].) Osa riippuvuuksista, kuten liikunta tai työriippuvuus, voivat tuottaa hyvää oloa, mutta ne voivat myös muuttua haitallisiksi. Pakonomaista ja haitallista käytöstä kutsutaan riippuvuusongelmaksi. (West & Hardy 2005, 33–34.)

Kielteinen riippuvuus on epärealistinen tai elämäntilanteeseen soveltumaton selviytymistapa. Itsestä huolehtiminen ja tyydytyksen saaminen on vaikeaa, jolloin ihminen takertuu liiaksi riippuvuuden kohteeseensa. Toiminta on syklimäistä ja

riippuvuuskäyttäytymisen lopettaminen tuntuu vaikealta. Tällainen riippuvuus aiheuttaa vahinkoa ihmiselle ja hänen kehitykselleen yhdellä tai useammalla osa-alueella. Kielteinen riippuvuus voi muodostua lähes mihin tahansa toimintoon tai asiaan, joka tuottaa mielihyvää ja peittää alleen muita haitallisia ilmiöitä. Esimerkkejä kielteisen riippuvuuden kohteista ovat työnteko, syöminen, ihmissuhteet, pelaaminen, liikunta, seksuaalinen käyttäytyminen, ostaminen ja päihteiden käyttö. Yhtenäistä riippuvuuksille on, että ihminen hakee niistä turvaa, helppoa tyydytystä ja samalla korvaa jotakin, mitä elämäänsä kaipaisi ja tarvitsisi. (Holmberg 2010, 38.)

Riippuvuus aiheuttaa siis usein muun elämän köyhtymistä, sillä riippuvuuden kohteesta muodostuu riippuvaisen henkilön elämän keskipiste. Aika muulta elämältä, kuten perheeltä tai harrastuksilta jää riippuvuuden varjoon. Riippuvaiselle on tunnusomaista oman riippuvuutensa kieltäminen. Ongelmista syytetään helposti muita, eikä omista teoista oteta vastuuta. Tämän seurauksena muut alkavat kantaa vastuuta riippuvaisen elämästä, ja mahdollistavat jatkumon riippuvuuskäyttäytymiselle. (Kujala & Hiltunen 2007, 30.)

3.2 Päihderiippuvuus ja sen ilmeneminen

Kun tarkastellaan päihderiippuvuuden selitysmalleja, on syytä muistaa, että jokaisella on omat syynsä ja motiivinsa käyttää päihteitä. Monet tekijät vaikuttava siihen, muuttuuko kohtuullinen alkoholinkäyttö alkoholiriippuvuudeksi tai huumekekoilu huumeriippuvuudeksi. Olennaista on, minkä merkityksen ihminen päihteen käytölle antaa ja miten keskeistä osaa se näyttelee jokapäiväisessä elämässä. (Havio ym. 2008, 42.)

Päihderiippuvuudesta voidaan puhua silloin, kun suhdetta riippuvuuden kohteeseen, eli päihteeseen, ei enää hallita. Päihdettä kohtaan koetaan pakonomaista tarvetta, ja sitä täytyy saada ajoittain tai jatkuvasti. Päihderiippuvuus määritellään krooniseksi ja relapsoivaksi, eli toipumisen alettua helposti toistuvaksi sairaudeksi. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista, sekä kaikkia näitä yhdistelmissä tai yhdessä. (Tacke & Tuomisto 2007, 413.)

Fyysistä riippuvuutta ilmenee silloin, kun keho on tottunut päihteeseen niin, että sen puuttuminen aiheuttaa erilaisia elintoimintojen häiriöitä. Häiriöt ilmenevät vieroitusoireina. Päihderiippuvuuteen liittyy myös toleranssi -ilmiö, jolla tarkoitetaan sietokyvyn kasvua, eli kehon tottumista päihteeseen. Kun keho tottuu, tarvitaan päihdyttävää ainetta enemmän ja enemmän. Jos toleranssi kehittyy yhden päihteen lisäksi toiseenkin päihteeseen, sitä kutsutaan ristitoleranssiksi. (Tacke & Tuomisto 2007, 414.)

Psyykkisessä riippuvuudessa päihteiden käytön vaikutukset koetaan välttämättömiksi hyvinvoinnille. Psyykkisen riippuvuuden juuret ovat ihmisen yksilöllisessä persoonallisuuden kehityksessä ja useimmiten psyykinen riippuvuus alkaakin kehittyä ennen varsinaista fyysistä riippuvuutta. Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa sitä, että päihteiden käyttäjä on kiintynyt sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa päihteiden käyttö on keskeisessä asemassa. (Hirschovits 2008, 32–33.)

3.3 Päihteidenkäytön tasot

Erilaisista säätelyistä huolimatta päihteitä käytetään yleisesti: noin 90 prosenttia suomalaisista aikuisista käyttää alkoholia ainakin jonkin verran ja 12 prosenttia on kokeillut huumeita. Suurimmalle osalle ei aiheudu päihteiden käytöstä johtuvia haittoja, sillä käyttö on vähäistä. Päihteiden käytön tasoja voidaan tarkastella eri näkökulmista ja tarkastelutapaan vaikuttaa esimerkiksi se, mitä päihdettä käytetään ja kuinka usein. Yleensä elämän aikana liikutaan päihteidenkäyttötasolta toiselle, mutta päihderiippuvaiset eivät useimmiten pysty säätelämään käyttöönsä. Silloin useimmiten on vaihtoehtoina joko raittius tai riippuvuuskäyttö. (Havio ym. 2008, 53.)

3.3.1 Alkoholin käytön tasot

Lähes kaikki ihmiset, myös alkoholistit, käyttävät alkoholia sen myönteisiksi koettujen vaikutusten takia. Vaikka alkoholin käyttö on yleistynyt ja arkipäiväistynyt, suhtautuminen alkoholiongelmaan on hyvin mustavalkoista ja syrjivää. Toisaalta ”kunnonolla” juomista ihannoidaan, toisaalta se taas tuomitaan jyrkästi. Suurin osa suo-

malaisista käyttää alkoholia, raittiiden osuus koko aikuisväestöstä on noin 12 prosenttia. Vaikeista alkoholiongelmista taas kärsii vain pieni osa kaikista alkoholin käyttäjistä. Suurimmat ryhmät, alkoholin kohtuukäyttäjät ja suurkuluttajat, sijoittuvat näiden kahden tason väliin. (Havio ym. 2008, 53.)

Väestön alkoholinkäyttötavat vaihtelevat paljon. Eroja on niin eri-ikäisten, sukupuolten ja eri seudulla asuvien välillä. Miehillä alkoholinkäyttö painottuu kahdesta kolmeen kertaan viikossa juoviin. Heitä on väestöstä noin 25 prosenttia. Noin 22 prosenttia miehistä juo kahdesta kolmeen kertaan kuukaudessa, ja yhtä monta prosenttia kerran vuodessa tai harvemmin. Päivittäin alkoholia käyttäviä miehiä on noin seitsemän prosenttia ja naisia kaksi prosenttia. (Havio ym. 2008, 54.)

Kokeilu-, satunnais-, ja kohtuukäyttö. Suurin osa kokeilee alkoholin käyttöä, eikä se yleensä aiheuta pitkäaikaishaittoja, vaan ohimeneviä seurauksia. Kohtuukäytöllä tarkoitetaan vähäistä ja satunnaista alkoholin käyttöä, esimerkiksi silloin tällöin ruokailun yhteydessä tai juhlissa. Hallittu kohtuukäyttö on haitatonta, eikä sen tavoitteena ole humaltuminen. Tällä tasolla pysyteltäessä terveyttä vaarantavat, riippuvuutta tai sosiaalisia ongelmia synnyttävät riskit ovat vähäisiä. Jos alkoholinkäytöstä alkaa seurata haittoja, kuten taloudellisia ongelmia tai parisuhdeongelmia, voidaan puhua suurkulutuksen varhaisvaiheesta. (Havio ym. 2008, 55.)

Varhaisvaiheen haittoja aiheuttava alkoholin käyttö ja suurkulutus. Riskiehkäisyyn piiriin kuuluvat niin alkoholin suurkuluttajat, kuin varhaisvaiheen haittoja kokevat kohtuukäyttäjät. Tällaisten kohtuukäyttäjien alkoholin käyttö ei välttämättä ole ylittänyt suurkulutuksen rajoja, mutta juominen on kuitenkin jo niin runsasta, että se aiheuttaa sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. (Seppä ym. 2010, 8–9.) Alkoholin suurkulutus kehittyy vähitellen ja miehillä rajana pidetään 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikossa. Suomessa arvioidaan olevan noin 200 000–500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Pitkäaikainen suurkulutus lisää riippuvuuden syntymisen riskiä. (Alkoholiongelman hoito, [Viitattu 3.4.2013].)

3.3.2 Huumausaineiden käytön tasot

Julkisessa keskustelussa puhutaan useimmiten joko nuorten huumausaine- eli huumekekeiluista tai vaikeasta huumeiden ongelmakäytöstä. Usein myös ajatellaan, että kaikki huumeita käyttäneet ovat syvästi riippuvaisia, asosiaalisia rikollisia. Huumeiden käyttöä on kuitenkin tärkeä tarkastella eri näkökulmista, ei vain siihen liittyvän laittomuuden kannalta. Käyttöä voidaan luokitella muun muassa käyttövaiheen, käyttötiheyden tai käytön aiheuttamien ongelmien perusteella. Sitä voidaan lisäksi luokitella esimerkiksi kokeilu-, satunnais-, ajoittais- tai säännölliseksi käytöksi. 2000-luvulla Suomeen on tuotu uutena käsitteenä myös huumeiden viihdekäyttö. Lisäksi huumausaineiden käyttöä voidaan jakaa esimerkiksi miesten ja koviin huumeiden käyttöön. (Havio ym. 2008, 60.)

Kokeilu-, satunnais- ja ajoittainen käyttö. Kokeilukäytöllä tarkoitetaan sitä, että huumausaineita on käytetty vain muutaman kerran, eikä käyttöä jatketa. Satunnaisessa käytössä huumausaineita käytetään silloin tällöin tilanteissa, joissa joku tarjoaa. Huumausaineita ei tällaisessa käytössä kuitenkaan pyritä itse hankkimaan. Ajoittainen käyttö erottuu satunnaiskäytöstä siten, että hakeudutaan tietoisesti tilanteisiin, jossa huumausaineita on saatavilla, vaikka niitä ei itse hankitakaan. Raja satunnaisen käytön, ajoittain toistuvan tai säännölliseksi muodostuvan käytön välillä on liukuva. Tässä vaiheessa tyypillistä on kuitenkin aineiden käytön säännöllistyminen ja annoskokojen lisääntyminen, Merkkejä vieroitusoireista ja riippuvuudesta saattaa esiintyä, sekä käytön lopettaminen voi tuottaa vaikeuksia. (Havio ym. 2008, 60–63.)

Säännöllinen käyttö ja ongelmakäyttö. Säännöllisessä ja kuukausittaisessa käytössä huumausainetta käytetään säännöllisesti ja toistuvasti noin kolmesta neljään kertaan kuukaudessa ja huumausaineita hankitaan jo itse. Viikoittaisessa, säännöllisessä käytössä huumausaineita käytetään vähintään kerran viikossa ja käyttö edellyttää aineiden hankkimista. Sen lisäksi käyttöön saattaa liittyä huumausaineiden välittämistä eteenpäin oman käytön rahoittamiseksi. Huumeiden ongelmakäyttöä luonnehtii niiden keskeisyys huumeita käyttävän henkilön elämässä. Huumeidenkäyttäjän elämä kapenee, suurin osa ajasta kuluu huumeiden hankkimiseen, käyttämiseen tai vieroitusoireista selviytymiseen. (Havio ym. 2008, 60–63.)

Viihdekäyttö. Viimevuosina Suomessa on nostettu esille huumeiden viihdekäyttäjien ryhmä. Vaikka viihdekäyttö on Suomessa melko uusi termi, vastaava englanninkielinen termi ”recreational drug use” on ollut käytössä jo vuosikymmeniä. Käsite viittaa siihen, että huumeiden käyttö tapahtuu vapaa-ajalla, käyttö on hallittua ja seuraukset koetaan myönteisiksi. Käytön motiivit liittyvät yleensä juhlimiseen, rentoutumiseen tai joukosta erottumiseen. Huumeiden viihdekäyttö on jaettu kolmeen erilaiseen käyttötapaan: tapakäyttämiseen, juhlimiseen ja tajunnan laajentamiseen. (Havio ym. 2008, 61–62.)

Tapakäyttämistä voi olla esimerkiksi kannabiksen poltto. Käyttäjä ei välttämättä koe vapaa-aikaan painottuvasta käytöstä seuraavan ongelmia, sillä kannabikseen ei liity voimakasta fyysistä riippuvuutta. Kannabiksen käyttö saattaa olla osa käyttäjän elämäntapaa. Viihdekäytön toinen muoto, juhliminen, painottuu erityisesti kaupunkeihin osana viikonlopun vapaa-ajan viettoa. Tyypillinen juhlimiseen käytetty huumausaine on ekstaasi. Kolmas muoto, tajunnan laajentaminen, liittyy käyttäjän pyrkimykseen kehittää itseään psyykeen vaikuttavilla aineilla. Käyttäjä on usein kiinnostunut henkisistä kysymyksistä ja käyttöön liittyy ideologisia sisältöjä. (Havio ym. 2008, 61.)

3.3.3 Rauhoittavien- ja unilääkkeiden käytön tasot

Käytännössä päihdekäyttöön sopivat nopeasti vaikuttavat ahdistus- ja nukahtamislääkkeet. Ahdistus- ja unilääkkeiden säännöllisen käytön seurauksena syntyvä lääkeriippuvuus on yleensä luonteeltaan lopetus- ja vieroitusoireina ilmenevää fyysistä riippuvuutta. Säännöllisen lääkkeen käytön seurauksena syntynyt lääkeriippuvuus ei sinänsä ole vaarallinen tila, mutta se voi ylläpitää turhaan muuten jo tarpeettomaksi käynnystä lääkitystä. (Huttunen, [Viitattu 21.4.2013].)

Joskus jatkuva ahdistus- ja unilääkkeiden käyttö voi johtaa niin kutsuttuun lääketoleranssin kehittymiseen, jolloin lääkkeitä käyttänyt henkilö tarvitsee aikaisempaa suurempia annoksia oireittensa lievittämiseen. Myös masennuslääkkeiden käytön lopetukseen voi liittyä hankalia, mutta ohimeneviä lopetusoireita, jotka saavat henkilön jatkamaan tarpeettomaksi käynnystä lääkehoitoa. (Huttunen, [Viitattu 21.4.2013].)

Lääkkeisiin voi kehittyä myös varsinainen lääkeaddiktio. Tällöin ajaututaan käyttämään pakonomaisesti suuria annoksia, jotta lääkkeestä saataisiin humalaa muistuttava olotila. Alkoholista tai päihteistä humalahakuisesti käyttävillä henkilöillä on muita huomattavasti suurempi riski ajautua myös ahdistus- ja unilääkkeiden suuriannoksikseen ja addiktiiiviseen käyttöön. (Huttunen, [Viitattu 21.4.2013].)

4 PÄIHDEPALVELUT JA PÄIHDEHUOLTO

Tässä luvussa esittelen päihdehuoltoa ohjaavaa päihdehuoltolakia, sekä erilaisia tapoja päihdeongelmasta toipumiseen. Sen lisäksi tässä luvussa käsitellään päihdehuollon palvelujärjestelmää ja erityisesti avomuotoista päihdekuntoutusta, johon A-klinikka lukeutuu.

4.1 Laki ohjaa, päihdehuoltolaki

Päihdehoidon- ja huollon järjestämistä ohjaa päihdehuoltolaki, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä. Lisäksi päihdehuoltolain tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihteillä tarkoitetaan tässä laissa alkoholijuomia ja muita päihdyttäviä aineita. (L 17.1.1986/41.)

Päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan vastaamaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihdehuollon toimenpiteiden ja palvelujen järjestäminen kuuluu terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle ja sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle. Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä. Lautakuntien on lisäksi seurattava kunnassa tapahtuvaa päihteiden ongelmakäyttöä ja välitettävä tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä. Sen lisäksi sosiaali- ja terveyslautakuntien on annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille, samoin kuin kunnan asukkaille ja yhteisöille, jotka toimivat kunnassa.

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Yleisiä palveluita tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan heitä erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon tukitoimin niin, että palvelut ovat helposti saatavilla, monipuolisia ja joustavia. Päihdehuoltolain mukaan palveluita tulee antaa henkilölle, jolla on päih-

teiden käyttöön liittyviä ongelmia. Myös päihteiden käyttäjän perheelle ja läheisille tulee tarjota apua. (L 17.1.1986/41.)

Keskeisiä periaatteita päihdehuoltolaissa on, että palveluiden piiriin tulee voida hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Lisäksi hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Tarvittaessa päihteiden käyttäjää on autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. (L 17.1.1986/41.)

4.2 Erilaisia reittejä päihdeongelmasta kuntoutumiseen

Päihdeongelmasta kuntoutumiseen on monia eri reittejä, sillä päihderiippuvuus on usein monen eri tekijän seuraus. Niin alaa tutkiville, kuin käytännön päihdetyöhön haastetta tuo se, että päihdeongelmasta kuntoutumiseen ei ole yhtä kaavaa, vaan reitit selviytymiseen on moninaiset ja yksilölliset. (Kuusisto 2009, 32.)

Kuntoutuksella käsitteenä on usein tarkoitettu niitä toimenpiteitä, jotka kohdistuvat kuntoutujaan ja joilla pyritään tukemaan hänen kuntoutumistaan. Tänä päivänä kuntoutumista pidetään ennen kaikkea asiakaslähtöisenä ja kuntoutumista tukevana lähestymis- ja toimintatapana, ei niinkään toimenpiteinä. Kuntoutuksesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa järjestelmäkeskeisesti kuntoutujaan kohdistuvia palveluita ja toimenpiteitä tai asiakaskeskeisesti kuntoutumisen tukemista, jolloin enemmän painotetaan asiakaslähtöistä vuorovaikutusta ja kuntoutujan omaa aktiivista roolia. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 29–30.)

Kuntoutus perustuu kokonaisnäkemykseen kuntoutujan tilasta ja on aina tavoitteellista toimintaa. Kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää ja edistää kuntoutujan toimintakykyä, sekä vahvistaa omatoimisuutta ja arkielämästä suoriutumista. Näihin tavoitteisiin pyritään kuntoutuksellisen työotteen avulla, jossa keskeistä on auttaa asiakasta tunnistamaan, hyödyntämään ja lisäämään omia ja ympäristönsä voimavaroja, sekä auttaa asiakasta selviytymään erilaisista esteistä kuntoutumisen tiellä. Tällaiset esteet voivat olla sosiaalisia, taloudellisia, aineellisia tai ajattelumaailmaan liittyviä. Kuntoutus käynnistyy useimmiten silloin, kun toimintakyky

jostain syystä merkittävästi alenee. Tärkeää kuntoutuksen käynnistämisessä on, että aloitus tapahtuisi riittävän varhaisessa vaiheessa ja oikea-aikaisesti, jotta voitaisiin estää tilanteen tai ongelman paheneminen. Kuntoutuminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja asiakkaan omaa ponnistelua, sillä lähtökohtana on aina toimintaedellytysten muuttaminen. Se vaatii kuntoutujalta uudenlaisten selviytymiskeinojen oppimista ja tilanteeseen sopeutumista. (Kettunen ym. 2002, 30.)

Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluu asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden huomioonottaminen, joten kuntoutusta olisi tärkeä toteuttaa moniammatillisesti, yhteistoiminnassa kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Kuntoutujan tukena toimivan ammattilaisen tärkeimpiä tehtäviä on auttaa asiakasta auttamaan itse itseään, eli tukea asiakkaan päätösvaltaa ja omatoimisuutta. Kuntoutusprosessia tarkasteltaessa siitä voidaan erottaa tavallisimmin seuraavat vaiheet: kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, toteutus ja arviointi. (Kettunen ym. 2002, 30–32.)

Spontaani toipuminen. Yhteiskunnan ja päihdetyötä tekevien näkökulmasta spontaanisti toipuneet jäävät usein näkymättömiin, vaikka tutkimuksissa on todettu, että spontaani toipuminen on jopa vallitseva tapa päästä päihteistä eroon. Suomessa avun piiriin pääseminen on melko helppoa, joten avun hakematta jättäminen on usein tietoinen päätös. Spontaanisti toipuvat ovat siis pääsääntöisesti tietoisia erilaisista hoitomahdollisuuksista, mutta jyrkät asenteet ja ennakkoluulot hoitoa kohtaan luultavasti vaikuttavat avun hakematta jättämiseen. Spontaani toipuminen tapahtuu usein siten, että käyttö vähenee asteittain ennen lopullista raitistumista. (Kuusisto 2009, 32–34.)

Vertaistuki. Vertaistuen tarkoituksena on sekä hakea tukea itselle, että auttaa muita samassa tilanteessa olevia. Toiminnan ydin perustuu ryhmän jäsenten keskinäiseen haluun auttaa toisiaan kohti raitista elämää esimerkiksi erilaisten koulutusten, valistuksen ja virkistysten kautta. Maailmanlaajuisesti näkyvin toimija on Alcoholics Anonymous eli AA. Seuraavaksi suurin jäsenistöltään Suomessa lienee A-kilta, jonka historia juontuu A-klinikan asiakasyhdistykseen. (Kuusisto 2009, 34–35.)

Ammattiapu. Ammattiavun eli koulutettujen henkilöiden palvelujen ja tuen käyttäminen on yksi reitti kuntoutua päihdeongelmasta. Hoitomuotoja on paljon, eikä mitään tiettyä hoitomuotoa ole todettu toista paremmaksi, vaan olennaista on se, että hoitoa saadaan oikeaan aikaan (Kuusisto 2009, 36–38). Päihteiden käytön puheeksi ottaminen ja hoitoon ohjaaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perusosaamiseen. Työntekijällä on vastuu ottaa asia puheeksi ja motivoida muutokseen, vaikka vastuu päihteiden käytöstä ja muutoksesta on yksilöllä itsellään. Tuloksellisinta päihdehaittojen ja ongelmien ehkäisemiseksi on, kun ongelmaan puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 151–152.)

Nykyisin on laajasti käytössä ”kymmenen henkilökohtaista kysymystä alkoholin käytöstä” -testi eli AUDIT. Se on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä testi, joka on todettu tehokkaimmaksi alkoholin käytön suurkulutuksen tunnistamiseen. AUDIT -testin kokonaispistemäärä ilmaisee kokonaiskuvan alkoholin kulutuksesta. Sen lisäksi vastaukset yksittäisiin kysymyksiin antavat jäsennellymmän kuvan siitä, millaisiin piirteisiin juomisessa kannattaa kiinnittää huomiota. Testin tavoitteena on erotella vähän juovat niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. Toisin sanoen halutaan löytää ne, joiden juominen vasta alkaa aiheuttaa pulmia ja näin ehkäistä ongelmien pahenemisen. Tavoitteena ei ole tunnistaa vain alkoholiriippuvaisia tai alkoholisteja. (Alkoholinkäytön riskit, [Viitattu 21.4.13].)

4.3 Päihdehuollon palvelujärjestelmä

Päihdehuolto on päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) mukaan järjestettävä kunnissa vastaamaan siellä esiintyvää tarvetta niin sisällöltään, kuin laajuudeltaankin. Päihdetyö nähdään osana perustehtävää niin sosiaalityöntekijöillä, lääkäreillä, kuin esimerkiksi terveydenhoitajillakin ja se tarkoittaa sitä, että päihdetyö tulisi sisällyttää osaksi muita tehtäviä. Päihdehuollon tavoitteena on vähentää ja ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä, sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihdehuollon palveluita tulee tarjota sellaisille henkilöille, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Myös perhe ja läheiset tulee huomioida. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129.)

Eri kuntien järjestämät päihdepalvelut voivat poiketa toisistaan paljon, vaikka päihdehuoltolaki on kaikille sama. Päihdepalvelut tulisi järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein niin, että ne ovat helposti tavoitettavissa. Keskeinen periaate on, että asiakas voi hakeutua palvelun piiriin oma-aloitteisesti ja palvelun on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihdeiden ongelmakäyttäjän, sekä hänen läheistensä etu ja tarpeen mukaan autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2010, 61.)

Kunnissa päihdepalveluiden määrä saattaa vaihdella paljon: pienissä kunnissa ei usein ole lainkaan päihdehuollon erityispalveluita, vaan ne ostetaan ostopalveluina muualta. Yksityiskohtaisempaa tietoa palveluista voi kysellä kuntien sosiaalitoimistoista tai terveyskeskuksista. Oleellisen tärkeää hoidon tuloksellisuuden kannalta on asiakkaan oma näkemys hänelle soveltuvasta hoidosta. Lisäksi erilaisten hoitovaihtoehtojen arviointi ja tutkiminen yhdessä asiakkaan ja hänen verkostoonsa kuuluvien yhteistyökumppaneiden kanssa on oleellinen osa kuntoutumista. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 130–131.)

	Terveydenhuolto	Sosiaalihuolto	Oma apu	Muut
Eri- tyis- taso	Somaattisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt	A-klinikat ja nuorisoseammat	A-killat	Raittiustoimi
	Psykiatrisen sairaanhoidon päihdeyksiköt	Katkaisuhoitoasemat	AA- ja Al-Anon ryhmät	Muu ehkäisevä päihdetyö
	Terveyskeskusten katkaisuhoido	Asumispalvelut, ensisuoajat, päiväkeskukset		Uskonnolliset päihdehuoltojärjestöt
	Yksityinen terveydenhuolto			
Yleis- taso	Sairaalat	Sosiaalitoimisto	Yleiset harrastus- ja tukiryhmät	Seurakunnat ja muut uskonnolliset yhteisöt
	Terveyskeskukset	Kotipalvelut		
	Työterveysasemat	Perheneuvonta	Omaisapu, naapuripuriapu	Kriisipalvelu

Kuvio 1. Päihdehuollon palvelujärjestelmä (Salaspuro, Kiiänmaa & Seppä 2003).

Edellä olevassa kuviossa (Kuvio 1.) on havainnollistettu sitä, miten päihdepalvelut jakaantuvat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon osalta, sekä sitä, mistä yleisen

tason palveluista voi hakea apua päihdeongelmaan ja mitkä erityistason palvelut ovat keskittyneet erityisesti päihdeongelman hoitoon. Kuviossa on oma sarake niin sanotuille ”oman avun” ryhmille, sekä muille palveluille, järjestöille ja yhteisöille, jotka tukevat päihdeongelmien kanssa kamppailevia ihmisiä.

4.4 Avomuotoinen päihdekuntoutus

Avomuotoista päihdekuntoutusta tarjoavat esimerkiksi A-klinikat, päihdeklinikat, nuorisoasemat, päihdepysäkit, asumispalvelut ja päiväkeskukset (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 66). Hoitoon hakeutuminen avomuotoiseen päihdekuntoutukseen on vapaaehtoista, mutta usein siihen vahvasti kehottaa jokin kolmas osapuoli esimerkiksi läheiset, poliisi, lastensuojelu tai työnantaja. Yhteistyö käynnistyy alkuhaastattelulla, jossa selvitetään asiakkaan päihteiden käyttöä ja arvioidaan hoidon tarvetta, mahdollista hoitoa ja kuntoutusta. Alkuarvioinnin aikana asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma, jota hoidon edetessä tarkennetaan (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 133.)

Päihdehuollon avopalveluita tuottavat klinikat auttavat useimmiten niin päihderiippuvuuksien, kuin peliriippuvuudenkin ratkaisemisessa. Vastaanottokäytäntö sisältää kriisi- ja päivystystyöskentelyä, jonka lisäksi on mahdollista päästä aikaa varamalla terapeutin muutostyöhön tai psykososiaaliseen kuntoutukseen. Päihdehuollon avopalveluiden keskeisimpiä palveluita ovat hoidon tarpeen arviointi, avovierointi, kriisityö sekä psykososiaalinen kuntoutus yksilö-, pari-, perhe- tai ryhmätyönä, erilaisin menetelmin. Avopalvelut ovat asiakkaille useimmiten maksuttomia. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 133.)

4.4.1 A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu järjestö ja palveluntuottaja, jonka hoito- ja kuntoutuspalvelut, ehkäisevä päihdetyö ja asiantuntijapalvelut vähentävät päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia. Säätiön palvelualueet solmivat ostopalvelu- ja puitesopimuksia kuntien tai kuntayhtymien kanssa, järjestötoiminta

rahoitetaan pääasiassa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella. (A-klinikkasäätiö, [Viitattu 17.3.2013].)

A-klinikkasäätiö tarjoaa päihde- ja riippuvuusongelmista kärsiville, sekä heidän läheisilleen erilaisia palveluja avohoidon, laitoshoidon ja asumispalveluiden muodossa. Avohoidon palveluihin sisältyvät A-klinikat, nuorisoasemat, terveystapit, korvaushoitoklinikat ja päiväkeskukset. Laitoshoidon palveluihin kuuluu Järvenpään sosiaalisairaala, katkaisu- ja vieroitushoito, kuntoutusyksiköt, hoitoyhteisöt, lastensuojelun laitoshoidon sekä selviämisasemat. Asumispalveluiden piiriin kuuluu erilaiset tuki- ja palveluasunnot. Tukiasumiseen liittyy useimmiten hoitosuhde esimerkiksi A-klinikan kanssa. Tukiasunnoissa asuvat tähtäävät päihdeongelmista toipumiseen ja itsenäiseen asumiseen tukiasunnon työntekijän kanssa. Tukiasunnon asumiskustannuksista vastaa asukas itse. Palveluasunnot ovat usein kuntoutusyksikön toimintaan liittyviä asuntoja. Ne on tarkoitettu asiakkaille, jotka tarvitsevat jokapäiväiseen selviytymiseen liittyviä palveluja, kuten hoito- ja ravitsemuspalveluja. (Hoitopalvelut, [Viitattu 17.3.2013].)

4.4.2 A-klinikat

Suomessa on yli 70 A-klinikkaa, joista valtaosa on kunnan ylläpitämiä. Käynti A-klinikalla on yleensä asiakkaalle maksuton, eikä siihen tarvita lähetettä. Osa A-klinikkatoimessa tehtävästä työstä on neuvontaa ja ohjausta, ja toisinaan pelkkä tilanteen selvittely saattaa olla riittävää hoitoa. Silloin asiakas tuo pohdittavaksi konkreettisia käytännön ongelmia. Tyypillisesti hoito sisältää terapiakeskusteluja, jotka käynnistetään elämäntilanteen kartoituksella ja hoidon tarpeen arvioinnilla. Terapia on hoitotyötä, johon asiakas tuo usein jäsentymättömän ja epämääräisen ahdistuksensa, jolle ryhdytään etsimään nimiä ja muotoja. (Asiakkaana A-klinikkatoimessa, [Viitattu 17.3.2013].)

Hoidossa keskeistä on herätellä päihderiippuvaisen omaa halukkuutta muuttaa käyttäytymistään tai edesauttaa jo käynnistynyttä muutosprosessia. Yksilöterapiassa lisäksi käytettyjä hoitomuotoja ovat perheterapia, ryhmäterapia ja verkostoterapia. A-klinikkatoimien yksiköissä on käytössä monia eri hoitomenetelmiä, ja tietoa ja

osaamista sovelletaan eri asiakkaiden kohdalla tapaus- ja tilannekohtaisesti. (Asiakkaana A-klinikkatoimessa, [Viitattu 17.3.2013].)

4.4.3 Seinäjoen A-klinikka

Seinäjoen A-klinikka vastaa yli 25-vuotiaiden avohoidosta päihde- ja peliongelmiin liittyvissä asioissa. Hoitomenetelminä on muun muassa yksilö-, ryhmä- ja verkostoterapia sekä lääkehoito. A-klinikan henkilökuntaan kuuluu päihdehuollon vastuuhenkilö, toimistos sihteeri, kaksi sosiaaliterapeuttia, vastaava sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja. (A-klinikka, [Viitattu 17.3.2013].) Seinäjoen A-klinikalle pääsee ilman lähetettä päivystysvastaanoton kautta. Päivystyksen asiakkaaksi tulevat esimerkiksi kaikki uudet asiakkaat, ajokikyseuranta-asiakkaat, hoitoon ohjatut asiakkaat, ja asiakkaat, joilla ei ole enää aktiivista hoitosuhdetta A-klinikan sosiaaliterapeuteille. (Seinäjoen A-klinikka tiedottaa 2012.)

Päivystysvastaanotolla tehdään tilannekartoitusta, hoitosuunnitelmaa, palveluohjausta ja mahdolliset arvioinnit esimerkiksi poliisin, työnantajan tai lastensuojelun pyynnöstä. Lisäksi päivystyksen kautta ohjataan asiakkaita tarvittaessa sosiaaliterapeutin vastaanotolle terapeuttiseen hoitosuhteeseen. (Seinäjoen A-klinikka tiedottaa 2012.)

4.4.4 Muita päihdepalveluita Seinäjoella

Selviämis- ja katkaisuhuoltoasema. Seinäjoen selviämis- ja katkaisuhuoltoasema, eli katko, antaa lyhytaikaista laitostuntoutusta ja apua päihdekierteen katkaisemiseksi. Katko on auki ympärivuorokauden, mutta asiakkaita otetaan vastaan aamu kahdeksan ja ilta kuuden välillä. Ennen hoitoon hakeutumista, tulee katkolle ottaa yhteyttä puhelimitse. Katkaisuhuotojakso sisältää päivärytmin ja fyysisen kunnon palauttamisen normaaliksi. Lisäksi jakson aikana huolehditaan oikeanlaisesta ravinnosta ja levosta sekä hygieniasta. Sen lisäksi hoitojakso sisältää yksilökeskusteluita, perhe- ja verkostopalavereita, sekä aamu-, keskustelu- ja rentoutusryhmiin osallistumista. Selviämis- ja katkaisuhuoltoaseman henkilökunta koostuu sairaanhoitajista ja ohjaajista. (Katkaisuhuoltoasema, [Viitattu 21.4.2013].)

Korvaushoitoklinikka. Opiattikorvaushoitoklinikka, eli Seinäjoen K-klinikka, toimii Seinäjoen selviämis- ja katkaisuhuoltoaseman kanssa samoissa tiloissa. K-klinikka vastaa opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta ja sen henkilökuntaan kuuluu päihdepsykiatrian ylilääkäri ja vastaava hoitaja. Korvaushoito on kuntoutumista ja päihteettömyyteen tähtäävää toimintaa psykososiaalisen ja lääkkeellisen hoidon avulla. Tavoitteena on, että asiakkaan psyykinen ja fyysinen terveydentila kohentuisi, sekä sosiaaliset tilanteet helpottuisivat. (Korvaushoitoklinikka, [Viitattu 21.4.2013].)

Terveysneuvontapiste. Terveysneuvontapisteet ovat huumeita piikittämällä käytäville tarkoitettuja matalan kynnyksen palvelupisteitä, josta saa muun muassa tietoa terveydenhuollosta, tartuntataudeista ja hoitopaikoista. Terveysneuvontapisteessä on mahdollisuus lisäksi vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin välineisiin. (Terveysneuvontapisteet, [Viitattu 21.4.2013].) Seinäjoen terveysneuvontapisteellä työskentelee sosiaali- ja terveysalan henkilökuntaa.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat. Seinäjoella matalan kynnyksen kohtaamispaikkana toimii esimerkiksi keskellä kaupunkia sijaitseva Olkkari. Olkkari on nimensä mukaan ”olohuonemainen” tila, missä voi piipahtaa keittämään kahvia, istumaan ja juttelemaan vertaisten kanssa. Tarkoituksena on, että voi tulla väsyneenäkin ilman suorituspaineita monenlaisista toiminnoista. (Olkkari keskellä kaupunkia Seinäjoella, [Viitattu 21.4.2013].) Samanlaisella periaatteella Seinäjoella toimii lisäksi esimerkiksi Seinäjoen A-kilta.

5 ASIAKKUUS PÄIHDEHUOLLOSSA

Tämä luku käsittelee asiakkuutta päihdehuollossa: miten hoito aloitetaan, kuinka hoitosuunnitelma tehdään ja miten määritellään hoidon tavoitteet. Sen lisäksi tämä luku sisältää teoriaa vuorovaikutuksesta ja esittelyn muuttamista päihdehuollossa käytetyistä työmuodoista.

5.1 Alkoholiriippuvuuden kuntoutuksen aloittaminen

Kuntoutuksen aloittaminen alkoholiriippuvaisen kohdalla tulee tarpeelliseksi silloin, kun alkoholin käytön säätely tai lopettaminen ei onnistu omin avuin eikä läheisten tuella. Kuntoutus voidaan aloittaa monella tavalla esimerkiksi päivystysluonteisesti, ilman ajanvarausta. Päivystysvastaanottoa on esimerkiksi useimmilla A-klinikoilla, mutta myös terveyskeskuksen vastaanottoon voi mennä vamman tai sairauskoh- tauksen vuoksi. Tavallisimmin hoitoon mennään yksin, mutta mukana voi olla per- heenjäsen tai muu läheinen, jonka mielipiteillä ja havainnoilla on merkitystä kun- toutussuunnitelmaa laadittaessa. (Seppä ym. 2010, 51.)

Hoitopaikkoihin voi mennä päihtyneenä, mikäli asiakas on välttämättömän hoidon tarpeessa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi erilaiset sairauskohtaukset tai kat- kaisuhoidon tarve. Kuitenkin ongelmien tarkempi selvittely ja kuntoutussuunnitel- man teko on parasta toteuttaa asiakkaan ollessa selvä, jotta niistä olisi tarvetta vastaavaa hyötyä. Asiakkaan oman edun mukaista on kertoa tilanteeseen liittyvät tekijät totuudenmukaisesti, jotta hoidon sisältö olisi oikeanlaista. (Seppä ym. 2010, 52.)

5.2 Kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet

Hoito tai kuntoutus päihdepalveluissa alkaa tavallisesti alkuhaastattelulla, jonka perusteella tehdään kuntoutussuunnitelma (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 190). Kuntoutussuunnitelma on kuntoutumisen tärkein asiakirja. Siihen on kirjattu tavoit- teet, keinot ja palvelut, joilla asiakasta autetaan tavoitteen saavuttamisessa. Sen lisäksi suunnitelmaan merkitään aikataulu ja vastuunjako eri toimijoiden välillä.

(Kettunen ym. 2002, 30.) Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan kanssa sellaisia tarpeita, joihin jatkossa kiinnitetään enemmän huomiota. Sosiaalialalla asiakaslähtöisyys on tärkeää, joten tarpeita vastaavia oikeita tukimuotoja ja ratkaisuja lähdetään etsimään yhdessä asiakkaan kanssa. Tärkeää on nähdä asiakkaan tarpeet ja kohdata hänen näkökulmansa, sillä asiakas on oman itsensä ja ympäristönsä asiantuntija. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 52.)

Hyvä kuntoutussuunnitelma sisältää samalla kertaa niin alkoholiongelman osuuden, kuin mahdolliset muut kehollisen tai psyykkisen hoitamisen tarpeet. Asiakkaan on hyvä olla itse arvioimassa tätä prosessia, jotta lopputuloksesta tulisi toteutuskelpoinen. Suunnitelmaa on hyvä myös muokata aika ajoin, sillä kukaan ei voi ennustaa tilanteen kehittymistä. (Seppä ym. 2010, 52.)

Kaikkien hoitopaikkojen tulee lakisääteisesti tehdä jokaisesta asiakkaasta hoitokertomus, myös salassapitovelvoitteet ovat lakisääteisiä. Merkinnät alkoholiongelmista saattaa leimata enemmän, kuin jotkin muut hoitotiedot. Siksi tulee olla erityisen tarkka, että merkinnät ovat huolellisesti tehty ja että hoitokertomukset lähetetään muihin hoitopaikkoihin vain asiakkaan omalla suostumuksella. (Seppä ym. 2010, 52.)

Jotta asiakas voi sitoutua tavoitteisiin, on hänen ymmärrettävä mihin tarpeisiin niillä vastataan ja miksi tavoitteet ovat tärkeitä (Vilen ym. 2008, 52). Hyvä tavoite on positiivinen, yksilön oma tai hänen hyväksymänsä, muistiin kirjoitettu, todellinen ja mahdollinen, riittävän korkea ja haasteellinen, tulevaisuuteen suuntautuva, mielessä päivittäin ja mitattavissa mahdollisimman konkreettisesti (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 191–192).

5.3 Vuorovaikutuksen rakentuminen

Lukuisten kansainvälisten tutkimusten pohjalta voidaan todeta, että hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan ja työntekijän välillä on tuloksellisuuden kannalta merkityksellisempi, kuin hoidossa käytettävä menetelmä (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 189). Ensimmäisiin kohtaamisiin työntekijän kanssa kulminoituu asiakkaan taholta

odotuksia ja toiveita, mutta mahdollisesti myös pelkoa, epävarmuutta ja jännitystä (Ehrling 2009, 145).

Kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttaa ratkaisevasti asiakkaan ja työntekijän yhteistyön laatu ja hyvästä yhteistyöstä poikiva asiakkaan muutoshalukkuus. Jos asiakas kokee tullessa kuulluksi, hän sitoutuu toiveikkaasti ja optimistisesti kuntoutuksen mahdollisuuksiin. Vastaavasti tiedetään, että tuloksettomiin hoitosuhteisiin liittyy työntekijän puolelta yhteistyöhalukkuuden puute, pessimistinen suhtautuminen ja välttelevä, pakottava tai ”selän seinää vasten” työntävä työtapa. Myös psykologinen etäisyys, korostunut itsevarmuus, hankalien asioiden vältteleminen, vaikeiden aiheiden kiertäminen ja vallan käyttäminen ovat uhkia hoidon onnistumiselle ja vaikuttavuudelle. (Ehrling 2009, 145–146.) Ensimmäinen tehtävä asiakassuhteessa on siis rakentaa toimiva vuorovaikutussuhde (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 189).

Vuorovaikutustaitoja pidetään usein epämääräisenä ammattipätevyyden taitoalueena, joka saattaa tuntua itsestäänselvyydeltä tai jopa toissijaiselta taidolta. Vuorovaikutus on kuitenkin taito, jota voi oppia ja kehittää kokoajan, niin kuin muitakin ammattitaidon osa-alueita. Vuorovaikutus määritellään usein jatkuvaksi ja tilannesidonnaiseksi, ihmistenväliseksi tulkinnaksi, jonka aikana vaikutetaan, luodaan yhteyttä, viestitään tärkeistä asioista ja saadaan palautetta omasta toiminnasta. Vuorovaikutus on ajatusten ja tunteiden jakamista ja peilaamista, yhdessä tekemistä ja yhdessä olemista. (Vilen ym. 2008, 17–19.)

Vuorovaikutuksen sisältö määräytyy tilanteeseen liittyvän perustehtävän pohjalta (Vilen ym. 2008, 19). Sosiaalialan työssä on hahmotettavissa kolme keskeistä perustehtävää. Nämä perustehtävät ovat elämisen mahdollisuuksien varmistaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen ja epäkohtien korjaaminen sekä ihmisen omien voimavarojen virittäminen hänen käyttöönsä. Sosiaalialan työlle on lisäksi ominaista tarpeiden ja ongelmien monisyisyys. (Aho 1999, 318.)

5.4 Päihdetyön työmuotoja

Päihdetyön työmuotoja ovat yksilötyö, yksilökohtainen palveluohjaus, parityö, perhetyö, ryhmätyö, yhteisöhoito, yhdyskuntatyö, verkostotyö ja yhteiskunnallinen työ ja päihdepolitiikka (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 193). Päihdekuntoutuksen onnistumisen takaamiseksi tulisi tuntea riippuvuuden biologiset taustamekanismit ja niihin vaikuttavat lääkehoidot. Sen lisäksi psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen tunteminen ja hallitseminen on tärkeässä asemassa onnistumisen kannalta. (Seppä ym. 2010, 56.)

Psykososiaalisen kuntoutuksen käsitettä käytetään useissa yhteyksissä, mutta usein sillä viitataan kokonaisvaltaiseen toimintaan kaiken kattavasti. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan eri elämänalueille ulottuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisääminen suhteessa elämäntilanteeseen. Siinä korostuu sosiaalisen ympäristön merkitys ihmisen ongelmien syntymisessä. Psykososiaalinen kuntoutus määrittyy näin toiminnaksi, joka ottaa huomioon niin psyykkiset, kuin sosiaalisetkin ulottuvuudet tavoitellen muutosta ihmisen vuorovaikutussuhteissa sekä sosiaalisissa tilanteissa. (Järvikoski, Lindh & Suikkanen 2011, 135–136.)

Psykososiaalisessa kuntoutuksessa hyödynnetään laajasti erilaisia työmuotoja ja toimitaan yhteistyössä niiden tahojen kanssa, jotka ovat asiakkaan elämäntilanteen kannalta merkityksellisiä. Psykososiaalinen kuntoutus tavoittelee muutosta toimijuudessa, mikä merkitsee sekä yksilön kokemusta oman toimijuuden vahvistumisesta, että mahdollisuuksista toimia erilaisilla yhteiskunnallisilla ja yhteisöllisillä areenoilla. (Järvikoski ym. 2011, 136–137.)

Päihdetyötä tehdään palvelujärjestelmän sisällä erilaisin kokoonpanoin, ja se kohdentuu kahdelle eri tasolle yksilön toiminnan edellytyksistä yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 193). Kuntoutusprosessin ehdot ja mahdollisuudet ovat aina sidoksissa yhteiskunnalliseen ja poliittiseen tahtotilaan ja päätöksentekoon, jota määrittävät kulttuuriset käsitykset ongelmien ratkaisumahdollisuuksista ja taustoista. Kuntoutusta määrittää se, mihin yhteiskunta on valmis käyttämään resursseja. Toisaalta taas yksilökeskeinen ajattelu korostaa ihmisen

omaa vastuuta tilanteestaan, jolloin rakenteelliset ongelmat asettuvat ainakin osittain yksilökohtaisiksi ongelmiksi. (Järvikoski ym. 2011, 137.)

Supportiivinen työskentely. Supportiivinen terapia on päihdetyöhön sovelletuista psykoterapian muodoista yleisin. Se on vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto, jossa asiakasta tuetaan hänen ongelmassaan tai kriisissään niillä keinoin, joita hänellä jo on. Supportiivinen työskentely kestää usein melko lyhyen ajan, esimerkiksi 2–3 kuukautta, mutta toisinaan sitä voidaan jatkaa jopa muutamia vuosia. Supportiivinen työskentely on ollut yksi suomalaisen päihdetyön perusta, ja se tukee asiakasta rakentamaan toimivan, luottamuksellisen ja tuloksellisen vuorovaikutussuhteen työntekijään. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 198.)

Kognitiivinen lähestymistapa. Kognitiolla tarkoitetaan sitä, miten ihminen hankkii, käyttää ja järjestää tietoa, eli havainnoi, ajattelee, muistaa, oppii ja puhuu. Kognitiivisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen määritetään tavoitteelliseksi olenoksi, jonka psyykinen kärsimys johtuu siitä, ettei hän saavuta tavoitteitaan. Esteenä voi olla epärealistisuus, osaamattomuus tai tilanteen virheellinen tulkitseminen. Kognitiivisessa lähestymistavassa kohderyhmään pyritään vaikuttamaan toiminnallisten ja ajattelutapojen muutosten avulla. (Tikkanen 1998, 74–76.)

Kaksi keskeistä toimintatapaa ovat oppiminen ja tutkiminen. Tutkiminen tarkoittaa sitä, että selvitetään ongelmia aiheuttavaa toimintatapaa eli sitä, millaisia haitallisia käyttäytymis- ja ajatustottumuksia asiakas on omaksunut. Oivalluksien ja harjoittelun avulla näistä tottumuksista pyritään oppimaan pois ja tilalle saamaan uusia hyödyllisiä tai vähemmän haitallisia tapoja. Kognitiivisessa lähestymistavassa ennakoidaan riskitilanteita ja kehitetään näihin tilanteisiin selviytymiskeinoja. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 200.)

Psykodynaaminen lähestymistapa. Psykodynaamisessa lähestymistavassa ajatellaan, että päihteet vaikuttavat keskushermostoon siten, että ne saavat ihmisessä aikaan psyykkisen miellyttävän kokemuksen, joka halutaan kokea uudelleen. Toisaalta taas päihteen avulla halutaan poistaa epämiellyttävä tila, joka estää päihteen käyttäjää kokemasta mielihyvää. Päihteen käytöllä siis yritetään lievittää emotionaalista kärsimystä ja korjata itsesäätelyn puutteita. Päihteen käyt-

tö toimii itselääkityksenä, mikä altistaa riippuvuuden kehitykselle. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 204–205.)

Psykodynaamisessa lähestymistavassa painotetaan lapsuuden merkitystä ja ihmisen yksilöllistä kehityshistoriaa. Varhaiset vuorovaikutussuhteet ja lapsen perimä muovaavat persoonallisuutta ja traumaattiset hylkäämiskokemukset ja puutteellinen minän ja itsetunnon kehittyminen saattaa altistaa päihderiippuvuudelle. Usein asiakkaalla on käytössään vain hyvin varhaisia puolustusmekanismeja, kuten kieltäminen tai torjunta. Psykodynaamisesta lähtökohdasta katsottuna kyseessä ei siis ole jatkuva tietoinen itsensä vahingoittaminen, vaan ratkaisu psyykkiselle pahalle ololle, johon ei ole löytynyt muita ratkaisukeinoja. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 205–208.)

Ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa keskitytään parhaillaan ja tulevaisuudessa tapahtuvan ongelman ratkaisemiseen. Ongelma ulkoistetaan nimetyksi asiaksi, johon ryhdytään yhdessä hakemaan ratkaisua. (Berg & Miller 1992, 29–30.) Ratkaisukeskeisen lähestymistavan ensimmäinen periaate on: älä korjaa sellaista, mikä ei ole rikki. Toinen periaate on: tee sitä, mikä toimii ja kolmas periaate: jos jokin ei toimi, älä yritä sitä uudelleen. Keskustelu havainnollistaa ja tukee asiakkaan osaamista, vahvuuksia, kykyä ja toimintaa. (Berg & Miller 1992, 44–45.)

Dialoginen verkostotyö. Dialogisen työn avain ehtoihin kuuluu keskustelukumppanin tarkka kuuntelu ilman, että hänen puheitaan tulkitaan. Yhteisen ymmärryksen rakentumiseksi asiakkaan sanoja voidaan toistaa, lisäksi keskustelun rytmin on oltava riittävän hidas. Hoitokokouksia valmistellaan etukäteen mahdollisimman vähän. Liikkeelle lähdetään avoimella kysymyksellä ja jatkokysymykset syntyvät annetuista vastauksista. Keskustelun aikana keskustelijat istuvat tasavertaisessa asetelmassa. Lopussa keskustelun vetäjät tekevät vielä keskustelusta yhteenvedon. (Seikkula & Arnkil 2005, 52–42.)

Motivoiva haastattelu. Motivoiva haastattelu on vuorovaikutustapa, jossa tärkeintä on haastateltavaa arvostava ja kunnioittava asenne (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 201). Tavoitteena on auttaa haastateltavaa pohtimaan sitä, mitä hänen elämässään tapahtuu ja mitä hän siinä haluaisi tapahtuvan. Usein päihderiippuvuu-

dessa näiden kahden välillä on ristiriita. Ristiriidan ratkaisemiseksi työntekijä tukee asiakasta, joka etenee motivoivan haastattelun keinoin muutosvaiheesta toiseen, sisäisen ristiriidan ratkaisemiseksi. (Seppä ym. 2010, 58.)

Motivoivan haastattelun muutoksen vaihemalli sisältää kuusi eri vaihetta: Esiharkintavaiheen, harkintavaiheen, valmistautumisvaiheen, toimintavaiheen, ylläpito-vaiheen ja retkahduksen. Esiharkintavaiheessa asiakas ei itse koe muutostarvetta. Tässä vaiheessa asiakkaan muutosvalmiutta arvioidaan, häntä havahdutetaan ja huomiota kiinnitetään seurauksiin. Harkintavaiheessa autetaan asiakasta tutki-maan ristiriitaa, vaihtoehtoja ja muutoksen etuja ja haittoja. Tärkeää on tukea asi-akkaan itsetuntoa. (Koski-Jännes, [Viitattu 22.3.2013].)

Valmistautumisvaiheessa asiakas tekee muospäätöksen. Tässä kohtaa asiakas-ta autetaan päättämään, mikä on paras suunta toiminnalle. Toimintavaiheessa harjoitellaan selviytymistä, hyödynnetään muutosta tukevia sosiaalisia suhteita ja etsitään hyviä ratkaisuja. On tärkeää, että työntekijä tukee, rohkaisee, antaa myönteistä palautetta ja kiinnittää huomiota asiakkaan omiin voimavaroihin. Ylläpi-tovaihe on vaativa vaihe, jossa muutosta vakiinnutetaan. Tärkeää on auttaa tun-nistamaan mielihaluja laukaisevia tekijöitä ja soveltaa retkahduksen ehkäisytekni-koita. Retkahdus on yksi vaihe, joka usein kuuluu muutosprosessiin. Asiakas saat-taa olla pettynyt ja häpeissään, jopa toivotonkin. Työntekijän luonteva asenne ja myötätunto ovat silloin tarpeen. Retkahdusta käsitellään oppimistilanteena, jotta vastaavia tilanteita voi jatkossa ennakoida. (Koski-Jännes, [Viitattu 22.3.2013].)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen taustaa, tavoitteita ja toteutusta. Kuvaan kirjallisuuden pohjalta laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää, joita työssäni käytin. Sen lisäksi käsittelen tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä ja yleistettävyyttä, ja aineiston analysointia, sekä peilaan teoretietoa omaan tutkimusprosessiini.

6.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena oli pyrkiä selvittämään Seinäjoen A-klinikan asiakkaiden kokemuksia päivystysvastaanotolta saadun avun nopeudesta, oikea-aikaisuudesta, sekä asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kohtaamisesta. Lisäksi tutkimuksen tavoite on saada mielipiteitä kuntoutuksen vaikuttavuudesta asiakkaan näkökulmasta, ja siitä kuinka päihdehuollon työntekijät voivat omalta osaltaan vaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen.

Tutkimuksessa keskeisiksi ongelmiksi muodostuivat:

1. Kuinka A-klinikan päivystys vastaa asiakkaiden tarpeisiin nykyisellä mallilla?
2. Minkälainen vaikutus kuntoutuksella on päihteiden käyttöön?
3. Millainen vaikutus työntekijällä on kuntoutuksen onnistumisen kannalta?

6.2 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus

Tarkoitukseni oli toteuttaa tutkimusta kahdella tavalla: keräämällä aineistoa kyselytutkimuksen avulla päivystysvastaanoton asiakkailta, sekä haastatteleamalla päivystyksestä terapeutin työn piiriin siirtyneitä asiakkaita. Pidin tutkimuksen toteutuksessa tärkeänä sitä, että päivystyksen toimivuutta tarkastellaan ehdottomasti juuri asiakkaan näkökulmasta, sillä asiakaslähtöisen kehittämisen avulla asiakkaan tarpeet otetaan huomioon mahdollisimman pitkälle. Asiakaslähtöinen

kehittäminen perustuu asiakkaan mahdollisimman hyvään palveluun, jolloin palvelun käyttäjät tulisi nähdä aktiivisina toimijoina, eikä vain passiivisina kohteina. Tärkeänä tutkimuksessa pidin asiakaskannan sisältämän potentiaalin hyödyntämistä tutkimuksen toteutuksessa. Asiakaslähtöinen näkökulma voi parhaimmillaan auttaa kehittämään yhä vaikuttavampaa ja hyödyllisempää palvelua. Päihdepalveluiden kuntouttavaa vaikutusta ja työntekijän merkitystä päihdetyössä halusin selvittää osaksi siitä syystä, että tulevaisuuden asiakastyössä osaisin itse tehdä työtä asiakaslähtöisesti, pitäen mielessä niitä asioita, joille asiakkaat antoivat painoarvoa tekemissäni haastatteluissa.

Tutkimusmenetelmiksi valitsin sekä määrällisen, eli kvantitatiivisen, että laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Tutkimuksessani käytin menetelminä lomakekyselyä (lomakekyselyn pohja liitteenä, LIITE 3) ja teemahaastattelua (haastattelurunko liitteenä, LIITE 4). Keskeisiä teemoja työssäni olivat asiakkaan taustatiedot, päivystyksen toimivuus, hoidosta saadun avun merkitys ja työntekijältä saadun avun vaikutus. Teemoja on käyty läpi niin lomakekyselyissä, kuin teemahaastatteluissa.

Määrällinen tutkimusmenetelmä. Määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää käytin tutkiessani päivystysvastaanoton toimivuutta asiakkaiden näkökulmasta. Menetelmänä oli lomakekysely, joka antoi mahdollisuuden tutkia suurempaa ihmisjoukkoa. Näin pystytään tarkastelemaan ja vertailemaan muuttujia, sekä saamaan yleistettävää tietoa suuremmasta kohderyhmästä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40).

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rajatulta joukolta tutkimuskysymyksiin liittyvää sisältöä. Tutkimukseen vastanneiden henkilöiden oletetaan edustavan koko perusjoukkoa (Kananen 2008, 10). Perusjoukko on tarkoitus määritellä ja rajata tarkasti, jolloin se on ikään kuin pienoiskuva kokonaisesta populaatiosta (Kananen 2008, 70). Tutkimuksessani perusjoukko oli A-klinikan päivystyksen vastaanotossa joulukuussa 2012 käyneet asiakkaat, jotka vastasivat kyselyyni.

Laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä kuvaamaan tutkittavan joukon todellista elämää, joten kohdejoukko tutkimukseen

valitaan tarkoituksen mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuvat ovat mukana tutkimuksessa jostain tietystä syystä, eikä heitä ole näin ollen valittu satunnaisotoksella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157–160.) Tutkimuksessani haastateltaviksi valikoitui sellaisia asiakkaita, jotka olivat tulleet palvelun piiriin päivystysvastaanoton kautta, ja sieltä siirtyneet terapeuttiseen hoitoon A-klinikan sosiaaliterapeuteille. Kohderyhmä valikoitui siitä syystä, että heillä oli kokemusta päivystyksen toimivuudesta ja toisaalta myös hoidon vaikuttavuudesta, sekä omia kokemuksia siitä, miten työntekijä voi vaikuttaa hoidon onnistumiseen.

Tutkimusmenetelmänä käytin teemahaastattelua, koska se vastaa kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtia. Teemahaastattelu on lomaketutkimuksen ja avoimen haastattelun välimuoto, jonka aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten järjestyksellä ei ole merkitystä. Teemahaastattelua ei käytetä ainoastaan tehtäessä kvalitatiivista tutkimusta, vaan se on yhtä käyttökelpoinen myös kvantitatiivisen tutkimuksen yhteydessä. (Hirsjärvi, ym. 2007, 203.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään tiettyjen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. Näin pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemahaastatteluissa ei ole määrätty sitä, pitääkö kaikille haastateltaville esittää kaikki suunnitellut kysymykset, ja pitääkö kysymykset esittää tietyssä järjestyksessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Yleensä tutkimushaastattelut nauhoitetaan, sillä se mahdollistaa myöhemmin haastatteluun palaamisen. Sen lisäksi nauhoitus toimii muistin apuna ja mahdollistaa tarkemman raportoinnin. Haastattelutilanteessa haastattelija tarkkailee haastateltavaa, mutta myös myötävaikuttaa hänen toimintaansa. Nauhoitus mahdollistaa haastatteluvuorovaikutuksen myöhemmän tarkastelun ja analysoinnin. Uudelleen kuuntelu voi lisäksi tuoda esiin uusia näkökulmia, joita haastattelutilanteessa ei ole tullut huomioineeksi. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14–15.)

Omassa tutkimuksessani nauhoitin kaikki haastattelut, ja mielestäni se oli hyvä asia. Nauhoitus mahdollisti sen, että pystyin keskittymään ja olemaan paremmin läsnä haastattelutilanteessa, kun kaikkea haastateltavan kertomaa ei tarvinnut kirjoittaa paperille. Haastatteluun kuuluu lisäksi olennaisena osana litterointi. Litte-

rinti tarkoittaa haastatteluaineiston eli nauhoitusten muuttamista tekstimuotoon sanatarkasti. Lisäksi se helpottaa myöhemmin tapahtuvaa tutkimusaineiston tarkastelua (Vilkkä 2005, 115–116).

Tutkimushaastattelu perustuu tiettyyn tarkoitukseen ja osallistujaroleihin. Haastattelija on tietämätön osapuoli, tieto tulee haastateltavalta. Haastattelijan tehtävänä on ohjata ja suunnata keskustelua, jotta haastattelun päämäärä säilyy siitä huolimatta, että haastattelu muistuttaisi spontaania keskustelua. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 22–23.)

Tutkimuksen toteutus. Aloitin tutkimusprosessini tutkimusluvan (1. tutkimuslupa liitteenä, LIITE 1) hakemisella ja teoriaosan kirjoittamisella. Tutkimusluvan saatua ni aloin työstää kyselylomakkeen runkoa. Kun sain kyselylomakkeet valmiiksi, vein ne tulostettuna A-klinikalle, jonka työntekijöistä on ollut tutkimuksen toteutuksessa suuri apu. Päivystysvastaanoton työntekijät jakoivat lomakkeita suoraan heidän luonaan käyneille asiakkaille. Sen lisäksi kysymyslomakkeita oli odotustilassa, missä oli myös palautuslaatikko vastauksia varten. Lomakkeita oli asiakkaiden täytettävänä noin kuukauden ajan, ja niitä kertyi 29 kappaletta.

Samalla aloin pohtia sitä, että haluaisin aiheesta tietoa syvällisemmin. Kyselylomakkeessa ei ollut juurikaan avoimia kysymyksiä, sillä ajattelin niihin vastaamisen olevan heikkoa. Niinpä hain tutkimuslupaani täydennystä, että saisin kyselylomakkeiden lisäksi haastatella muutamia asiakkaita. Tutkimusluvan (2. tutkimuslupa liitteenä, LIITE 2) saatua ni tein teemahaastatteluun rungon ja aloin pohtia, kuinka saisin haastateltavia.

Haastateltavia sain A-klinikan sosiaaliterapeuttien avustuksella. Haastateltavaksi valikoitui asiakkaita, jotka ovat tulleet päivystysvastaanoton kautta, ja siirtyneet sen jälkeen pidempään hoitosuhteeseen, terapeuttiseen työskentelyyn sosiaaliterapeuteille. Yhteistä kaikille haastateltavalle oli, että heillä oli kokemuksia runsaasta, ongelmallisesta ja pitkään jatkuneesta päihteiden käytöstä. Osalla oli aikaisempaa kokemusta päihdepalveluista, osalla ei. Haastateltavat olivat eri-ikäisiä, ja joukossa oli sekä miehiä että naisia.

A-klinikan sosiaaliterapeutit sopivat haastateltavien kanssa ajan haastattelulle ja kertoivat tutkimukseni aiheesta. Haastattelut tein A-klinikan tiloissa. Haastattelin

yhteensä viittä (5) henkilöä, kahta naista ja kolmea miestä. Kaikki antoivat luvan keskusteluiden nauhoittamiseen. Haastattelin yhden asiakkaan päivässä ja litte-roinnin tein heti haastattelun jälkeen. Kaikki haastateltavat suhtautuivat myönteisesti tutkimukseen. Osa haastateltavista vastasi kysymyksiin avoimesti ja laajasti, osa lyhyemmin ja suppeammin. Mielestäni tunnelma rentoutui haastatteluiden edetessä, sillä osasta haastateltavista huomasin aluksi jännittyneisyyttä. Haastatteluiden kestoissa oli eroa: Nopein haastattelu oli ohi 15 minuutissa, kun pisin haastattelu kesti tunnin pidempään. Koin kuitenkin, että lyhyemmässäkin ajassa kysymyksiin pystyi vastaamaan siten, että pääasiat nousivat esiin.

6.3 Aineiston analysointi

Kerätyn aineiston tulkitseminen, analysointi ja siitä tehdyt johtopäätökset ovat tutkimuksen kannalta oleellisin asia, sillä koko tutkimusprosessi tähtää siihen. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimuksen alussa asetettuihin ongelmiin. Toisaalta tutkijalle saattaa myös käydä niin, että analyysivaiheessa selviää, kuinka kysymykset olisi pitänyt asettaa toisin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Ensimmäisenä vaiheena tutkimusaineiston järjestämisessä on tietojen tarkistaminen. Oleellista on tarkistaa kaksi seikkaa: sisältyykö aineistoon selviä virheitä tai puuttuuko tärkeitä tietoja. Tämän jälkeen tulee järjestää aineisto tiedon tallennusta ja analyysijä varten. Tutkijan tulee tiedostaa jo etukäteen, että tutkimuksen aineiston järjestely on suuri työ. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

Kyselylomakkeiden analysointi. Saatua täytetyt kyselylomakkeet takaisin, aloitin niiden analysoinnista. Kvantitatiivisen tutkimuksen ideana on saada tietoa, joka on luonteeltaan yleistä ja yleistettävissä. Määrällinen tutkimus perustuu käsityksiin tilastoyksikkö, otos ja näyte. Määrällisessä tutkimuksessa yleistettävää, yksittäiset poikkeamat pois häivyttävää käsitettä edustaa esimerkiksi keskiarvon käsite. Keskiarvo osoittaa millä tavoin koko aineiston kohteet asettuvat keskimäärin. Toisaalta taas keskiarvo ei kerro mitään yksittäisistä tapauksista. (Vanhala, [Viitattu 3.4.2013].)

Käytin aineiston tilastolliseen käsittelyyn Excel -ohjelmaa, sillä vastauksia tuli verrattain vähän, 29 kappaletta. Tein lisäksi tiedoista graafisia kuvauksia, jotka antavat mahdollisuuden nopeampaan visuaaliseen havaitsemiseen. Mielestäni vastausten määrä antaa hyvin suuntaa siitä, miten vastaanoton toimivuus yleisesti koetaan. Halusin kuitenkin lomakekyselyn lisäksi tehdä vielä haastatteluita, sillä siten koin saavani syvällisempää tietoa.

Haastatteluiden analysointi. Aineistoa voidaan käsitellä tilastollisten tekniikoiden lisäksi muillakin tavoilla, kuten teemoittelulla, tyypittelyllä, sisällön erittelyllä, diskurssi- sekä keskusteluanalyysillä (Hirsjärvi, ym. 2007, 219). Teemahaastatteluisa kävin haastateltavien kanssa tutkimukseni kannalta tärkeitä asioita läpi teemoittain, samoin kun haastatteluiden vastauksia analysoidessa. Siksi minusta luonteva tapa analysoida aineistoa oli teemoittelu.

Teemoittelulla tarkoitetaan sitä, että aineistosta nostetaan esiin sellaisia teemoja, jotka esiintyvät usein, tai ovat yhteisiä haastateltaville. Teemat voivat pohjautua teemahaastattelun teemoihin. Ne perustuvat pitkälti tutkijan tekemiin tulkintoihin haastateltavien kertomista asioista. On epätodennäköistä, että haastateltavat ilmaisisivat mielipiteitään täsmälleen samoilla sanoilla, kuin tutkija, joten tutkija jakaa asiat eri teemojen alle siten, kuinka hän tulkitsee haastatteluissa esiin nousseet asiat. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 173.) Teemoittelu on samankaltaista kuin luokittelu, mutta teemoittelussa korostuu nimensä mukaisesti eri teemat. Kyse on siis pelkistetysti kvalitatiivisen aineiston purkamisesta ja ryhmittelystä erilaisten aiheiden mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Opinnäytetyöni analysointi perustui valitsemiini teemoihin, jotka siis olivat asiakkaan taustatiedot, päivystyksen toimivuus, hoidosta saadun avun merkitys ja työntekijältä saadun avun vaikutus.

6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusprosessiin sisältyy paljon pieniä ja suuria eettisiä kysymyksiä. Tiedon hankintaan ja sen julkistamiseen liittyvät säännöt ovat yleisesti hyväksytyjä, mutta tutkijan on tiedettävä eettisen tutkimuksen peruseriaatteen ja toimittava niiden mukaisesti. Eettisesti oikein tehty tutkimus edellyttää sitä, että tutkimusta tehdessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka ohjeet on laatinut opetusministe-

riön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta. (Hirsjärvi, ym. 2007, 23.) Eettisten kysymysten problematiikan tunnistaminen on merkki siitä, että tutkija tekee työtä sen eteen, että hänen tutkimuksestaan tulee asiallinen eettisestä näkökulmasta. Omassa tutkimuksessaan tutkijan on etsittävä vastauksia ja ratkaistava ongelmia, jotta hän pääsee hyvään lopputulokseen. (Eskola & Saloranta 1998, 52.) Eettinen sitoutuneisuus kulkee punaisena lankana läpi tutkimuksen (Tuomi & Sarajärvi, 127).

Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohta. Tutkimuksen toteuttajan on huomioitava esimerkiksi itsemääräämisoikeus, joka takaa mahdollisuuden päättää, haluaako tutkimuksen kohderyhmään kuuluva osallistua tutkimukseen vai ei. Tärkeää on miettiä ja selvittää miten haastateltavien suostumus hankitaan, millaista tietoa haastateltaville annetaan ja liittyykö tutkimukseen osallistumiseen riskejä. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Tutkimukseen osallistuminen tapahtui vapaaehtoisesti niin lomakekyselyiden, kuin teemahaastattelujenkin osalta. Haastateltavien kohdalla A-klinikan sosiaaliterapeutit kysivät suostumusta haastatteluun. Se oli mielestäni hyvä, sillä ajattelin kieltäytymisen olevan helpompaa kuin, jos itse olisin kysynyt.

Eettisten sääntöjen ja toimintaohjeiden lisäksi tutkijan tulee huomioida lainsäädäntö. Vuonna 1999 on tullut voimaan henkilötietolaki, joka säätelee kaikkia henkilötietojen keräämiseen liittyviä vaiheita: aineiston keräämistä, muokkaamista, analysointia, luovuttamista ja arkistointia. (Kuula 2006, 12–13.) Sen lisäksi erityistä huomiota tulee kiinnittää vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuteen, josta säädetään viranomais toiminnan julkisuutta koskevassa julkisuuslaissa ja erityislaeissa (Kuula 2006, 90). Tutkimuksessa lomakekyselyihin vastaaminen tapahtui nimettömästi ja haastateltavista tiesin etunimet. Tutkimustuloksissa vastaajat kuitenkin nimetään vain vastaajiksi. Vastaajien henkilötiedot pysyivät salassa, kun sosiaaliterapeutit sopivat haastatteluajat haastateltavien kanssa ja kertoivat ajan minulle.

Ennen kuin tutkimushaastattelu aloitetaan, on tärkeää, että haastateltavaa on informoitu riittävästi. Haastattelu voi muistuttaa esimerkiksi terapeutista keskustelua, mikä saattaa tehdä tutkijan roolista hankalan (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 17). Tutkijalle neutraalius on tärkeä ominaisuus. Tutkija ei saa tuoda esiin esimerkiksi mielipiteitään, vaan tutkijan tulee olla puolueeton ja minimoida oma osuutensa

muuten, kuin kysymysten esittämisen osalta. Neutraalius mielletään osaksi professionaalisuutta. Se on myös haastatteluyhteiskunnassa vallitseva käsitys siitä, miten haastattelut tulisi tehdä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 44–45.) Ennen haastattelun aloitusta kysyin luvan haastattelun nauhoitukseen ja kerroin, että tallennukset poistetaan heti litteroinnin jälkeen. Kerroin vastaajille, että työhön ei tule nimiä tai muutakaan tietoa, josta hän olisi tunnistettavissa. Kerroin alussa myös sen, että kysymyksiin saa vastata niin avoimesti, kun hyvältä tuntuu ja että oma roolini tilanteessa on kuunnella ja esittää kysymyksiä.

Omassa tutkimusprosessissani pohdin luotettavuutta läpi koko prosessin. Pidin tärkeänä sitä, että käytän tutkimustulosten esittelyssä paljon suoria lainauksia siitä syystä, että tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin haastateltavien mielipiteitä ja ajatuksia aiheesta. Suorien lainauksien kautta välittyy mahdollisimman hyvin se, mitä haastateltavat halusivat tuoda vastauksissaan esiin. Läpi opinnäytetyön teko-prosessin kiinnitin huomiota myös siihen, että kunnioitin käyttämiäni kirjallisuuslähteitä mahdollisimman hyvin.

Kyselylomakkeella saatujen tulosten luotettavuus voidaan jakaa valideettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, mitä tutkimuksessa on luvattu ja reliabiliteetilla tulosten toistettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Reliabiliteettia voidaan arvioida teettämällä kysely samassa muodossa ja samoilla vastaajilla useita kertoja, ja sen jälkeen vertailla tuloksia. Tulosten vastaavuus yleisesti ottaen merkitsee hyvää reliabiliteettia. Toinen menetelmä reliabiliteetin arvioimiseen on kyselyn toistaminen lomakkeella, josta esimerkiksi kysymysten järjestystä tai sanamuotoja on muutettu. Tällöinkin tavoitteena on annettujen vastausten johdonmukaisuus. (Vanhala, [Viitattu 3.4.2013].)

Uskon kyselylomakkeesta saatujen tulosten pysyvän johdonmukaisina, jos tekisin kyselyn toistamiseen samoilla vastaajilla. Arvelen näin siitä syystä, että vastaukset olivat keskenään melko samanlaisia, eikä suuria poikkeavuuksia mielestäni tullut. Mielenkiintoista olisi, jos olisin voinut jatkaa pidempään kyselylomakkeiden täyttö-aikaa, jotta vastauksia olisi ollut enemmän. Näin olisin nähnyt, pysyisivätkö tulokset samansuuntaisina, kun vastausten määrä olisi suurempi.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus liittyy erityisesti arviointiin, sillä arviointi pelkistyy lähes täysin kysymykseksi tutkimuksen toteuttamisen luotettavuudesta. Näin ollen tutkijan tulee itse arvioida tutkimuksen luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Lisäksi luotettavuuden arviointiin liittyy se, kuinka hyvin tutkimuskysymyksiin on tutkimusaineiston avulla saatu vastauksia. (Eskola & Saloranta 1998, 56–57.)

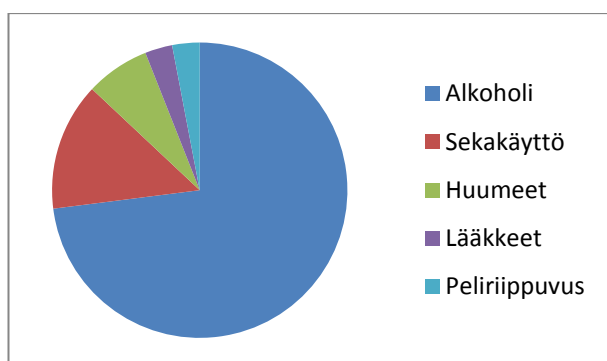
Mielestäni haastateltavat vastasivat teemahaastatteluun siten, että sain hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiini. Vastaukset eivät ole yleistettävissä haastatteluun osallistuvien määrän vuoksi, mutta uskon saaneeni yksittäisten henkilöiden äänen kuuluviin ja nostettua esiin heille tärkeitä asioita keskeisten teemojen näkökulmasta.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa käyn tutkimukseni tuloksia läpi valitsemieni teemojen mukaan. Teemoina ovat asiakkaan taustatiedot, päivystyksen toimivuus, hoidosta saadun avun merkitys ja työntekijältä saadun avun vaikutus. Teemoja on käyty läpi niin lomakekyselyissä, kuin teemahaastatteluissa, ja tämän kappaleen tarkoituksena on koota keskeisiä tuloksia ja havaintoja yhteen.

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Joulukuussa 2012 Seinäjoen A-klinikan päivystysvastaanotossa käyneistä asiakkaista päivystysvastaanottoa koskeneeseen kysymyslomakkeeseen vastasi 29 henkilöä. Vastanneiden ikäjakauma muodostui siten, että suurin osa vastaajista oli iältään 36–50-vuotiaita (15/29). Seuraavaksi suurin ryhmä oli 26–35-vuotiaat (7/29), alle 25-vuotiaita oli kaksi, ja 51–70-vuotiaita viisi kappaletta. Tutkimukseni haastattelin lisäksi viittä (5) henkilöä, jotka olivat siirtyneet päivystyksen kautta terapeutin hoitosuhteeseen sosiaaliterapeuteille. Kaikki haastateltavat kuuluivat ikänsä puolesta suurimpaan ryhmään, eli 36–50-vuotiaiden ikähaarukkaan. Kyselylomakkeeseen vastaajista miehiä oli 18 ja naisia 11. Teemahaastatteluun osallistuneista miehiä oli yhteensä kolme (3) ja naisia kaksi (2).

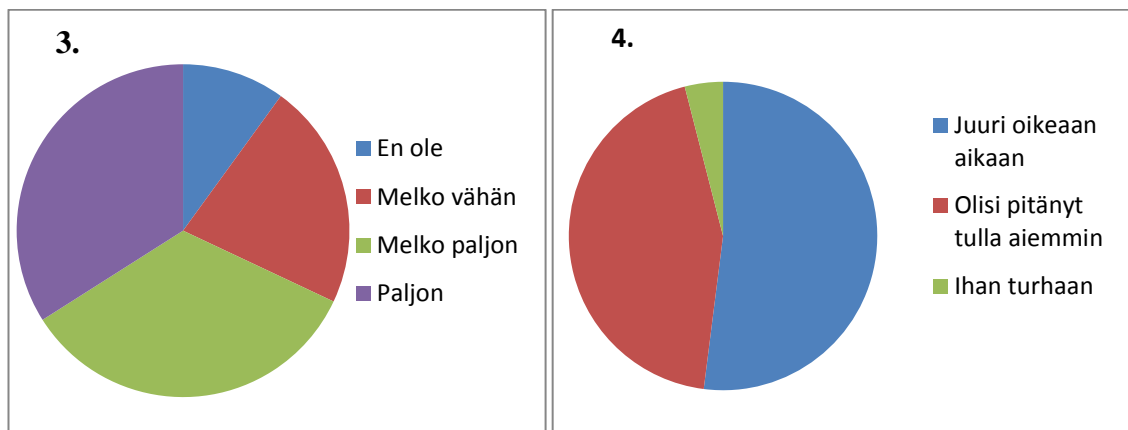


Kuvio 2. Hoitoon tulon syy

Haastattelemistani henkilöistä kaikki viisi olivat tulleet A-klinikalle alkoholin käytön vuoksi. Kyselyyn vastanneista 29 henkilöstä noin 73 prosentilla päivystykseen tulon syy oli myös alkoholin käyttö. Sekakäytön takia A-klinikalle oli tullut 14 prosent-

tia, huumeiden käytön takia 7 prosenttia ja lääkkeiden käytön, sekä peliriippuvuuden takia kolme prosenttia vastanneista. Hoitosuhde psykiatriseen hoitoon oli 21 prosentilla, seitsemällä prosentilla oli joskus ollut.

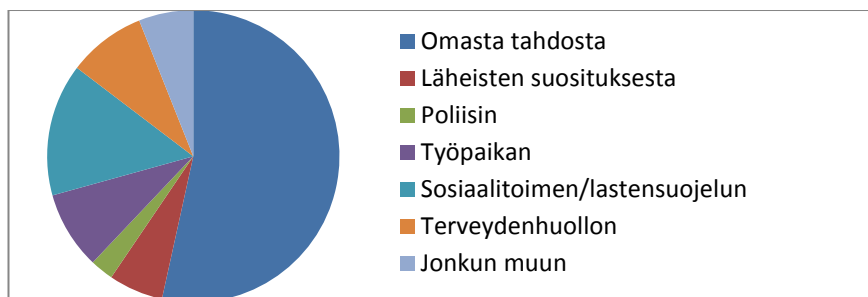
Vastanneista noin 24 prosenttia asioi A-klinikalla ensimmäistä kertaa. Alle viisi kertaa käyneitä oli 14 prosenttia ja yli viisi kertaa käyneitä oli 62 prosenttia. Aikaisempia hoitajaksoja A-klinikalla oli 45 prosentilla vastaajista, kun taas reilulla puolella ei ollut aikaisempaa kokemusta A-klinikalla asioinnista.



Kuvio 3. Oletko huolestunut päihteiden käytöstäsi?

Kuvio 4. Oletko A-klinikalla mielestäsi...

Kyselylomakkeeseen vastaajista 2/3 oli itse huolestunut omasta päihteiden käytöstään paljon tai melko paljon. Noin 21 prosenttia oli omasta päihteiden käytöstä huolissaan melko vähän ja noin 10 prosenttia ei ollut huolissaan. Vastaajista 52 prosenttia oli tullut päivystysvastaanotolle mielestään juuri oikeaan aikaan. 44 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että olisi pitänyt tulla aiemmin, ja neljä prosenttia sitä mieltä, että on A-klinikan päivystysvastaanotossa ihan turhaan.



Kuvio 5. Kenen ohjaamana olet tullut A-klinikalle?

Lomakekyselyn kysymykseen ”Kenen ohjaamana olet tullut A-klinikan päivystysvastaanottoon?” sai valita useamman vaihtoehdon. Vastaajista yli puolet (19/29) tuli vastaanotolle omasta halustaan, heistä kuitenkin vain kahdella oli kehoitus joltakin toiselta taholta. Hoitoon ohjatuista, eli A-klinikalle poliisin, työpaikan, lastensuojelun tai terveydenhuollon ohjaamista vastaajista kukaan ei ollut valinnut ohjanneen tahon lisäksi vaihtoehtoa ”tulini omasta tahdosta”. Kuitenkin vain neljä prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että on A-klinikalla turhaan.

Haastatelluista suurimmalla osalla meneillään oleva hoitojakso sosiaaliterapeutin vastaanotolla oli kestänyt noin puolesta vuodesta vuoteen. yksi vastaajista kertoi käyneensä noin vuoden säännöllisesti ja sitä ennen pidemmän aikaa epäsäännöllisesti vastaanotolla. Yhden haastatellun hoitojakso oli kestänyt noin neljä vuotta. Kaikki haastateltavat olivat tulleet palvelun piiriin ohjatusti.

Mä en aivan täysin omasta vapaasta tahdosta tänne tullu, että mä oon niinkun yksinhuoltaja ja tässä on ollu sitten lastensuojelullisia juttuja, jotka on mut tänne ohjannu. (H1)

Ihan omasta tahdosta tulini. Oikeestaan mä kävin tuolla psykologilla tai mikä toi on toi Törnävän joku psykiatrinen. Kun ne kuuli, että mulla on sellanen ongelma niin ne sano, että otappas sinne yhteyttä. Periaatteessa sieltä niinku ohjattiin. (H4)

Mä oon varmaan, kun mä oon Ventuskartanossa ollu sitten sieltä niinkun ohjattiin A-klinikalle. Ja sitten työmaalta mulle on kanssa sanottu että pitää mennä A-klinikalle. Että sen Ventuskartanon jälkeen mä kävin täällä ja sittenhän mulla oli monta vuotta etten mä käyny, sitten taas oon käyny. Että niin niin, vaihtelevasti. (H5)

Kun kysyin, miltä hoitoon ohjaus ”vapaaehtoisena pakkona” on tuntunut, kokivat haastateltavat sen lopulta vain positiiviseksi asiaksi, vaikka ”pakko on aina pakko”. Haastateltavat näkivät, että hoitoonohjaus on tullut tarpeeseen.

Emmä oo sitä semmosena pakotteena ottanu, että kyllä mä oon ihan mielelläni tullu. Kyllä se on ihan hyvä jutella noista asioista, missä on ongelmaa ollu. (H2)

No se pakko on aina pakko. Se ei oo missään mielessä tietenkään kovin mukava lähtökohta, mutta täällä on kumminkin mun mittakaavalla asiantuntevia ja päteviä ihmisiä... Tää on semmosta rankkaa touhua kaikkienensa, mutta kyllä se kumminkin nyt niinkun ainakin tällä hetkellä tuntuu, että se on ollu tarpeen. Kyllä se on ollu ihan hyväksyttävissä oleva tosi asia tässä kuitenkin. (H1)

Aikaisempia kuntoutusjaksoja A-klinikalla tai muissa päihdepalveluissa ei ollut suurimmalla osalla (4/5) vastaajista. Yhdellä vastaajista oli omien sanojensa mukaan mielenterveystaustaa, ja toisella oli taustalla useampi jakso erilaisissa päihdepalveluissa. Aikaisemmista hoitajaksoista ajateltiin olevan hyötyä esimerkiksi siten, että puhuminen oli nykyisin helpompaa, myös luottamus työntekijöihin oli kasvanut. Joistakin palveluista ei nähty olevan mitään hyötyä nykyisen tilanteen.

No täällähän mä nyt käyn tällä hetkellä ja oon ollu katkollakin varmaan 11 kertaa, että sitten kun on niin kauhean huonoon kuntoon juonu itensä niin sitten oon mennyt katkolle. Sitten oon ollu siellä Ventuskartanossa ja sitten mä oon ollu Minnesodas. (H5)

7.2 Päivystyksen toimivuus asiakkaiden näkökulmasta

Alkuvuodesta 2010 A-klinikan vastaanotolle pääsi vain varaamalla ajan. Aikaa sai jonottaa keskimäärin kahdesta kolmeen kuukautta. Ratkaisuksi kokeiltiin saman vuoden syksyllä uudenlaista torstai-päivystystä, joka sekin ruuhkautui niin, että vuonna 2011 yhden sairaanhoitajan lisäksi tarvittiin toinen. Päivystystä kehitettiin edelleen vuodesta 2012 lähtien. Päivystyksessä työskentelee nykyisin kaksi työntekijää ja vastaanotto on auki aamupäivisin, maanantaista torstaihin. (Koukkari 2013, [Viitattu 3.4.2013].)

Kyselylomakkeisiin vastanneista päivystysvastaanoton asiakkaista hieman alle puolella (13/29) oli ollut aikaisempia hoitajaksoja A-klinikalla. Heistä lähes puolet (6/13) oli sitä mieltä, että palvelun saatavuus on parantunut aikaisempaan hoitajaksoon verrattuna. Kuitenkin lähes yhtä moni (5/13) valitsi kohdan ”en osaa sanoa”. Vain muutama (2/13) vastaaja oli sitä mieltä, että palvelun saatavuus ei ollut parantunut edelliseen hoitajaksoon verrattuna.

Haastattelemani asiakkaat olivat päässeet päivystykseen melko pian, vain yhdellä oli kokemus pitkistä jonoista. Osaltaan tämä johtuu luultavasti siitä, että päivystysvastaanotto on toiminut useamman kohdalla jo nykyisellä mallilla. Muutama haastateltava oli sitä mieltä, että työntekijäresurssit eivät vieläköön kohtaa kaikkea asiakkaiden tarvetta.

No ihan äkkiä en niinkun pääsy. Alussa täällä oli se palvelu sellasta, kun tuli niin oli toi odotushuone täynnä ja siinä sai oottaa. Moni hermostu ja lähti pois. Mutta nyt on päässy. Alussa ei päässy. Mut nythän se on muuttunu, että on useempuna päivänä täällä toi päivystys auki, eiks ookkin? (H4)

No sillan yks kerta, kun mä tulin päivystykseen niin sitten soitettiin katkalle ja menin katkalle, kun olin niin huonossa kunnossa. Sillon mä pääsin heti. No sitten välillä kyllä tuntuu, että täällä on liika vähän työntekijöitä, että joskus on niinkun hankalaa. (H5)

Mulle on käsittääkseni lastensuojelun puolelta varattu aika tänne. Mulla on sellanen mielikuva, että ne ei aivan kohtaisi sitten niinkun se työvoimaresurssi sitten sitä hoidon kiireellisyyttä, kun jos ihmisillä menee huonosti niin ne tarttis sitä apua oikeestansa niinkun heti. (H1)

No pääsin kyllä ihan nopeestikkin. Ei siinä kauaa menny. (H2)

No mä en oikeen muista tarkallensa, et miten se nyt meni, mutta ei siinä nyt mun mielestä kauaa menny. Ei ollu mitään kauheeta jonoo. (H3)

Kysymykseen niistä tekijöistä, jotka ovat vaikeuttaneet päivystykseen tuloa, nousi päällimmäiseksi mielestäni haastateltavien omat ennakkoluulot A-klinikkaa kohtaan. Muutamissa haastatteluissa nousi esille, että ensimmäistä kertaa paikan päälle tuleminen tuntui vaikeimmalta. Lisäksi päivystykseen tuloa on voinut vaikeuttaa oma heikko motivaatio, tai muut itsestä johtuvat syyt. Tuloa helpottavat tekijät suurimmalla osalla oli, että sai jutella jonkun kanssa. Useampi haastateltava toi esiin sen, että työntekijöiden kanssa ongelmista keskustelu on tuntunut helpommalta, kuin esimerkiksi läheisten kanssa keskustelu.

Ei oikeestaan ollu mitään vaikeeta, että tulin ihan mielellään. Sai jutella sitten jonkun kanssa nii, se on ollu hyvä päätös tulla. (H2)

Kyllä tänne oli oikeestaan aika vaikee tulla, mutta kyllä se siitä sitten (H4)

Ennakkoluulot koko systeemiä kohtaan, A-klinikka kuulostaa kaameelta. Mitä se ei kuitenkaan sitten oo ollu. Mulla oli hyvin hatarat tiedot tästä asiasta ja mä tässä, kun mä jonkun verran näitä asioita ajattelen, niin noi esitteet ja muut mitkä on tuolla odotushuoneessa, niin ne pitäis olla ihan jossain muualla. Niitä pitäis olla esimerkiksi apteekissa, siellä saattaa jotakin ollakkin ja sitten näis olkkarihommissa ja sellaisissa. Krisissä pitäis olla ainakin ja mahdollisimman monessa paikkaa missä niinku ihmisiä liikuu.. terveyskeskuksen odotushuoneessa, lasten neuvolan siellä, ja siis niinkun missä vaan, missä joku olis saanu ne oikeeseen aikaan käsiinsä. (H1)

Emmä nyt tiedä onko sitä mikään oikeestaan vaikeuttanu sitä tuloo, muutakun oma motivaatio ehkä välillä tulla täällä käymään. Ehkä se siinä vähän vaikeuttaa, mutta.. mutta ei siinä. Aika helppo on kuitenkin ollu tulla käymään. (H3)

Kyllä sillai joskus, kun on ollu putki päällä ja on aatellu että meen päivystykseen, niin sitten sä huomaatkin, että sä et oo edes ajokunnossa. Sit vaikka mullakin on lyhyt matka tähän, niin mä en jaksa kävellä tähän, kun on huono olo. Et se on sillai sitten aina, että pitäis olla ajokunnossa. (H4)

Asiakkaat olivat saaneet päivystysvastaanotosta erilaista apua, palvelua ja ohjausta. Muun muassa tilanteen kartoitusta ja seurantaa, sekä pohdintaa siitä, miten asiakkaan tilanteessa edetään. Päivystyksestä saatava keskusteluapu ja kannustus nousivat tärkeiksi avuiksi akuuteissa tilanteissa. Eräs haastateltavista piti tärkeänä sitä, että oli saanut päivystyksessä pohtia juomiseen johtaneita syitä, ja saanut vinkkejä arjesta selviytymiseen. Yksi haastateltavista oli saanut apua eri hoitovaihtoehtojen pohtimisessa sekä lääkeasioissa.

Mä uskon, että semmonen ihminen joka tulee tonne päivystykseen nii sillä on ihan oikeesti hätä. Kun ei tää niin kiva paikka oo, että tänne haluais huviksensa tulla. (H1)

Päivystykseen oltiin yleisesti tyytyväisiä, eikä suurin osa haastateltavista osannut nimetä, mitä kaipaisi päivystykseen lisää, tai miten sitä muuttaisi. Kehittämisehdotuksia tuli esimerkiksi lääkäripalveluista, iltapäivän aukiolosta, pidemmistä soittoajoista ja suuremmasta työntekijämäärästä. Kaikki haastateltavat olivat yhtä miel-

tä siitä, että päivystykseen pitäisi päästä saman päivän aikana, tai viimeistään seuraavana päivänä. Kaikki olivat samaa mieltä myös siitä, että viikko on ehdoton maksimiaika odottaa päivystykseen pääsyä.

Olishan se tietysti kiva, jos se (päivystys) olis joskus iltapäivälläkin auki... Siitä mä oon aina sanonu, kun se soittoaika on yhestä kahteen. Ennenhän sai soittaa koko päivän, kun oli se työntekijä siellä, niin sinnehän sai soittaa kokoajan. Ja nyt on sitten se yks tunti vaan, kun saa soittaa niin se on.. että jos on joku hätä, niin sun pitää oottaa yhteen asti. Pitempi soittoaika pitäis olla ja aamulla pitäis voida soittaa. Sais olla heti aamulla kahdeksasta se puhelinaika, eikä yhdestä kahteen. Että se on mun mielestä aika iso miinus. (H4)

Mä en ehkä osaa kaivata mitään, mutta sellanen joka tulee, ja jolla on esimerkiks ryyppyputki takana, niin sellanen ihminen saattais tarvita aika nopeesti lääkäripalveluja. Jos sillä on halu lopettaa sitä juomista, niin se saattais tarvita siihen jonkun tyyppistä lääkehoitoa, halutesaan mahdollisesti antabusta. Mä en tiä millä viiveellä se täällä sitten toimii se lääkäriasia tai lääkeasia. Mun mielipiteeni on periaatteessa se, että kaiken aikaa pitäis olla lääkäri päivystämässä. Se saattaa olla seuraavana päivänä se ajatus jo menny. Jos on valmis tosiaan sen antabuksen alottamaan. Sitten sen jälkeen, kun lääkäripalveluita olis saatavilla esimerkiks tolla päivystysysteemillä. Niin se olis niinkun se peruslähtökohta, että ketään ei käännytetä tavallansa pois eikä.. Että täällä olis niinkun riittävästi henkilökuntaa päivystämään. Niin että niillä olis aikaa sille ihmiselle, että jos on 15 minuuttia aikaa ja sanotaan jo heti alkuun että on aika vähän aikaa niin se on.. kun semmonen ihminen joka tänne päivystykseen vapaaehtosesti tulee, niin sillä on ihan oikeesti jotain asiaa. Ja se tulee oudon ihmisen luo ensimmäistä kertaa. En tiä kuinka monet pystyy niistä asioista heti puhuun niinkun ne on, mutta sen mä tiän, että kaikki ei pysty. Niinkun se pelkkä juttelutuokio, niin se voi tehdä ihmiselle todella hyvää. Niissä on aina vähän semmonen, alkoholisysteemeissä ja näissä, että on mukana jonkun tyyppistä itsetuhoa ja näin niin, sen takia se olis erittäin tärkeää, että se olis reaaliajassa sen akuutin tarpeen kanssa. Mikä on tietysti ymmärrettävää, että näin ei ole... Tästä pitäis niinkun vielä enemmän puhua, tästä päivystyksestä. Jos ihmisellä on jonkunlainen tieto siitä asiasta olemassa, niin se madaltaa sitä kynnystä hakee sitä palvelua. Pitäis lukee apteekin ovessakin, koska se päivystys on auki. (H1)

Kyselylomakkeen ”Jos et saanut apua täältä, ohjattiinko sinua eteenpäin?” -kysymykseen kuusi ihmistä vastasi kyllä, ja seitsemän vastasi ei. Vastanneet olivat kuitenkin pääasiassa tyytyväisiä päivystysvastaanotosta saatuun ohjaukseen, sillä 90 prosenttia vastasi että ei olisi kaivannut päivystyksestä enempää ohjausta. Vastaajista 10 prosenttia oli jäänyt kaipaamaan enemmän ohjausta. Yhteen lo-

makkeeseen oli kirjoitettu avun tarpeeksi: ”Yleensäkin, että miten selviää arjesta ☺”

	0	1	2	3	4
Pääsin helposti ja nopeasti vastaanotolle	4 %	4 %	0 %	26 %	67 %
Sain hyvin yhteyden A-klinikkaan	4 %	4 %	0 %	20 %	72 %
Sain ystävällistä ja asiallista palvelua	0 %	0 %	0 %	8 %	92 %
Koin tullessi kuulluksi	0 %	0 %	0 %	24 %	76 %
Asiani tuli ymmärretyksi	0 %	0 %	4 %	20 %	76 %
Minulle kerrottiin eri hoitovaihtoehtoista	12 %	0 %	4 %	20 %	52 %
Uskon saamastani palvelusta olevan hyötyä	4 %	0 %	8 %	28 %	60 %
Tämä on minulle oikea hoitopaikka	4 %	4 %	8 %	36 %	48 %

Taulukko 1. Mielipiteet päivystysvastaanotosta

Edellinen taulukko (Taulukko 1.) oli yksi osuus lomakekyselyä (lomakekyselyn pohja liitteenä, LIITE 3). Taulukosta valittiin omaa ajatusta lähinnä oleva vaihtoehto numeroiden perusteella. Taulukon vastausvaihtoehtojen numeroiden selitykset ovat: 0 = En osaa sanoa, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä ja 4 = Täysin samaa mieltä.

Edelliseen taulukkoon on koottu prosentuaalisesti määrät, mitä mikäkin vaihtoehto sai vastauksia kyselylomakkeiden koonnissa. Taulukon perusteella näyttää siltä, että päivystykseen ollaan tyytyväisiä niin palvelun saatavuuden, kuin laadunkin osalta. Muutamaa vastaajaa lukuun ottamatta kaikki olivat täysin tai lähes yhtä mieltä siitä, että A-klinikalle sai hyvin yhteyden, ja vastaanotolle pääsi helposti ja nopeasti. Kaikki vastaajat olivat lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että he tulivat A-klinikan vastaanotossa kuulluksi ja saivat ystävällistä palvelua. Vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, että hänen asiaansa ei täysin ymmärretty. Muut kokivat tullessa hyvin ymmärretyiksi.

Eniten mielipiteet jakaantuivat ”Tämä on minulle oikea hoitopaikka” -väitteen osalta. Vastaajista suurin osa oli kuitenkin valinnut vaihtoehdon ”jokseenkin samaa

mieltä” tai ”täysin samaa mieltä”. Myös palvelun hyödyttävyydestä ja eri hoitovaihtoehtoista kertominen jakoi mielipiteitä, mutta niissäkin eniten pisteitä olivat saaneet samat vaihtoehdot, kuin edellisessä kysymyksessä.

7.3 Hoidon merkitys päihderiippuvuudesta kuntoutumisessa

Haastatteleistani henkilöistä suurin osa (4/5) kertoi päihteiden käytön aiheuttaneen ongelmia ensimmäistä kertaa heidän ollessa nuoria tai nuoria aikuisia, noin 15–20-vuotiaita. Hoitoon tullessa päihteiden käyttö oli aiheuttanut ongelmia jo esimerkiksi perhe- ja parisuhteissa sekä työpaikalla. Yksi haastatelluista kertoi alkoholin käytön muodostuneen ongelmaksi avioeron aikaan, noin viisi vuotta sitten.

Kyllä se silloin, kun mä tulin tänne, niin se vaikutti jo työhön, ihmissuhteisiin ja kaikkeen. Kauan sitä ennen jo. (H4)

Joskus teini-ikäsenä 15-vuotiaana varmaan tahto olla, että aika usein niitä kertoja tuli aina, kun alkoholia otti. Silloin varmaan huomasi jo ekoja kertoja, et se vähän lipsu siinä käsistä kyllä. Mutta sen jälkeen on ollu aikailla siinä.. menny vähän samanlailla sitten.(H3)

Noo kyllä se on ekan kerran ollu joskus kaksikymppisenä. Että mähän sain vakityöpaikan ja join sen. Ja sitten mä kärehdin vielä siinä justiin ennen kun mut sanottiin irti, niin ratista. Sit mä pääsin (Yrityksen nimi) töihin ja siellä taas tuli viinan kanssa ongelmia. Mulla alko oleen viinat siellä joukossa. Että kun mä jäin kaheksalta illalla yksin, ja mä olin puoli 12 asti yöllä töis, niin sitte mä kävin aina pukuhuoneessa ottamassa pienet paukut... Saatoin kesälläkin, kun menin työmaalle pyörällä, niin mä saatoin käydä kaljalla ennen töihin menoo. Käydä hakemassa puoli litraa kaljaa naamaan ja että.. Näin no, siinä sitten pari kertaa kärehdin ja sain sieltäkin kenkää. Työmaat on menny. (H5)

Haastateltavat vaikuttivat pääsääntöisesti tyytyväisiltä tämän hetken alkoholin käyttöön määräänsä. Haastatelluista kaksi kertoi olleensa täysin raittiina viimeiset pari kuukautta, ja kaksi kertoi silloin tällöin juovansa esimerkiksi saunakaljan. Kaikki neljä kokivat tämän hetkisen tilanteensa olevan parempi, kuin aikaisemmin. Yksi koki käyvänsä jatkuvasti kamppailua mielihalujen kanssa. Yksi haastateltava kertoi vähentäneensä juomista, ja että niin sanotut ”ryppyputket” ovat jääneet

aiempaa lyhyemmiksi. Hän kertoi, että yhden tai kahden viikon putket ovat jääneet yhteen tai kahteen päivään. Tavoitteina kaikilla oli joko täysraittius tai se, että kontrolli juomisesta pysyisi itsellä.

Mielestäni oli hieman vaikea saada vastauksia syihin, miksi haastateltavien päihteiden käyttö oli muuttunut hoidon aikana. Vaikka alkoholin käyttö oli hoidon aikana joskus ”karannut lapasesta”, se oli pääsääntöisesti tällä hetkellä hyvällä mallilla. Keskustelusta ja omasta päihteiden käytöstä puhuminen nimettiin yhdeksi tekijäksi sille, miksi päihteiden käyttö on vähentynyt.

A-klinikalta oon saanut sitä kannustusta ja on yritetty jutella siitä, mikä vois niinkun tulla sen alkoholin tilalle. Mun oma mielipide on, että sitä ei vois ennemmin lopettaa ennen kuin on jotain tilalla. Se on kuitenkin se alkoholin juominen tai mikä hyvänsä, niin siinä syyllistää itteensä. Mutta kyllä sitä huomaa selkeesti, että sitä tarttis jotain tilalle. Se korvike pitäis niinkun löytyä. Joku parisuhdejuttu vois olla semmonen korvaava. Siihen juomisen vähentymiseen on kyllä vaikuttanu moni muukin seikka. Just se, että lapset on nyt muuttanu mun työ asumaan ja ikä on tasannu elämää muutenkin. (H1)

No kyllä se on vähän vähentyny että.. Kyllä siitä selvästi apua on ollu, että saa jutella niistä asioista. On saanu sitten vähän asiantuntijankin mielipidettä siitä, ettei se kannata se semmonen mahdoton ryyppääminen.. Et ei siitä ainakaan mitään hyvää seuraa. (H2)

Onhan se niinkun vähentyny se mun juominen, että sitä on niinkun laitettu paperillekin niitä kaikkia mun juttuja ja kaikkee että.. Kyllä se niinkun on vähentyny, että niin niin. Nyt mä käyn labrassakin säännöllisesti mittaan maksa-arvoja ja siitäkin sen nyt sit huomaa, että on niinkun vähentyny. Sitten mä käyn täällä maanantaisin ja torstaisin ottamassa sen antabuksen, että mä otan sen nyt valvotusti, että ne tulee niinkun otettua. Se on mulla niinkun seuranta. Ja nyt jos tää työpaikka löytyy niin se on sit kans semmonen, kun tietää, että aamulla pitää lähteä autolla niin.. Kyllä sekin olis hyvä, että se työpaikka löytyis. (H5)

Kaikki haastateltavat kokivat saavansa A-klinikalta ja avopalveluista riittävästi tukea, eikä kukaan kokenut tarpeelliseksi esimerkiksi laitoshoidoa. Osa kävi muissakin avohuollon palveluissa, esimerkiksi A-killassa, Olkkarissa ja mielenterveystoimistossa. Eniten tukea päihdeongelmasta kuntoutumisessa saatiin esimerkiksi omilta lapsilta ja läheisiltä ystävilä. Sen lisäksi A-klinikan työntekijät nousivat haastateltujen puheissa esille.

Välillisesti ajateltuna niin noilta mun lapsilta. Taikka mä en saa sitä niiltä vaan niitten takia mä teen, että niitten olis parempi elää ja olla. Ja sitten, kun mä nään että niitten on parempi olla, niin munkin on parempi olla. Ja tuota kyllähän siitä on sitten kannustusta, kun käy terapeutti ja täällä A-klinikalla mä oon nyt käynyt viikottain. Ja sitten, kun tehdään yhteistyötä mielenterveystoimiston kanssa. Mitä useampi taho on niinkun semmosessa yhteistoimintavalmiudessa, niin sen parempi. (H1)

No täältä sekä sitten ystävilta, kun on avoimesti tunnustanu, että on ongelmaa. Niin se on sitten paljon helpompi jutella, kun saa tukea ja ystävät on.. kuuntelee ja niin, mutta myös täältä on saanu apua, kun niin sanotusti ulkopuolinen kuuntelemassa ja on saanu jutella semmosellekin. (H2)

No mulla on yks kaveri, joka on mulle sellanen.. tärke ihminen kuitenkin. Sitten mulla on tuolta urheilun puolelta muutama semmonen kaveri, että saatetaan lähteä juoksemaan yhdessä tai sit kahville. Nää on sellasia, joiden kans puhutaan syvemmältä. Kyllä mulla sillai kavereita on paljon, mutta nää kaks on niinkun semmosia. (H5)

No sanotaan nyt että täältä (Työntekijän nimi) ja sit mun omalta tyttarelta. (H4)

Se on tos yks työntekijä joka mulla oli viimevuoden puolella.. vai toisena vuonna hetkenäikaa. Sillon tuli oltua aika pitkään selvin päin. (H3)

7.4 Työntekijän vaikutus hoidon onnistumiseen

Haastatteluissa yhtenä teemana oli työntekijän merkitys asiakkaan hoidon onnistumiselle. Haastateltavat mainitsivat hyviksi ominaisuuksiksi päihdetyöntekijälle muun muassa rauhallisuuden, sosiaalisuuden ja ymmärtävyyden. Hyvä päihdetyöntekijä kuuntelee ja tukee, mutta ei tuomitse, ja kysyy, jos ei ymmärrä.

Semmonen joka kuuntelis ja tarvittaessa puuttuis ja kysyis. Kyselis asioita ja panis sen potilaan ajattelemaan, koska eihän se työntekijä voi lopettaa sen toisen juomista. Sen pitää vaan heittää sille semmosia siemeniä ajatusmaailmaan, että se siitä vois muuttua.. ja se että se ymmärtää. (H1)

No sen pitää olla tietysti hyvä kuuntelemaan ja et siltä sais sitten vähän neuvoja, että kuinka mennään eteenpäin tästä ja pitääkö pitää jo-

tain päiväkirjaa... Sais sellasia vinkkejä ja että se tois jotain omia ehdotuksia. Kyllä pitäs osata kysellä hirveesti, ettei oo ite se keskustelija... Pitää olla samalla aaltopituudella. Ettei oo vaan sillai, että nyt lopetat sen justinsa, etkä avaa sitä korkkia. Että sillä tyylillä ei päästä mihkään että niin niin, ja sitte pitäs osata pudota sille samalle tasolle. Ettei runno aina vaan alemmas ja alemmas... Ja sosiaalinen ihminen pitää olla ja pitää arvostaa meitäkin, vaikka meillä on tällänen sairaus... Ja sitten ei pidä ruveta mollaamaan, kun tietää kuinka vaikeeta se on kun on retkahtanu ja pitää taas alkaa nollasta. Työntekijän pitäis olla kannustava ja sanoo, että tästä taas mennään eteenpäin ja tsekataan se tilanne ja mitä tässä voitais niinkun tehdä. (H5)

Sellanen sosiaalinen. Ennemmin persoonana sellanen joka osaa vähän.. jonka kanssa tulee juttuun, että tota jotkut voi olla että puhuu aika paljonkin ja joittenkin kassa menee vaan 10–15 minuuttia.. että se tuntuu vähän turhalta tulla tänne ees sitten. (H3)

Osasta vastauksia nousi esiin, että olisi hyvä jos päihdetyöntekijällä olisi omaa kokemusta, ja sitä kautta paremmin ymmärrystä päihdeongelmasta. Vaikka vastauksissa oli hieman huumoria, oli työntekijän oma kokemus päihdeistä yksi tärkeältä tuntuva ominaisuus.

Niitä on varmaan erityyppisille erilaisia, mutta se, että semmonen joka olis niinkun nähny mahdollisimman paljon elämää. Hyvinkin monelta kantilta. (H2)

Mä oon monienkin ihmisten kanssa puhunu näistä asioista ja sillai puolitosissani sanonu, että jokaisen pitäis niinkun, jokaisen tätä päihdetyötä tekevän, niin olis hyvä kun ne olis hetken aikaa niinkun ollu juoppoja. Ja sitten semmonen pieni vankilassa oppimisjakso, kun nää aika usein sitten, näihin alkoholiongelmiin liittyy sitten sitä väkivaltaa ja vankilasysteemeitä. Ja kaikkien pitäis vähintään yhden kerran olla eronnu. Ja sitten tota mieluusti jonkun tyyppinen narkomaanitausta ei olis yhtään huono ja muutenkin kovan elämän eläny. Semmonen kyl tietää mistä puhuu. (H1)

Työntekijä nähtiin ratkaisevana ja tärkeänä tukijana kuntoutusprosessin edetessä, mikäli hän on samalla ”aaltopituudella” asiakkaan kanssa. Muutoin hoito ei edisty, enemmän päinvastoin. Luottamus ja työntekijän luotettavuus ovat avainasemassa vaikeiden asioiden kertomiselle ja läpikäymiselle. Kysyttäessä tekijöitä, joiden taita haastateltavat jatkavat ja ovat jatkaneet päihdeongelmansa hoitoa, haastateltavat vastasivat seuraavasti:

No ensinnäkin tän alkoholin takia käyn.. Mä haluaisin, et mä pystyisin lopettaan ja sitä raittiutta haluan. Sitten mäkin oon vielä sen verran nuori, et mulla vielä on terveys kunnossa, että jos mä jatkan tästä niin mulla se terveyskin siinä.. Sitten on vielä se työkin, ettenhän mä voi mennä töihin, jos mä kokoajan siinä tissuttelen vielä. Ja sitten että saa sitä semmosta tukea. Että voi oikeen ammattilaisen kanssa puhua. (H5)

Mä oon täällä periaatteessa ja käytännössäkin niinkun lähes.. ei nyt voi sanoo, että pakotettu, mutta rankasti kehoitettuna. Hoito on jatkunu sen takia, että tää kyseinen henkilö, jonka työnä mä oon nyt käyny, niin se on aika jännä. Mä oon kiinnostunu ihmisten erilaisista persoonista ja tota se ei oo liiskannu mua eikä latistanu eikä pakottanu eikä mitään. Se on käsittääkseni hyvin ammattitaitoisesti mua käsitelly ja sen kans on ollu jotenki.. Ei missään tapauksessa helppoo, mutta niinkun tavallansa. Että koska vaikeasta asiasta on kysymys, niin se ei oo helppoo kenenkään kanssa. Ja musta tuntuu, että mua on kuunneltu ja ihan ok. Ja tota se on niinkun se yks seikka miks tota tää hoitopolitiikka jatkuu. Sitten on noi lapset vielä. Että niin niin..mä en oikeen muuta tiedä siihen sitten. (H1)

Yks asia on varmahan tuo oma perhe, että se nyt vähän niinkun pakottaa käymähän täällä. Näistä avopuolen paikoista, oli se sitten mielenterveystoimistossa tai mihnä niin kyllä se nyt varmaan tämä (perhe) se ykkösasia on kuitenkin. Ei tuu muuta mieleen. (H3)

No oma halu ja toisten tuki ja sitten, mikäs vielä olis.. No varmaan se, että loppuviimein, kun tänne tulee, niin tänne on helppo tulla sitten. (H4)

No se justiin, että saa jutella. Se olis niinkun ensimmäinen ja toinen on sitten, että siitä pysyy erossa siitä liiallisesta juopottelusta. On hyvä käydä aina silloin tällöin juttelemassa, vaikka ei mitään olisi ollukkaan niin silti. Että oon halunnu jatkaa kuitenkin tätä vaikei oo ollukkaan pitkään aikaan mitään ongelmia, mutta kuitenkin. (H2)

Viimeinen haastattelun kysymys koski sitä, miten haastateltavat tällä hetkellä näkivät oman tulevaisuutensa. Pääasiassa tulevaisuus näytti haastateltavien kohdalla positiiviselta yhtä vastaajaa lukuun ottamatta. Hän ei omien sanojensa mukaan osannut vastata.

No kohtuullisen positiivisena, mutta en helppona. En mä voi sanoo, että menis huonosti. En, en todellakaan. Ihan oikeasti menee kivasti. Mutta se on.. tällälaillahan tää ei jatku. (H1)

No kyllä mä nyt nään, kun on tosiaan saanut päähän taottua, ettei kannata se ryyppääminen. Se on paljon helpompaa kattella tulevaisuuttakin. Ei tarte aatella, että täytyy juoda sitä kaljaa niin paljon, että sammuu. Paljon mielekkäämpää ja pysyy paljon selvempänä ajatuksetkin. Että tosiaan, jos joku harmittaa, niin keksii muita keinoja. Menee vaikka lenkillä tai jotain, eikä mee sinne kaljakauppaan. (H2)

En mä oikeen osaa vastata tuohon oikeestaan mitään kyllä. (H3)

Parempaan suuntaan mennään vaan, joskus on ollu huonommin. Päivä kerrallaan. Niin, no positiivisena varmaan. (H4)

Kyllä mä nään sen sillai positiivisena ja nään, et mä tästä vielä kunnolla raitistun ja saan työpaikan ja mulla menee pikkuhiljaa kokoajan ylähä päin. Mä nään sillee positiivisena, vaikka välillä joku päivä aattelen, et ei helvetti tästä ei tuu mitään, mut sit mä käyn vaikka hiihtään ja näin ja sanon mun kissallekin, että kyllä me tästä selvitään. Kyllä se on semmonen positiivinen juttu, että kyllä mä tästä vielä meen ylöspäin ja näytän ihmisille, että alkoholistikin voi parantua. Vaikka se onkin loppuiän sairaus, mutta kyllä sen kanssa vaan pitää elää ja laittaa korkki kiinni.. Sillai. Kyllä mä nään, et muutaman vuoden päästä asiat on kohdallansa ja sillee niinkun, jees. (H5)

8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöni tarkoitus oli vastata tutkimusongelmiin, joita olivat: Kuinka A-klinikan päivystys vastaa asiakkaiden tarpeisiin nykyisellä mallilla? Minkälainen vaikutus kuntoutuksella on päihteiden käyttöön? Millainen vaikutus työntekijällä on kuntoutuksen onnistumisen kannalta? Tutkimuksellani halusin selvittää millaisia kokemuksia Seinäjoen A-klinikan asiakkailla on päivystysvastaanotolta saadun avun nopeudesta, oikea-aikaisuudesta, sekä asiakkaan tarpeiden ja toiveiden kohtaamisesta. Lisäksi tutkimukseni tavoite oli saada mielipiteitä kuntoutuksen vaikuttavuudesta asiakkaan näkökulmasta, ja siitä kuinka päihdehuollon työntekijät voivat omalta osaltaan vaikuttaa kuntoutuksen onnistumiseen. Haastatteluista ja kyselytutkimuksista nostin esiin neljä teemaa, jotka olivat: asiakkaan taustatiedot, päivystyksen toimivuus, kuntoutuksen vaikutus päihdeongelmaan ja työntekijän vaikutus kuntoutuksen onnistumisen kannalta.

8.1 Yhteenveto lomakekyselyn tuloksista

Seinäjoen A-klinikan päivystysvastaanoton asiakkaat saivat halutessaan vastata tutkimukseeni liittyvään lomakekyselyyn (lomakekyselyn pohja liitteenä, LIITE 3) vuoden 2012 loppupuolella. Lomakekyselyssä olleet kysymykset koskivat asiakkaan taustatietoja, vastaanotolle tulon syytä ja tyytyväisyyttä saamaansa palvelua kohtaan. Lomakkeen täytti yhteensä 29 henkilöä, joista miehiä oli 18 ja naisia 11. Hieman yli puolet vastaajista osui ikänsä puolesta 36–50-vuotiaiden ikähaarukkaan. Kaikista vastaajista nuorin oli iältään 22-vuotias, ja vanhin 66-vuotias.

Suurin osa vastaajista oli tullut päivystysvastaanotolle alkoholista johtuvien ongelmien vuoksi. Seuraavaksi suurin ryhmä oli sekakäytön vuoksi tulleet asiakkaat ja kolmanneksi suurin ryhmä oli tullut päivystykseen huumeaineiden käytön vuoksi. Muutama asiakas oli tullut lääkkeistä johtuvien ongelmien tai peliriippuvuuden takia. Noin kolmasosalla vastaajista oli ollut aiemmin, tai oli parhaillaan suhde psykiatriseen hoitoon.

Yli puolet vastaajista oli käynyt vastaanotolla viisi kertaa tai enemmän ja noin neljäsosa oli vastaanotolla ensimmäistä kertaa. Hieman alle puolella päivystysvas-

taanotolla kävijöistä oli taustallaan aikaisempi tai aikaisempia hoitajaksoja A-klinikalla. Heistä noin puolet oli sitä mieltä, että palvelun saatavuus on parantunut aikaisempiin hoitajaksoihin nähden. Vastaajista kolmasosa oli omasta päihteidenkäytöstään huolissaan melko vähän tai ei ollenkaan, kaksi kolmasosaa oli huolestunut päihteidenkäytöstään melko paljon tai paljon. Ainoastaan muutama asiakas oli sitä mieltä, että oli vastaanotolla ihan turhaan.

Vastaajista 19 henkilöä oli tullut päivystykseen pääasiassa omasta tahdosta. Muutamilla heistä oli lisäksi kehoitus joltakin toiselta taholta, esimerkiksi läheisiltä. Osa vastaanotolle tulijoista oli tullut palvelun piirin hoitoon ohjauksen kautta, eli poliisin, lastensuojelun, työpaikan tai terveydenhuollon ohjaamana. Kukaan hoitoon ohjatuista ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”tulín omasta tahdosta”, vaikka vaihtoehtoista sai valita useamman, kuin yhden.

Lähes kaikki vastaajat olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteistä ”Pääsin helposti ja nopeasti vastaanotolle” ja ”Sain hyvin yhteyden A-klinikkaan”. Vain yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi oli valinnut vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Kaikki vastaajat olivat täysin tai lähes yhtä mieltä siitä, että he olivat saaneet ystävällistä ja asiallista palvelua, samoin siitä, että he kokivat tulleensa kuulluksi päivystysvastaanotolla. Yksi asiakas oli jokseenkin eri mieltä väitteen ”asiani tuli ymmärretyksi” kanssa. Muuten väite sai yhtä hyvät arviot, kuin kaksi aikaisempaa väitettä.

Kyselylomakkeen ”Jos et saanut apua täältä, ohjattiinko sinua eteenpäin?” kysymykseen kuusi ihmistä vastasi kyllä, ja seitsemän vastasi ei. Vastanneet olivat kuitenkin pääasiassa tyytyväisiä päivystysvastaanotosta saatuun ohjaukseen, sillä 90 prosenttia vastasi että ei olisi kaivannut päivystyksestä enempää ohjausta. Tasaisemmin eri vaihtoehtojen välille jakautui mielipiteet väitteen ”Minulle kerrottiin eri hoitovaihtoehtoista” kohdalla.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että palvelusta on heille hyötyä. Muutama vastaaja oli jokseenkin eri mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Mielipiteet jakaantuivat myös väitteen ”Tämä on minulle oikea hoitopaikka” kohdalla. Suurin osa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Hieman alle puolet vastaajista oli väitteen kohdalla valinnut vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

8.2 Yhteenveto haastatteluiden tuloksista

Haastatteluun osallistui yhteensä viisi asiakasta, joista miehiä oli kolme ja naisia kaksi. Kaikki olivat tulleet A-klinikalle päivystysvastaanoton kautta, ja kokivat pääsääntöisesti päässeensä sinne helposti ja melko nopeasti. Eniten tuloa ensimmäisellä kerralla oli vaikeuttanut ennakkoluulot ja oma motivaatio. Haastateltavat olivat päivystykseen tyytyväisiä, eikä kehittämisehdotuksia juuri tullut. Ainut päivystystä koskeva kehitysidea oli iltapäivän aukiolo joinakin päivinä. Sen lisäksi yleisiä kehittämisehdotuksia tuli lääkäripalveluista, pidemmistä soittoajoista ja siitä, että työntekijöitä voisi olla enemmän.

Päivystyksen kautta haastatellut olivat siirtyneet terapeuttiseen hoitosuhteeseen sosiaaliterapeuteille. Kaikilla haastatelluilla hoitoon tulon syy oli ongelmat alkoholinkäytön kanssa. Suurimmalla osalla tämän hetkinen hoitosuhde A-klinikalla oli kestänyt puolesta vuodesta vuoteen, kaikki olivat tulleet palvelun piiriin jonkun tahon ohjaamana. Hoitoon ohjatut henkilöt kokivat hoitoonohjauksensa lopulta hyvänä ja hyödyllisenä asiana.

Neljällä viidestä ei ollut aikaisempaa kokemusta A-klinikan terapeuttisesta hoitosuhteesta, vaan he olivat palvelun piirissä ensimmäistä kertaa. Muista päihdepalveluista ja mielenterveyspalveluista sen sijaan osalla oli kokemusta. Aikaisemmista hoitosuhteista koettiin olevan hyötyä sillä tavalla, että nykypäivänä omista asioista tuntui helpommalta puhua. Sen lisäksi mainittiin luottamuksen tunteen kasvaminen henkilökuntaan.

Neljällä haastateltavalla alkoholinkäytöstä oli koitunut ensimmäisen kerran ongelmia melko nuorena, noin 15–20-vuotiaana. Yksi kertoi alkoholinkäyttönsä tulleen ongelmalliseksi avioeron jälkeen. Nykypäivänä alkoholi oli aiheuttanut ongelmia muun muassa perhe-elämään ja parisuhteeseen, myös työpaikalla oli tullut ongelmia alkoholinkäytön kanssa. Tällä hetkellä suurin osa oli pääsääntöisesti tyytyväisiä alkoholinkäyttönsä ja neljä viidestä näki tilanteensa nyt parempana, kuin aiemmin. Yksi koki käyvänsä jatkuvaa kamppailua juomisen kanssa.

Haastattelemini henkilöiden omat tavoitteet päihteidenkäyttönsä suhteen olivat erilaisia, mutta kaikki kokivat menevänsä niitä kohti. Kaksi haastateltavista olivat

olleet viimeiset kuukaudet raittiina ja he tahtoivat jatkaa samaa tavalla. Kahdella tavoitteena oli pystyä juomaan silloin tällöin ”saunakaljat” ja he kokivat sen pääsääntöisesti jo nyt onnistuvan. Yhdellä tavoitteena oli yhden tai kahden viikon ”ryyppyputkien” jälkeen raitis elämä. Tällä hetkellä hän kertoi ryyppyputkien lyhenneen yhteen tai kahteen päivään. Haastatellut kokivat, että heitä oli kuntoutumisessa auttanut esimerkiksi se, että on saanut puhua vaikeista asioista ja omasta juomisestaan. Sen lisäksi esimerkiksi säännöllisesti otetut maksa-arvot tai A-klinikalla otettu valvottu Antabus -lääke on auttanut päihdeongelman hoidossa. Kaikki kokivat saavansa riittävästi tukea avopalveluista, eikä kukaan kokenut tarvetta esimerkiksi laitoshoidolle. Esimerkiksi Olkkari ja mielenterveystoimisto mainittiin avopuolen tukitoimiksi, joita osa haastateltavista oli käyttänyt tai käytti kuntoutumisen tukena.

Eniten tukea päihdeongelman hoidossa saatiin omilta lapsilta ja ystäviltä. Monien puheissa esiin nousivat lisäksi A-klinikan työntekijät. Haastateltavat mainitsivat hyviksi ominaisuuksiksi päihdetyöntekijälle muun muassa rauhallisuuden, sosiaalisuuden ja ymmärtävyyden. Hyvä päihdetyöntekijä kuuntelee ja tukee, mutta ei tuomitse, ja kysyy, jos ei ymmärrä. Samalla ”aaltopituudella” oleminen ja luottamus työntekijään nähtiin erittäin tärkeiksi asioiksi. Mikäli nämä avainasemassa olevat piirteet puuttuvat hoitosuhteesta, nähtiin se ennemmin haitallisena, kuin hyödyllisenä. Osa haastatelluista mainitsi, että olisi hyvä, jos työntekijällä olisi omaa kokemusta päihteistä.

8.3 Johtopäätökset

Päivystyksen toimivuus. Luin Helsingin Sanomien (5.4.2013) mielipidekirjoituksesta Salme Ahlströmin (tutkimusprofessori Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) ja Arja Ruisniemen (toiminnanjohtaja, VAK ry) tekstin, joka oli otsikoitu ”Tarpeet ja palvelut eivät kohtaa päihdetyössä”. Ahlströmin ja Ruisniemen (2013) mukaan päihdeasiakkaat hakeutuvat yhä useammin yleisen terveydenhuollon palveluiden piiriin. Kirjoituksen mukaan yksi tekijä, joka ajaa asiakkaita terveydenhuollon piiriin on se, että terveydenhuollossa ei kysytä maksusitoumuksia. Kirjoituksen luettuani aloin selvittää eri kaupunkien A-klinikkojen vastaanottokäytäntöjä ja näytti siltä,

että pääsääntöisesti A-klinikoilla on päivystysvastaanottokäytäntö, ja klinikoille saamennä päivystystyyppisesti aamupäivisin, ilman sen kummempaa ajanvarausta. Lisäksi päivystyksessä käynti on asiakkaalle maksutonta.

Omassa tutkimuksessani terveydenhuollon osuus päihdeongelman hoidon kannalta nousi kyllä esiin, mutta ei aivan samasta näkökulmasta, kuin mielipidekirjoituksessa. Itse pohdin sitä, että päihdeongelman voi olla helpompi hakeutua terveydenhuollon piiriin, kuin A-klinikalle. Tutkimuksessani mielestäni nousi melko voimakkaasti esiin ennakkoluulot ja epätietoisuus A-klinikkaa kohtaan ensimmäisten käyntikertojen yhteydessä. Mielestäni tässä korostuu terveydenhuollon henkilökunnan osaamisen tärkeys päihdeongelman tunnistamisessa, jotta asiakasta osataan ohjata eteenpäin nimenomaan päihdepalveluihin. Tietenkin moniammatillisuus on tärkeää, ja päihdeongelman hoitoa tapahtuu myös terveydenhuollon puolella. Tutkimuksessani haastateltavat toivat esiin sen, että lääkäripalveluita tarvittaisiin enemmän A-klinikalle esimerkiksi lääkehoidon kannalta. Ahlström ja Ruisniemi (2013) kirjoittivat tekstissään, että avopalveluissa vaille huomiota voivat helposti jäädä myös esimerkiksi unihäiriöt, liiallinen lääkkeidenkäyttö ja perussairauksien hoito. Kokonaisvaltainen hoitaminen on siis tärkeää.

Lomakekyselystä saatujen vastauksien perusteella voi todeta, että A-klinikan päivystysvastaanoton asiakkaat ovat tyytyväisiä palvelun saatavuuteen. Vastausten mukaan päivystykseen pääsi helposti ja nopeasti ja yhteyden A-klinikkaan sai hyvin. Vastaajat myös kokivat tulleetnsa kohdatuiksi ystävällisesti ja asiallisesti, ja heitä oli kuultu ja ymmärretty. Uskon hyvän palautteen johtuvan osaksi siitä, että A-klinikalla päihdeongelmaan osataan suhtautua avoimesti, eikä asiakasta heti kättelyssä tuomita. A-klinikan henkilökunta on myös tottunut puhumaan päihdeongelmasta, jolloin ajattelisin, että tilanne ei lähtökohtaisesti ole niin kiusallinen asiakkaalle.

Eniten mielipiteet jakaantuivat kysymyksen ”Tämä on minulle oikea hoitopaikka” kohdalla. Mielestäni se on loogista siitä syystä, että päivystyksessä asiakkaat voivat olla joko ensimmäistä kertaa tai sitten he ovat käyneet päivystyksessä muutamia kertoja. Päihdeongelman kuntouttaminen on pitkä prosessi, eikä muutaman vastaanottokäynnin perusteella luultavasti voi varmaksi sanoa, että ”tämä palvelu auttaa minut yli päihdeongelmastani”.

Osasin odottaa vastaajien keski-ikää sellaiseksi, kuin se tutkimuksessa osoittautui. Itse kuitenkin yllätyin hieman siitä, että naisten osuus vastaajien keskuudessa, niin lomakekyselyissä, kuin haastatteluissa, oli niin suuri suhteessa miehiin. Se saattaa kertoa jotain omasta ajatusmaailmastani tai siitä, että naiset nykypäivänä rohkevat tunnustaa ja hoitaa päihdeongelmaansa, tai siitä, että naiset vastaavat miehiä paremmin kyselyihin. Joka tapauksessa tämän tutkimuskysymyksen suhteen tulin siihen lopputulokseen, että A-klinikan päivystysvastaanotto vastaa nykyisellä mallillaan hyvin asiakkaiden tarpeisiin.

Kuntoutuksen vaikutus päihdeiden käyttöön ja työntekijän osuus kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Päihdeongelmiin liittyy aina psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä joko pysyvästi tai ajoittaisesti. Mielenterveys- ja päihdeongelmat altistavat syrjäytymiselle ja syrjäytyminen mielenterveys- ja päihdeongelmille. Tällaiset ongelmat vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn hyvin eri tavoin, joten arjesta selviytyminen on aina yksilöllistä. Tavallisimpia toimintakykyyn vaikuttavia ongelmia ovat aloittekyvyttömyys, pelot, heikentynyt keskittymiskyky, heikko itsearvostus sekä arkisten taitojen heikkous. (Kettunen ym. 2002, 121.)

Myös ympäristöllä ja ympäristön suhtautumisella on tärkeä merkitys kuntoutumisen kannalta. Asenteet päihdeongelmaista kohtaan ovat usein varsin negatiivisia ja torjuvia, mikä heijastuu koettuna häpeänä, huonommuutena ja syyllisyytenä. Kuntoutumisen kannalta tämä on tärkeä huomio sikäli, että ympäristöltä saatu palaute osaltaan rakentaa ihmisen identiteettiä ja roolia toimijana. (Kettunen ym. 2002, 121–122.) Ihmisen ja yhteiskunnan suhde konkretisoituu kuntoutuksessa, sillä ihminen ei kuntoudu tyhjiössä, vaan hahmottaa omia toimintamahdollisuuksia siinä ympäristössä, missä hän elää. Lähiverkoston merkitys korostuu läpi kuntoutuksen. (Järvikoski ym. 2011, 137.)

Tutkimukseni yksi tarkoitus oli selvittää kuntoutuksen vaikuttavuutta päihdeiden käyttöön ja työntekijän merkitystä kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Päätin käsitellä näitä kahta tutkimuskysymystä yhdessä johtopäätöksissäni, sillä haastateltujen puheista kävi ilmi se, että hoitojakson aikana päihdeidenkäyttö oli muuttunut lähes kaikilla ja työntekijän merkitys muutoksessa oli suuri.

Asiakasta arvostava työtapa ja niin sanotusti samalla aaltopituudella oleminen tuli esiin jokaisessa kohtaamisessa. Luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentuminen haastatellun ja työntekijän välille nousi kuntoutumisen perustaksi. Luottamusta tarvitaan silloin, kun ihminen ei voi olla luottavainen, eli ei tiedä mitä odottaa tai silloin, kun ihminen on tekemisissä itselleen tuntemattomien henkilöiden kanssa (Giddens 1990, 34).

Haastattelemini henkilöiden mukaan luottamuksellinen suhde työntekijään rakentui aidon ja intensiivisen kohtaamisen kokemuksista ja ennen kaikkea työntekijän taidoista kuunnella, jäsenellä, ohjata keskustelua ja poimia sieltä oleelliset asiat. Luottamuksellinen ilmapiiri mahdollistaa vaikeiden asioiden esille nostamisen ja pureutumisen ongelmien ytimeen. Haastatteluissa mielestäni korostui asenteellisten tekijöiden merkitys eli se, miten ihminen kokee tullessa nähdyksi ja kuulluksi hakiessaan apua. Muutama haastateltavista mainitsi olevan hyvä asia, jos työntekijällä olisi omaa kokemusta päihdeidenkäytöstä. Uskoisin tämän liittyvän juuri asiakasta ymmärtävään ja arvostavaan vuorovaikutukseen siten, että riippuvuudesta tietämätön henkilö ei ehkä ymmärrä tai arvosta asiakasta ihmisenä tarpeeksi.

Myönteiset kohtaamiset nousivat yhdeksi tekijäksi kuntoutukseen motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta. Vuorovaikutuksen merkitys korostui tekemisissäni haastatteluissa. Vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ilmenivät muun muassa siten, että työntekijä on aktiivinen keskustelija, tilaa antava kuuntelija ja aidosti kiinnostunut. Kun vuorovaikutus toimii ja luottamus on kunnossa, se sallii ihmisen heikkouden ja riippuvuuden myöntämiseen mahdollisuuden. Mielestäni haastatteluissa korostui enemmän työntekijän persoona ja hyvä työntekijän ja asiakkaan välinen suhde, kuin erilaiset työmenetelmät. Hyvän työntekijäsuhteen lisäksi merkittäviksi tekijöiksi kuntoutumisen kannalta nähtiin oma perhe ja työpaikan pysyvyys tai työpaikan saanti, sekä yhteistyö terveydenhuollon kanssa.

Johtopäätöksinä voidaan sanoa, että kuntoutuksen merkitys päihdeongelman hoidossa on tuoda uutta näkökulmaa tilanteeseen esimerkiksi löytämällä arjesta pieniä asioita, jotka synnyttävä onnistumisen kokemuksia. Näin ihmistä voidaan auttaa löytämään itsestään voimavaroja, jotka voimauttavat häntä ja auttavat kohti

tavoitetta. Työntekijä toimii kannustajana ja auttaa ihmistä näkemään itsensä merkittävänä ja arvokkaana, sekä auttaa asiakasta osalliseksi omaan elämäänsä.

9 POHDINTA

Päihdeongelmat, päihdepalvelut ja päihdekuntoutus nousivat mielenkiintoni kohteeksi vähitellen opintojen edetessä, ja toisen vuoden sektoriopintojen jälkeen minulle oli selvää, että halusin tehdä opinnäytetyöni kyseiseen sektoriin liittyen. Tein sektoriopintoihin liittyvän harjoittelun Seinäjoen A-klinikalla, josta sain myös opinnäytetyötäni varten mahtavan yhteistyökumppanin. Pikkuhiljaa työni aihe alkoi tärkeitä ja rajautua.

Sosiaalityössä ja sosiaalialan koulutuksessa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakaslähtöisiä toimintatapoja, joten halusin tehdä opinnäytetyöni tästä näkökulmasta. Mielestäni paras tapa tutkia asiakaslähtöisyyttä ja sitä, onko toiminnalla vaikuttavuutta, on kysyä aiheesta asiakkailta itseltään. Näin voi saada tietoa siitä, onko palvelu edesauttanut pääsemään kohti toivottua lopputulosta, ja onko sen avulla saavutettu niitä asioita, joita tavoiteltiin.

Seinäjoen A-klinikalta saadun idean ja ajatuksen perusteella lähdin muodostamaan pohjaa opinnäytetyölle. Työn lähtökohtana oli saada asiakkaan ääntä kuuluville, ja ensin tarkoitukseni oli käyttää tähän tarkoitukseen lomakekyselyä. Päädyin lomakekyselyyn siitä syystä, että siten mielipiteitä voisi saada mahdollisimman monelta. Lomakekysely toteutettiin joulukuussa 2012. Myöhemmin kuitenkin tulin siihen ajatukseen, että kyselylomakkeiden lisäksi haluan haastatella asiakkaita saadakseni aiheesta vielä syvällisempää tietoa. Teoriaosuuden työstämisen aloitin tammikuusta 2013. Samalla hain myös luvan tutkimukselleni. Teorian runko muotoutui lopulta mielestäni aika helposti, ja opinnäytetyön ohjaajalta sain sen tekoon paljon vinkkejä ja apua. Aineistoa työn teoriaosuuteen oli mielestäni saatavilla melko hyvin.

Haastattelurungon teemat löytyivät helposti sen jälkeen, kun sain tutkimuskysymykset tarkennettua. Teemoissa perehdyttiin asiakkaan taustatietoihin, mielipiteisiin päivystyksen toimivuudesta, kuntoutuksen merkitykseen päihdeongelman hoidossa ja työntekijän merkitykseen kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Haastateltavat asiakkaat löytyivät A-klinikan sosiaaliterapeuttien avustuksella. Haastateltavat olivat tulleet palvelun piiriin päivystyksen kautta, joten heillä oli kokemusta niin päivystyksestä, kuin terapeuttisestakin työstä. Haastattelut toteutin keväällä 2013.

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdin paljon moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä. Päihdeongelmaisen ihmisen arkeen saattaa usein kietoutua monia ongelmia, joiden seuraukset ulottuvat niin fyysiselle, psyykkiselle, kuin sosiaalisellekin puolelle. Moniammatillinen yhteistyö päihdeongelman hoidossa ja päihdeongelmaisen ihmisen kuntoutuksessa olisi erittäin tärkeää, jotta ihmistä voitaisiin auttaa kokonaisvaltaisesti. Se mahdollistaisi voimien keskittämisen kuntoutumiseen. Hoitotyön henkilöstön vahvuutena on hoitotyön tuntemus, tietämys lääkkeistä ja oikeus toteuttaa lääkehoitoa. Sosiaalialan ammattilaiset puolestaan ovat sosiaalisen asiantuntijoita, ja tarjoavat lääkehoidon rinnalle tavoitteellista sosiaalista työtä, sekä voimaannuttamista ja osallistamista eri menetelmin. Molempien ammattikuntien työtä ohjaa eettisyys ja ajatus siitä, että ihminen on aina arvokas.

Sosionomin (AMK) yksi keskeisimmistä tehtävistä on edistää yksilöiden ja yhteisöjen toimintakykyä ja sosiaalista selviytymistä, sekä tukea ja ylläpitää elämän merkityksellisyyttä voimavaroja vahvistamalla ja sosiaalista osallisuutta tukemalla sekä vaikuttamalla palvelujärjestelmiin ja yhteiskuntaan (Eesitys sosionomi (AMK) – tutkinnon kompetensseista, [Viitattu 24.4.2013]). Sosiaalialan ammattilaisen työ pohjautuu ammattieettisiin ohjeisiin, jotka korostavat velvollisuutta asettua yhteiskunnalliselta asemaltaan heikkojen puolelle tukemalla heitä vaikeissa elämäntilanteissaan. Asiakkaan omien voimavarojen etsiminen on työn ydin, asiakkaan tilanteesta riippumatta. Sosiaalialan ammattilaisen yhteiskuntapoliittisena tehtävänä on puolustaa vähän arvostettujen ja vaiennettujen kansalaisten etuja ja tuoda päättäjien tietoon tietoa heidän elämäntilanteistaan. Ammattietiikka toteutuu jokapäiväisessä työssä, arjen valinnoissa. (Ammattietiikka, [Viitattu 24.4.2013].)

Sosionomi voi päihdetyössä työskennellä erilaisissa tehtävissä, esimerkiksi kuntien ja kaupunkien päihdehoitoyksiköissä, hoitolaitoksissa, katkaisuhoidossa tai päiväkeskuksissa. Eettinen osaaminen ja asiakastyön taitaminen ovat mielestäni tärkeässä asemassa päihdepalveluissa työskenneltäessä. Asiakkaan tasa-arvoinen kohtaaminen ja usko muutokseen ovat lähtökohtana kaikkien asiakkaiden kohtaamisessa.

LÄHTEET

- Ahlström, S. & Ruisniemi, A. 2013. Tarpeet ja palvelut eivät kohtaa päihdetyössä. Helsingin Sanomat 5.4.2013, C 11.
- Aho, P. 1999. Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Helsinki: WSOY.
- A-klinikka. Ei julkaisuaikaa. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 17.3.2013]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/paihdepalvelut/a-klinikka.html>
- A-klinikkasäätiö. 2008. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 17.3.2013]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>
- Alkoholi. 2011. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. [Viitattu 1.1.2013]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>
- Alkoholinkäytön riskit. 2011. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. [Viitattu 21.4.2013]. Saatavana: http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit_lisatieto.htm
- Alkoholiongelman hoito. 2011. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 3.4.2013]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50028>
- Ammattietiikka. [Verkkosivu]. Talentia. [Viitattu 24.4.2013]. Saatavana: <http://www.talentia.fi/tyoelamassa/ammattietiikka>
- Asiakkaana A-klinikkatoimessa. 2009. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 17.3.2013]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/asiakkaana-a-klinikkatoimessa>
- Berg, I. & Miller, S. 1992. Working with the problem drinker: A Solution Focused Approach. New York: W.W. Norton.
- Giddens, A. 1990. Consequences of modernity. Stanford: Stanford University Press.
- Ehrling, L. 2009. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapauksissa. Teoksessa: Tammi, T, Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita. 145–170.
- Esitys sosionomi (AMK) –tutkinnon kompetensseista. 2010. [Verkkajulkaisu]. Sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto. [Viitattu 24.4.2013]. Saatavana: <http://intra.epedu.fi/loader.aspx?id=a938e780-8e09-4547-9b17-b03a08cad9b4>

- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2010. Mieli ja terveys. 1.–3. p. Helsinki: Edita.
- Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa: Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille: sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 27–48.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hoitopalvelut. 2009. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 17.3.2013]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut>
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holopainen, A. 2005. 234 Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. [Viitattu 20.4.2013]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/234-alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>
- Holopainen, A. 2011. 113 Päihteiden sekakäyttö [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. [Viitattu 14.1.2013]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/113-monipaihteisyys>
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeiden väärinkäyttö [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 21.4.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00017
- Huumeet. 2013. [Verkkosivu]. Sano huumeille ei. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana: <http://www.sanohuumeillei.net/fi/huumeet.html>
- Huumeongelmaisen hoito. 2012. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 3.4.2013]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>
- Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. 2011. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

- Kananen, J. 2008. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketalous.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Katkaisuhoitoasema. Ei julkaisuaikaa. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 21.4.2013]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/paihdepalvelut/selviamis-ja_katkaisuhoitoasema.html
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Korvaushoitoklinikka. Ei julkaisuaikaa. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 21.4.2013]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/paihdepalvelut/korvaushoitoklinikka.html>
- Koski-Jännes, A. 2009. 411 Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö, päihdelinkki. [Viitattu 20.4.13]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/411-aine-ja-toiminnalliset-riippuvuudet>
- Koski-Jännes, A. 2008. [Verkkosivu]. Motivoiva haastattelu. [Viitattu 22.3.2013]. Saatavana: http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf
- Koukkari, S. <xxx.xxx@xxx.fi> 18.3.2013. Kysymyksiä päivystyksen vanhasta aukiolosta. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: Riina Rauhala [Viitattu 3.4.2013].
- Kujala, V. & Hiltunen, T. 2007. Minä kasvan: Teemoja naisen kasvuun ja riippuvuuksista toipumiseen. Keuruu: Otava.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto, K. 2009. Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa: Tammi., T, Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita. 32–44.
- L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki.
- L 30.5.2008/373 Huumausainelaki.
- Lappalainen-Lehto, M., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

- Mäkelä, P. & Härkönen, J. 2010. Miten juominen muuttuu iän myötä?. Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H., & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 115–127.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Huhtanen, P. 2010. Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H., & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 39–54.
- Päihdetilastollinen vuosikirja. 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011: Alkoholit ja huumeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Päihteet. 2013. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 20.4.2013]. Saatavana: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/paihteet>
- Ruusuvuori, J., Tiittula, L. 2005. Johdanto. Teoksessa: Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 1–17.
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Seinäjoen A-klinikka tiedottaa. 2012. Esite.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Tacke, U. & Tuomisto, J. 2007. Riippuvuus ja väärinkäyttö. Teoksessa: Koulu, M. & Tuomisto, J. (toim.) Farmakologia ja toksikologia. Kuopio: Medicina, 413–434.
- Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 62/2011.
- Terveysneuvontapisteet. 2009. [Verkkosivu]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 21.4.2013]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/yhteystiedot/terveysneuvontapisteet>
- Tiensuu, A. 2006. Bentsodiatsepiinit – vaikutukset – vieroitus: Tietoa ja ohjeita ongelmakäyttäjille, vieroitusta toivoville ja heitä tukeville. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Tikkanen, T. 1998. Psykoterapiaopas: Monta tietä itsetuntemukseen ja iloon. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Saarijärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vanhala, T. 2005. Kyselylomakkeet käytettävyytutkimuksessa.[Verkkosivu]. Tampere: Tampereen yliopisto. [Viitattu 3.4.2013]. Saatavana: <http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/2-Vanhala.pdf>

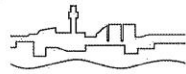
Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uud. p. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

West, R. & Hardy, A. 2005. Theory of Addiction. London: Blackwell Publishing.

LIITTEET

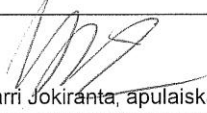
LIITE 1 1. Tutkimuslupa



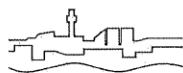
SEINÄJOKI

PÄÄTÖS / apulaiskaupunginjohtaja

Päivämäärä 30.10.2012 Pykälä 142/2012
SOTE 50/2012

Asia	Tutkimuslupa / Rauhala Riina	
	<p>Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosionomi (AMK) -opiskelija Riina Rauhala anoo tutkimuslupaa opinnäytetyötään varten.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää A-klinikan asiakkaiden kokemuksia A-klinikan päivystysvastaanotolta saadun avun nopeudesta ja oikea-aikaisuudesta, palveluohjauksen onnistumisesta sekä asiakkaan toiveiden ja tarpeiden kohtaamisesta. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa myös siitä, mikä vaikutus edellä mainittuihin asioihin on, kun päivystysvastaanotto on auki nyt neljänä päivänä viikossa aikaisemman yhden päivän sijaan.</p> <p>Tutkimus on tarkoitus toteuttaa lomakekyselyllä, johon asiakkaat vastaavat nimettömästi asioinnin yhteydessä.</p>	
Päätös	<p>Päätän myöntää tutkimusluvan edellyttäen, että</p> <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaiden tutkimukseen osallistuminen on ehdottoman vapaaehtoista - haastatteluissa ja havainnoinneissa saatujen tietojen osalta noudatetaan salassapitovelvollisuutta - tutkimuksessa yksittäiset henkilöt eivät saa ole tunnistettavissa - painettu ja sähköinen kappale tutkimuksesta luovutetaan maksutta sosiaali- ja terveyskeskukselle. 	
Allekirjoitus	 Harri Jokiranta, apulaiskaupunginjohtaja, p. 06 416 6432, harri.jokiranta@seinajoki.fi	
Oikaisu-vaatimusohje	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen osoitteella: Sosiaali- ja terveyslautakunta, Kirkkokatu 6, PL 215, 60101 Seinäjoki, neljentoista (14) päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.	
Julkisesti nähtävänä	Sosiaali- ja terveyskeskus 1.11.2012	
Tiedoksianto	Kenelle Riina Rauhala	Päivämäärä 30.10.2012
	Miten <input type="checkbox"/> Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan <input type="checkbox"/> Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä <input type="checkbox"/> Lähetetty sisäisessä postissa <input type="checkbox"/> Luovutettu <input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty sähköpostissa	
	Vastaanottajan allekirjoitus  Jaana Kitinoja, johdon sihteeri, p. 06 416 2152	


LIITE 2. Tutkimuslupa



SEINÄJOKI

PÄÄTÖS / apulaiskaupunginjohtaja

Päivämäärä 29.11.2012 Pykälä 155/2012
SOTE 50/2012

Asia	Tutkimusluvan täydennys / Rauhala Riina Sosionomi (AMK) opiskelija Riina Rauhalalle on myönnetty tutkimuslupa (Jokiranta § 142/2012). Rauhalan tutkimuksen tavoitteena on selvittää sitä, kuinka asiakkaat kokevat päivystysvastaanoton vastaavan tarpeisiin nyt, kun se on auki neljänä päivänä viikossa aikaisemman yhden päivän sijaan. Lisäksi tutkimuksella on tarkoitus selvittää asiakkaiden kokemuksia avun saannin nopeudesta ja oikea-aikaisuudesta, palveluohjauksen onnistumisesta, sekä asiakkaan toiveiden ja tarpeiden kohtamisesta. Tarkoitus on käyttää tutkimusmenetelmänä kyselytutkimusta. Rauhala on täydentänyt tutkimushakemustaan 27.11.2012 siten, että hän haluaisi haastatella noin viittä henkilöä, jotka ovat siirtyneet päivystysvastaanoton kautta pidempään hoitosuhteeseen sosiaaliterapeuteille. Haastattelussa tavoitteena on saada syvällisempiä ajatuksia samoista teemoista, joita lomakekyselyllä selvitetään suuremmalta joukolta.		
Päätös	Myönnetään tutkimusluvan asiategistissä mainittujen haastattelujen tekemiseen edellyttäen, että <ul style="list-style-type: none"> • asiakkaiden tutkimukseen osallistuminen on ehdottoman vapaaehtoista • haastatteluissa ja havainnoinneissa saatujen tietojen osalta noudatetaan salassapitovelvollisuutta • tutkimuksessa yksittäiset henkilöt eivät saa ole tunnistettavissa • painettu ja sähköinen kappale tutkimuksesta luovutetaan maksutta sosiaali- ja terveyskeskukselle. 		
Allekirjoitus	 Harri Jokiranta, apulaiskaupunginjohtaja, p. 06 416 6432, harri.jokiranta@seinajoki.fi		
Oikaisu-vaatimusohje	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen osoitteella: Sosiaali- ja terveyslautakunta, Kirkkokatu 6, PL 215, 60101 Seinäjoki, neljäntoista (14) päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.		
Julkisesti nähtävänä	Sosiaali- ja terveyskeskus 30.11.2012		
Tiedoksianto	Kenelle	Päivämäärä	
	Riina Rauhala	29.11.2012	
	Miten		
	<input type="checkbox"/> Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan	<input type="checkbox"/> Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä	<input type="checkbox"/> Lähetetty sisäisessä postissa
	<input type="checkbox"/> Luovutettu	Vastaanottajan allekirjoitus	
	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty sähköpostissa		
	 Jaana Kitinoja, johdon sihteeri, p. 06 416 2152		

LIITE 3 Lomakekyselyn pohja

KYSELY SEINÄJOEN A-KLINIKAN PÄIVYSTYSVASTAANOTON ASIAKKAILLE

TAUSTATIETOA

1. Olen iältäni ___-vuotias ___nainen ___mies

2. Hoitoon tulon syy

___ alkoholin käyttö ___ lääkkeiden käyttö ___ huumeiden käyttö
 ___ sekakäyttö ___ peliriippuvuus ___ muu, mikä? _____

3. Olen asioinut A-klinikalla

- a) tämä on ensimmäinen kerta
- b) alle viisi kertaa
- c) yli viisi kertaa

4. a) Onko sinulla ollut aikaisempia hoitajaksoja A-klinikalla

___ kyllä ___ ei

b) Jos on, onko mielestäsi palvelun saatavuus parantunut verrattuna aikaisempaan hoitajaksoon? ___ kyllä on ___ ei ole ___ en osaa sanoa

5. Kenen ohjaamana olet tullut A-klinikan päivystykseen

- a) tulini omasta tahdosta
- b) tulini läheisteni suosituksesta
- c) poliisiin
- d) työpaikkani
- e) sosiaalitoimen / lastensuojelun
- f) terveydenhuollon (esim. terveyskeskus, sairaala, mielenterveyskeskus)
- g) jotakin muuta kautta, mitä? _____

6. Onko sinulla hoitosuhde psykiatriseen hoitoon?

___ kyllä ___ ei ___ ei tällä hetkellä, mutta aikaisemmin on ollut

7. Oletko itse huolestunut omasta päihteidenkäytöstäsi?

- a) en ole
- b) melko vähän
- c) melko paljon
- d) paljon

PÄIVYSTYKSEN TOIMIVUUS

8. Valitse ja ympyröi vaihtoehto, joka vastaa tämän hetkistä mielipidettäsi

0= En osaa sanoa

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Jokseenkin samaa mieltä

4 = Täysin samaa mieltä

Pääsin helposti ja nopeasti vastaanotolle	0	1	2	3	4
Sain hyvin yhteyden A-klinikkaan	0	1	2	3	4
Sain ystävällistä ja asiallista palvelua	0	1	2	3	4
Koin tullessi kuulluksi	0	1	2	3	4
Asiani tuli ymmärretyksi	0	1	2	3	4
Minulle kerrottiin eri hoitovaihtoehtoista	0	1	2	3	4
Uskon saamastani palvelusta olevan hyötyä	0	1	2	3	4
Tämä on minulle oikea hoitopaikka	0	1	2	3	4

9. Oletko A-klinikan päivystyksessä mielestäsi

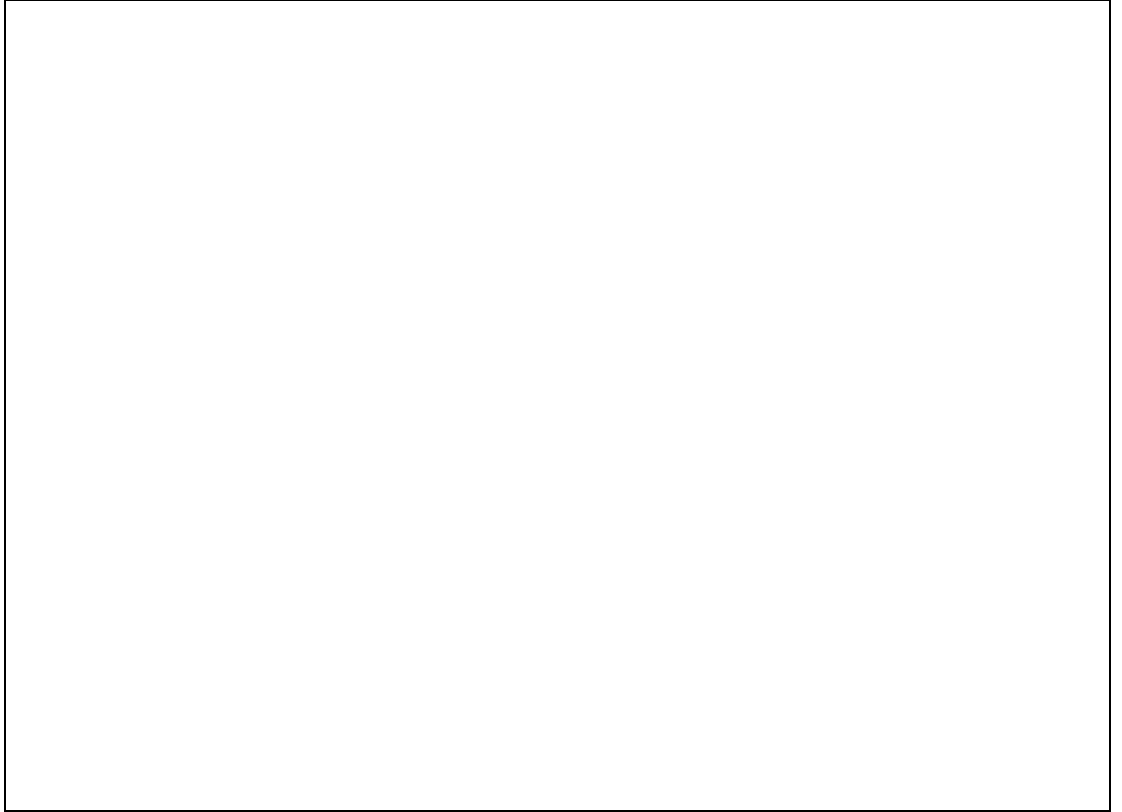
- a) juuri oikeaan aikaan
- b) olisi pitänyt tulla aikaisemmin
- c) Ihan turhaan

10. a) Jos et saanut apua täältä, ohjattiinko sinua eteenpäin? ___ kyllä ___ ei
b) Jos ohjattiin, niin mihin? _____

11. Olisitko kaivannut enemmän ohjausta?

___ En ___ Kyllä, millaista? _____

12. Palautetta A-klinikalle / henkilökunnalle



Kiitos, että vastasit 😊

LIITE 4 Haastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. HOITOON TULO PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLE JA HOITAJAKSOT A-KLINIKALLA

- Mikä on hoitoon tulosi syy
- Kenen ohjaamana tulit päivystysvastaanotolle
- Kuinka kauan meneillään oleva hoitajakso on kestänyt
- Onko sinulla aiempia hoitajaksoja A-klinikalla tai muissa päihdepalveluissa (jos on, niin missä ja milloin?)
- Jos sinulla on ollut aiempia hoitajaksoja, koetko että niistä on hyötyä nykyisellä hoitajaksolla

2. MITEN A-KLINIKAN PÄIVYSTYS VASTAA TARPEISIIN

- Miten nopeasti ja helposti pääsit A-klinikan päivystykseen
- Mitkä tekijät helpottivat tai vaikeuttivat päivystykseen tuloa
- Minkälaista apua, palvelua ja ohjausta sait päivystyksestä
- Olisitko kaivannut jotain muuta/lisää. Jos olisit, mitä?
- Mikä on mielestäsi maksimiaika odottaa päivystykseen pääsyä?

3. MILLAINEN VAIKUTUS PALVELULLA/HOIDOLLA ON PÄIHTEIDEN KÄYTTÖÖSI

- Milloin päihteiden käytöstä seurasi ensimmäisen kerran ongelmia
- Kuvaile tämän hetkistä suhdettasi päihteiden käyttöön /käyttämääsi päih-teeseen
- Millaisia tavoitteita sinulla on päihteiden käyttösi suhteen
- Onko päihteiden käyttösi muuttunut hoidon aikana? Jos on, niin miten?
- Koetko avopalveluista saadun tuen riittäväksi?
- Keneltä/mistä olet saanut eniten tukea. (Perustelee)
- Millainen on hyvä päihdetyöntekijä
- Millainen vaikutus työntekijällä on hoidon onnistumiseen
- Mainitse kolme tekijää, joiden vuoksi hoitosuhde jatkuu/on jatkunut
- Miten näet tulevaisuutesi

Mitä muuta haluat tästä aiheesta sanoa?