



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä

Lokkila, Päivi Memarisara, Shawbo

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä

Lokkila Päivi Memarisara Shawbo
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2013

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Teoreettinen tausta.....	8
2.1	Syrjäytyminen.....	8
2.1.1	Syrjäytymisen käsitteen juuret.....	8
2.1.2	Syrjäytymisen tarkastelu.....	9
2.1.3	Syrjäytymiskehityksen prosessi.....	10
2.1.4	Syrjäytymisen riskitekijät ja ehkäisy.....	11
2.1.5	Päihteidenkäyttäjien työllistyminen.....	13
2.2	Päihteet ja päihteiden käyttö.....	14
2.2.1	Alkoholi.....	14
2.2.2	Huumeet.....	15
2.2.3	Lääkkeet.....	15
2.2.4	Paihdekäytön riskitekijät ja ehkäisy.....	16
2.2.5	Paihdekäytön yhteys mielenterveyteen.....	17
2.2.6	Paihdekäytön vaikutus sosiaaliseen elämään.....	17
2.3	Päihdepalvelujärjestelmä- ja lainsäädäntö.....	18
2.3.1	Suomen päihdepalvelujärjestelmän taustaa.....	18
2.3.2	Potilaan hoitoa koskevia lakeja ja päihdehuoltolain sekä mielenterveyslain keskeiset periaatteet.....	20
2.3.3	Vuoden 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.....	22
2.4	Lohjan alueen päihdepalvelut.....	24
2.5	Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät.....	26
2.6	Kuntien päihdepalvelujen väliset erot.....	29
2.7	Aiheeseen liittyvät tutkimukset.....	30
3	Tutkimustehtävät.....	36
4	Tutkimuksen toteutus.....	36
4.1	Aineiston keruun toteutuskohde.....	37
4.2	Aineiston analyysi.....	37
5	Tulokset.....	39
5.1	Syrjäytyminen.....	39
5.1.1	Syrjäytymisen määrittely.....	39
5.1.2	Syrjäytyneet ihmiset.....	39
5.1.3	Syrjäytymisen alkaminen ja riskitekijät.....	40
5.1.4	Syrjäytymisen ehkäisykeinot.....	41
5.1.5	Päihdekuntoutujien työhön paluun mahdollisuudet ja sen tukeminen.....	42
5.2	Päihteet.....	44
5.2.1	Päihteiden käytön riskitekijät ja käytetyimmät päihteet.....	44

5.2.2	Päihteiden käytön ja mielenterveyden yhteys, yleisimmät päihteidenkäyttäjien mielenterveyshäiriöt.....	45
5.2.3	Päihteiden käytön vaikutus sosiaaliseen elämään.....	46
5.3	Päihdepalvelujärjestelmä.....	46
5.3.1	Päihdepalvelujärjestelmän ja eri tahojen välisen yhteistyön toimivuus	46
5.3.2	Päihde- ja mielenterveyshuoltolain keskeisten periaatteiden ja vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteutuminen päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa	48
5.3.3	Lohjan kaupungin päihdepalvelujärjestelmä ja sen erot lähikuntien päihdepalvelusta	49
5.3.4	Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät.....	50
5.3.5	Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämisen keinot	51
6	Pohdinta	52
6.1	Eettisyys	52
6.2	Luotettavuus	53
6.3	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimukset.....	54
	Lähteet	60
	Kuviot	66
	Liitteet.....	67

Lokkila Päivi ja Memarisara Shawbo

Päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä

Vuosi 2013 Sivumäärä 60

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä heidän työssään. Lisäksi tutkimuksen avulla tuotiin esille, miten eri kuntien tarjoamat päihdehuollon palvelut eroavat toisistaan vertaamalla Lohjan päihdepalveluja sen lähikuntien päihdepalveluihin ja kuinka päihteidenkäyttäjien syrjäytyminen esiintyy niissä. Tavoitteena oli selvittää päihteidenkäyttäjien syrjäytymistä yhteiskunnassa ja kuntien järjestämien päihdepalvelujen eroavaisuuksia.

Opinnäytetyö liittyi ylimaakunnalliseen Pumppu-hankkeeseen, jonka tavoitteena on löytää keinoja, joilla voidaan tukea hyvinvointipolun etenemistä. Hankkeen osatoteuttajina toimivat Laurea-ammattikorkeakoulu, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Hämeenlinnan kaupunki, Turun ammattikorkeakoulu sekä Turun yliopisto.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineistoa varten haastateltiin Läntisellä-Uudellamaalla sijaitsevan erään yksityisen päihdehuollon laitoksen päihdetyöntekijöitä, jotka olivat ammatiltaan pääosin sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Haastattelut toteutettiin yksilö- ja parihaastatteluna vuoden 2012 lokakuun ja vuoden 2013 tammikuun välisenä aikana. Haastattelumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastatteluaineisto analysoitiin teemoittain sisällönanalyysin avulla.

Tulokset osoittivat päihteidenkäyttäjien kuuluvan syrjäytyneiden ihmisten ryhmään, koska päihteiden käytön seurauksena ihmissuhteet supistuvat ja ihminen jää helposti pois yhteiskunnan toiminnoista. Syrjäytymisen ja päihteiden käytön riskitekijät olivat samanlaisia, jotka sijoittuivat elämänkaaren eri vaiheisiin. Syrjäytymisen ehkäisykeinoina pidettiin varhaista puuttumista lapsuusiän ongelmiin, nuorisokahviloiden järjestämistä, ennakoivaa päihdetyötä, matalakynnyksisten päihdepalveluiden järjestämistä, koulutus- ja työpaikkojen lisäämistä.

Haastateltavat näkivät, että isoissa kunnissa päihdepalveluja oli järjestetty enemmän ja monipuolisemmin kuin pienissä kunnissa. Lohjan kaupungin järjestämiä päihdepalveluja pidettiin suppeina sen ja siihen kuuluvien lähikuntien asukasluhuihin nähden. Lohjan päihdepalveluista koettiin puuttuvan omakatkaisuhoitoasema ja kolmannen sektorin palvelut, minkä vuoksi Lohjalle kaivattiin lisää päihdepalveluja. Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttivat seuraavat tekijät: kunnan budjetti, kunnan taloudellinen tilanne, rahankäyttötapa, henkilökunnan ohjausvalmiudet, asenne, potilaan oma motivaatio hakeutua hoitoon, pitkät jonot päihdepalveluihin, asiakkaan päihdehistoria ja perhetausta.

Tämän opinnäytetyön tulokset vastasivat aikaisemmin tämän työn aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja teoriatietoja. Haastateltavien näkemysten perusteella voitiin sanoa, että Lohjan kaupungin tulisi järjestää lisää päihdepalveluja. Jatkossa tämän opinnäytetyön aihetta voisi kehittää selvittämällä muiden kuntien päihdepalveluja ja niiden välisiä eroavaisuuksia.

Asiasanat: syrjäytyminen, päihteet, päihdepalvelut, mielenterveys.

Päivi Lökkilä and Memarisara Shawbo

Drug counsellors' perception of substance abusers social exclusion

Year	2013	Pages	60
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to survey drug counsellors' perception of substance abusers social exclusion in their own work. It was also pointed out how different municipalities' substance abuse counselling services differ from each other. The municipality of Lohja substance abuse counselling services was compared to other municipalities nearby and also how the substance abusers exclusion occurs in them. The objective was to clarify substance abusers social exclusion in the society and the difference of the services offered in different municipalities.

This thesis is associated with interregional Pumpu project which aims to find ways to support the path of welfare. Laurea University of Applied Sciences, Southeast Finland's Social sector area Centre Oy Socom, the city of Hämeenlinna, Turku University of Applied sciences and University of Turku carry out this project. A qualitative method was used in the thesis. The data was collected from substance workers at one private substance rehabilitation in Länsi-Uusimaa. Interviewers were mainly nurses and practical nurses. The interviews were carried out between October to January and they were carried out as single and pair interviews. Theme interviews were chosen as the interview method. The interview results were analyzed by themes by content analysis.

The results showed that the substance abusers belonged to a group of people who were socially excluded due to substance abuse which diminishes relationships and the persons exclude themselves from the activities of the society. The social exclusion and risk factors for substance abuse were the same, which are situated in different times within one's life cycle. Methods to prevent substance abusers social exclusion from society were to intervene in early childhood problems, to organize cafes for young people, to have proactive substance abuse services, to organize services easy to access and to add study and work opportunities.

The interviewees saw that in the bigger municipalities there were more organized substance abuse counseling services than in the smaller municipalities. The Lohja Municipality organized substance abuse counselling services which were considered limited compared to its population and to the population of the nearby municipalities. In Lohja it was experienced that substance abuse counselling services were missing a recovery house and third sector services that caused wishes for more substance abuse counseling services. In order to get into rehabilitation depended on the following factors: the municipality's budget, the financial situation of the municipality, the way of using money, the staffs professional way of handling workers, the staffs attitude, the patient's own motivation to have treatment, long queues to substance abuse counseling services, the substance abusers intoxicant use history and the background of the family.

The results of this thesis are similar to other studies which were carried out earlier and related to the same subject and theory. On the basis of the views of the interviewees, it can be said that the municipality of Lohja should arrange more substance abuse counseling services. In the future the subject of this thesis could be developed by studying other Municipalities substance abuse services and how the services differ from each other.

Key words: social exclusion, intoxicants, substance abuse services, mental health

1 Johdanto

Päihteidenkäyttäjillä ja päihderiippuvaisilla on suuri riski syrjäytymiseen (Holmberg 2010, 15). Päihteiden käyttö vähentää sosiaalisia suhteita vaikeuttamalla yksilön ja ryhmien osallisuutta ja osallisuuden kokemuksia, mikä johtuu osalta erilaisuuden hyväksymättömyydestä nyky-yhteiskunnassa. Päihteidenkäyttäjät kokevat yleensä yhteiskuntaan ja yhteisöihin kuulumattomuutta ja heidän sosiaaliset verkostot ovat supistuneet. (Särkelä 2009.)

Päihdehuollon palveluilla ehkäistään ja vähennetään päihteiden käyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Lisäksi niiden avulla edistetään päihteidenkäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuollon palveluja tulee järjestää kehittämällä sosiaali- ja terveyshuollonpalveluja, jotta niiden avulla pystyttäisiin riittävästi hoitamaan päihteidenkäyttäjiä. Päihdehuoltolaki (41/1986) on sama kaikille kansalaisille, siitä huolimatta eri kuntien järjestämät päihdepalvelut eroavat toisistaan eikä tälle ole yhteistä selittävää syytä. (Lappalainen, Romu & Taskinen 2007, 129-130.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä. Työn tarkoituksena oli kartoittaa päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä heidän työssään. Lisäksi on selvitetty, miten eri kuntien tarjoamat päihdehuollonpalvelut eroavat toisistaan vertaamalla Lohjan kaupungin järjestämät päihdepalvelut sen lähikuntien päihdepalveluihin ja kuinka päihteidenkäyttäjien syrjäytyminen esiintyy niissä. Tavoitteena oli saada selville päihteidenkäyttäjien syrjäytymistä yhteiskunnassa ja kuntien päihdepalveluiden eroavaisuuksia.

Tämä opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta 5/2011- 2/2014, joka on kansalaislähtöinen, saumaton hyvinvointipolku. Sen tarkoituksena on kehittää erilaisiin elämäntilanteisiin ja sairauksiin soveltavia palveluja kansalaisten näkökulmasta mielekkääksi kokonaisuudeksi. Lisäksi hyvinvointipolun ajatus soveltuu muihin elämänalueisiin, kuten työpaikan löytämiseen tai ammattiin valmistumiseen. (Pumppu-Hanke 2012.) Hyvinvointipalveluja kehitetään eri puolilla Suomea. Laurea-ammattikorkeakoulu on myös mukana Pumppu-hankkeessa, jonka tavoitteena on löytää keinoja, joilla tuetaan hyvinvointipolun etenemistä. Laurean osahanketta toteutetaan Länsi-Uudenmaan alueella. Hyvinvointipolun käsitteellä kuvataan kokonaisuutta, joka perustuu sairauksien ennaltaehkäisyyn, sairastumisvaiheeseen ja kuntoutukseen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn. (Laurea Lohja 2012; Pumppu-hanke 2012.)

Opinnäytetyöksemme valittiin tämän aiheen, koska oli mielenkiintoista tietää, miten yksityisen päihdepalveluntuottajan työntekijät ajattelevat päihdekäyttäjien syrjäytymisestä ja kuntien järjestämistä päihdepalveluista.

2 Teoreettinen tausta

Tässä opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat syrjäytyminen, päihteet, päihdepalvelut ja mielenterveys, jotka kaikki liittyvät olennaisesti tämän opinnäytetyön aiheeseen. Käsitteisiin tutustuttiin teoreettisen tiedon kautta. Teoreettisia ja tutkittuja tietoja on haettu pääosin Laurean tietokannasta, Medicistä, Finlexin, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja sairaanhoitajaliiton sekä valtioneuvoston sivuilta. Tutkittaessa päihteidenkäyttäjien syrjäytymistä on tärkeä ymmärtää syrjäytymisen käsitettä, joten syrjäytymisen käsitettä on tarkasteltu opinnäytetyön teoriaosan alussa. Teoriaosaan on etsitty tutkittavan aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia, joihin vertaillaan tutkimustuloksiamme.

2.1 Syrjäytyminen

Suomessa syrjäytyminen ymmärretään sosiaalisesti huono-osaisuudeksi, joka on spatiaalinen käsite (Helne 2002, 156). Helne ja Karisto (1992, 518) viittaavat syrjäytymisen käsitteellä erilaisiin hyvinvoinnin ongelmiin ja sosiaalisista yhteisöistä karsiutumisen muotoihin. Käsitteen yhteydessä on huomioitu työttömiä, köyhiä, päihteidenkäyttäjiä, mielenterveysongelmaisia ja asunnottomia. (Lämsä 2009, 28-29.)

Granfeldin mukaan ”syrjäytymisellä tarkoitetaan sivuun joutumista sosiaalisista suhteista, vaikuttamisesta ja vallan käytöstä, mahdollisuuden osallistua työhön, kulutukseen ja yhteisölliseen toimintaan”. Syrjäytyminen sana on tulkittu kielteisenä, mihin voi joutua yksilönä tai ryhmänä. Ihminen syrjäytyy, kun hänen mielipiteisiinsä ei oteta kantaa tai hänen kansalaisuuttaan ja osallisuuttaan kyseenalaistetaan. (Vuokila-Oikkonen 2010, 11.)

Monet tutkijat pitävät syrjäytymistä prosessina ja siihen liittyvät kasautuvat huono-osaisuudet (Juhila 2006, 52- 54). Yksilönäkökulmasta syrjäytymiselle on ominaista moniongelmaisuus, joka on epäonnistuneisuus koulussa, perheessä, sosiaalisissa suhteissa ja työmarkkinoilla. Syrjäytymisen prosessin eri vaiheet seuraavat toisiaan ja muodostavat eräänlaisen noidankehän. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 28.)

2.1.1 Syrjäytymisen käsitteen juuret

Riihisen (1990) ja Svedbergin (1994) mukaan syrjäytymisen käsitteen juuri on peräisin 1920-luvulta, jolloin Park käsitteli vuonna 1928 ilmestyneessä artikkelissaan ”Human Migration and the Marginal man” termiä ”marginal” (Lämsä 2009, 24). Käsite (social exclusion) sai alkunsa Ranskassa 1970-luvulla, mikä kuvaa yhteiskunnan marginaaleissa olevia ryhmiä. Myöhemmin (social exclusion) termi levisi Euroopan unionin sosiaalipolitiikkaan vuoden 1996 tehdyn Maastrichtin sopimuksen avulla. (Vuokila-Oikkonen & Halonen 2011, 29.) Eurooppalaisessa

syrjäytymiskeskustelussa syrjäytymistä on pidetty köyhyytenä ja siihen liittyvänä osallistumis- ja toimintamahdollisuuksien puutteena (Lämsä 2009, 25).

Syrjäytymisen käsitteessä on erityisesti tärkeää huomioida kulttuurisidonnaisuus, koska eri maissa syrjäytymisen käsitteen merkitykset ovat erilaisia (Vuokila-Oikonen & Halonen 2011, 29). Suomessa syrjäytymisen käsitettä käytettiin 1970-luvulla korvaamaan vieraantumisen käsitettä, mutta syrjäytymisestä on alettu keskustella 1980-luvulla (Lämsä 2009, 26; Juhila 2006, 50). Kansainvälinen kiinnostus syrjäytymisestä lisääntyi 1990-luvulla, minkä vuoksi syrjäytymisestä alettiin käydä keskusteluja ja tehdä tutkimuksia (Vuokila-Oikonen & Halonen 2011, 13-29).

Syrjäytymisen käsitettä ei ole kuvattu yksiselitteisesti, koska sille on annettu useita eri määritelmiä (Alatupa 2007, 142). Termin määrittelyä on pidetty myös ongelmana, koska se on liitetty muihin lähellä oleviin käsitteisiin kuten marginalisaatioon, alaluokkaistumiseen, köyhyyteen ja huono-osaisuuteen (Suutari 2001, 125-126).

2.1.2 Syrjäytymisen tarkastelu

Syrjäytymistä on tarkasteltu yhteiskunnan, sosiaalisten ryhmien ja yksilön näkökulmasta, joiden yhteydessä esiintyy myös eri lähtökohtien sekoittumista toisiinsa. Yhteiskunnan tasolta syrjäytymisessä on kyse eri tyyppisten tuotanto- ja uusintaprosessien sekä poliittisten tai kulttuuristen muutostendenssien ja niiden seuraamusten erittelystä. Yhteiskunnalliset muutokset johtavat elinolojen kurjistumiseen ja väestön polarisaatioon eli kansalaisten jako hyvä- ja huono-osaisiin, joiden aiheuttajana pidetään köyhyyttä. Näin ollen syrjäytyminen voidaan käsitellä rahan puutteesta johtuvaksi esteeksi osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan. (Suutari 2001, 127.)

Sosiaalisten ryhmien tasolla syrjäytymistä on tarkasteltu usein vaikeuksissa elävien ihmisryhmien eli pitkäaikaistyöttömien tai alkoholistien kautta. Tässä tapauksessa syrjäytyneet ihmiset määritellään hallinnollisen kriteerien ja sosiaalihuollon asiakkuuden kautta. Syrjäytyneitä voidaan tarkastella sosiaalisesti sopeutumattomien yksilöiden muodostamana ryhmänä, jolloin sen riskitekijöitä ei haeta yhteiskunnallisista, syrjäytyneisyyttä lisäävistä prosesseista, vaan ihmisten omasta toiminnasta sekä heidän kulttuuri- ja elinympäristöistään. Sosiaalisten ryhmien näkökulmasta syrjäytyminen on usköyhyyttä (sosiaalihuollon kriisi) ja perinteisten köyhien jälkitekollisuuden vastinetta. (Suutari 2001, 128.)

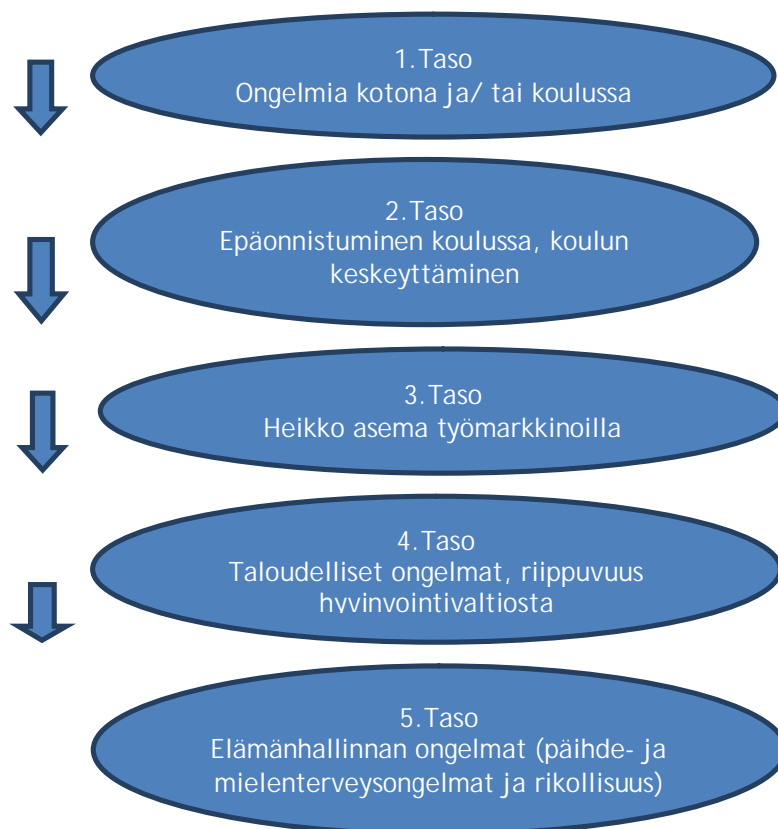
Yksilötasolla syrjäytymisellä tarkoitetaan yksittäisten ihmisten kohdalla ilmeneviä sosiaalisia ongelmia ja niiden kasaantumista. Tähän yleensä liitetään myös moniongelmaisuus tai huono-osaisuus. Syrjäytyminen ilmenee tällöin eri ulottuvuuksilla kuten syrjäytymisenä tuotannosta

(palkkatyö), sosiaalista suhteista (työyhteisö, perhe, ystävä jne.) sekä vallasta (politiikka). Yksilö on sitä syrjäytyneempi, mitä useammalla ulottuvuudella hänellä esiintyy ongelmia. Suuressa syrjäytymisvaarassa ovat ne ihmiset, jotka ovat työttömiä, kouluttomia ja perheettömiä. Tämä perustuu siihen ajatukseen, että nyky-yhteiskunnassa palkkatyö, perhe ja opiskelu sekä erilaiset kulutusmuodot pidetään ihmisten välisen yhteyden tärkeimpinä instituutioina. (Suutari 2001, 128-129.)

2.1.3 Syrjäytymiskehityksen prosessi

Yksilötason syrjäämiskehitystä voidaan lähestyä syrjäytymisen prosessimallin avulla. Prosessi alkaa usein varhaislapsuudessa, jossa lapset sisäistävät perusvalmiudet kuten asenteet, arvot ja toimintamallit. Näiden perusvalmiuksien avulla he aikuistuvat ja sijoittuvat yhteiskuntaan. Sopeutuminen kouluympäristöön, menestyminen opinnoissa ja koulutusurille hakeutuminen riippuvat lasten kotitaustoista ja varhaislapsuuden elinoloista. Esimerkiksi koulun käyttäytymismalleja poikkeavat kodin erilaiset kasvatustavat vaikeuttavat lapsen sopeutumista kouluun. Koulu ei kykene riittävästi poistamaan oppilaiden välisiä ja erilaisten lähtökohtien tuomia eroja. Tämän vuoksi kouluun sopeutumattomuus ja oppimisvaikeudet johtavat epäonnistumisen kierteseen. (Suutari 2001, 133-134.)

Järvisen (2001, 62) mukaan peruskoulussa epäonnistuminen on sidoksissa ammattikoulutuksesta karsiutumiseen, minkä seurauksena on suurella todennäköisyydellä joutuminen heikkoon ja epävarmaan työmarkkina-asemaan. Työttömyys tarkoittaa yksilötasolla taloudellista ongelmaa ja sen pitkittyminen aiheuttaa riippuvuutta hyvinvointivaltiosta. Yleisesti on ajateltu, että pitkäaikaisen työttömyyden seurauksena on päihteiden käyttö ja sitä kautta rikollisuus. Päihteiden käyttö ja rikollisuus yhdessä voivat johtaa vankilaan joutumiseen tai muihin hoitolaitossijoituksiin. (Suutari 2001, 134-135.)



Kuvio 1: Syrjäytymisen prosessimalli: Jyrkänen (1986), Takalan ja Jahnukaisen (2001) pohjalta

2.1.4 Syrjäytymisen riskitekijät ja ehkäisy

Syrjäytymisriskitekijät ovat katsottu olevan yksilöllisiä ja moninaisia (Vuokila- Oikkonen 2011, 32). Varhaislapsuudessa erilaiset kotiolosuhteet ja siitä kautta haasteet kouluvalmiuksissa ja oppimisvaikeudet lisäävät syrjäytymisriskiä. Oppimisvaikeudet saattavat estää koulumenestystä ja koulunkäyntimotivaatiota sekä sosiaalista tunne-elämää. (Vuokila-Oikkonen, 2010, 50-52; Suutari 2001,134.)

Lapsi tarvitsee tiedollisia ja taidollisia taitoja sekä sosioemotionaalista kypsyyttä koulunkäyntiin, tämän vuoksi on tärkeää kehittää lapsen kielellisiä ja sosiaalisia taitoja ennen koulun aloittamista. Kodista saama tuki ja vanhempien myönteinen asenne auttaa lasta selviytymään koulussa ja kehittämään koulunkäynnissä vaadittavia taitoja. Koulun ja vanhempien yhteistyö on tärkeää lasten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Hyvinvoiva koulu voi tukea syrjäytymisvaarassa olevia lapsia. Tämän vuoksi koulu yhteisön kehittäminen auttaa lasten kehittymistä ja hyvinvointia. Järjestetyt pienryhmätoiminnot ovat katsottu tukevan lasten kouluvalmiuksia ja vahvistavan lasten itsetuntoa ja sosiaalisia ja kielellisiä taitoja sekä lisäävän lasten ympärillä olevien aikuisten yhteistyötä. Perheiden ja yhteiskunnan pahoinvointi näkyy lapsessa, mikä

ilmenee psykososiaalisina oireina, koulukäynnin ongelmina ja päihteiden käyttönä. (Vuokila-Oikkonen, 2010 49-52; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27.)

Nykyään nuorten itsenäistymisen vaatimukset ovat kasvaneet, jolloin nuorten on aiempaa hankalampi vastata aikuistumisen odotuksiin. Nuoruusiässä syrjäytymisen riskitekijöinä pidetään peruskoulun ja ammatillisen koulutuksen keskeyttäminen, päihderiippuvainen perhe, vaikean lapsuuden aiheuttama huono itsetunto, epäonnistunut avoimuuden tuki. (Suutari 2001 134-141.)

Koulun keskeyttämisen syitä ovat koulupinnaaminen, päihteiden käyttö, epäsosiaalinen käyttäytyminen, tukiverkoston puute, mielenterveysongelmat, yksinäisyys, osallistumattomuus, lukivaikeudet, koulukiusaaminen ja ilkeä ja koulutyöhön sopeutumattomuus. Kodin, koulun ja yksityisen elämänpiirin tiivis vuorovaikutus on katsottu myös tukevan nuoren kehitystä, missä voimavaratekijöinä ovat hyvä huolenpito kotona, nuoren kehitystä tukeva opettaja, ystävät, harrastukset ja terveyden edistämisen tapojen omaksuminen. Perheessä olevat ongelmat kuten parisuhdeongelma, päihderiippuvuus, työttömyys, mielenterveysongelmat estävät vanhempien antamaa tukea nuorelle itsenäistymisessä, minkä seurauksena nuori saattaa hakeutua tupakkaan, alkoholiin ja päihteiden käyttöön peittääkseen pelkonsa ja epävarmuutensa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 26-38.)

Yhteisöllisellä tasolla syrjäytyminen on yhteydessä suhteiden heikentämiseen ja katkeamiseen. Yhteisöihin osallistuminen ehkäisee ja korjaa syrjäytymisen aiheuttamia ongelmia. Päivittäinen vuorovaikutus, kohtaaminen ja yhteistoiminta saavat aikaan hyvinvointia ja terveyden edistämistä. Yhteisöllistä osallistumista voidaan edistää yhteisöllisillä työmenetelmillä, jossa ihmisten roolit voivat yhdistyä, vaihtua tai olla eri tavoin dialogissa keskenään. (Vuokila-Oikkonen 2010, 29-34.)

Aikuisuudessa syrjäytymistä aiheuttavat sosiaaliset riskit kuten varattomuus, terveyden heikkeneminen, työttömyys, asunnottomuus, koulutuksen riittämättömyys tai muut sosiaaliset ongelmat. Näitä riskejä ei voida kokonaan poistaa, mutta riskien aiheuttamien ongelmien laajuutta ja syvyyttä sekä syrjäytymisriskien kasaantumista pystytään vähentämään sosiaali-, terveys-, työllisyys-, asunto- ja talouspoliittisten toimenpiteiden avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 8.) Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan syrjäytymisen tärkeimpiä ehkäisemistekijöitä ovat sosiaalinen osallisuus ja työpaikka. Ihminen ei ajaudu syrjäytymisen ryhmään, jos hänellä on työtä, kohtuullinen ansioturva, vähimmäisetuudet, toimivat peruspalvelut ja jäsenyys lähiyhteisöissä. Syrjäytymistä on yritetty estää myös lasten ja nuorten ongelmiin varhaisella puuttumisella, maahanmuuttajien kotoutumisen tukemisella, alkoholi- ja huumaussaineohjelmien toimeenpanolla sekä rikollisuuden ehkäisyillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 17.)

Sosiaali- ja terveysministerin vuoden 2012-2015 Kaste-ohjelman mukaan pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien osallisuutta työelämään pitäisi edistää kehittämällä aikuissosiaalityön menetelmiä, lisäämällä sosiaalista työllistymistä ja kuntouttavaa työtoimintaa. Terveystuolissa on kiinnitettävä huomiota työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin. Lisäksi on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota syrjäytymisen riskiryhmiin kuuluvien vammaisten, etnisten ja kielellisten vähemmistöjen, maahanmuuttajien, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien koulutusmahdollisuuksiin ja työllistymiseen. Vapautuvien vankien palaamista yhteiskuntaan pitäisi myös edistää jatkamalla tuomion aikana aloitettuja terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

2.1.5 Päihteidenkäyttäjien työllistyminen

Suomalaisessa yhteiskunnassa painotetaan siihen, että päihteidenkäyttäjille tarjotut hoitotoimet eivät ole yksin riittäviä kuntoutumisen kannalta, vaan on tärkeää myös tukea päihteidenkäyttäjää ratkaisemaan toimentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. (Rönkä & Virtanen 2009, 63).

Vuonna 2011 Suomessa työttömien kokonaismäärä oli 7,8 %, miehistä työttömiä oli 8,4 % ja naisista 7,1 % (Tilastokeskus 2012). Pitkäaikaistyöttömien määrä on noussut vuodesta 2008 lähtien lamasta johtuen. Suurin osa pitkäaikaistyöttömistä on iältään yli 50-vuotiaita. Nuorten keskuudessa työttömien määrä on myös kasvanut, mutta heidän työttömyysjaksot eivät ole yhtä pitkiä kuin aikuisilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt tunnetaan yleisinä työkykyä uhkaavina tekijöinä pitkäaikaisyöttömillä, joihin on puututtava hyvin ja ajoissa esim. kehittämällä työttömien terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa. Työttömien terveystarkastuksia koordinoivat työvoimaviranomaiset ja työvoiman palvelukeskukset, joissa on mahdollista tunnistaa työttömien hoidon ja kuntoutuksen tarpeet ja puuttua työkykyä uhkaaviin tekijöihin. Työttömien työkyvyn edistämiseksi on myös kehitettävä kuntouttavaa työtoimintaa ja huomioitava siinä erityisryhmien yksilölliset tarpeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 36.)

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien taloudellinen tilanne on heikko, koska he elävät usein valtion antaman toimeentulon turvin. Heidän toimeentuloturva on parannettava lisättäessä edellytyksiä itsenäiseen asumiseen ja työelämän osallistumiseen. Yhdistelmätoimentulolla voidaan motivoida päihdekuntoutujia itsenäiseen asumiseen ja työelämään. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kuuluu saada perustoimentuloa myös silloin, kun hän pääsee tai palaa työelämään, esim. sosiaalisten yritysten, siirtymätyöpaikkojen, työkokeilun tai työvalmentajan tuella. Osatyökykyisten päihdekuntoutujien työllistymiseen vaativia taloudellisia mahdolli-

suuksia on parannettava lisäämällä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien kuten kuntoutusrahan ja työolosuhteiden järjestelytuen sekä palkkatuen käyttöä. Käyttämällä paremmin kuntien sosiaalitoimen tarjoamia tukia voidaan edistää kuntoutumista, aktiivista osallistumista ja työllistymismahdollisuuksia. Sosiaalitoimen myöntämät tuet ovat ehkäisevä toimeentulotuki ja sosiaalihuoltolain mukaiseen työtoimintaan osallistumisen avustus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 22-23.)

Työterveyshuollon tehtävänä on työssäkäyvien henkilöiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen tarve tunnistaminen, oikea-aikaisen hoidon aloittaminen ja kuntoutukseen ohjaaminen. Näiden tehtävien lisäksi työterveyshuollon toiminnan tavoite on varmistaa työssä jatkamiselle ja työhön palaamiselle hyvät edellytykset. Tämän takia mielenterveysongelmaisten ja päihdekuntoutujien työssä jatkamista ja työhön paluuta on mahdollista edistää myös tehostamalla työterveyshuollon toiminta ja sen yhteistyötä työpaikan ja muun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 35.)

2.2 Päihteet ja päihteiden käyttö

Päihteet ovat kemiallisia aineita, yhdisteitä tai luonnontuotteita, joiden käyttötarkoitus on piristyminen, päihtyminen ja huumaaminen (Vuori-Kemilä, Stengord, Saarelainen & Annala 2007, 34; Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2009). Päihdyttävät aineet, niiden käyttö ja yleisyys ovat saaneet alkunsa omalta aikakaudeltaan ja ne ovat olleet ihmisyyshistorian ajan, esimerkiksi ihmiset ovat käyttäneet sieniä, oopiumia ja kannabista 45 000-10 000 eKr. Päihteitä on käytetty kansainvälisesti, mutta eri kulttuureissa päihteiden käytössä on eroja. (Holmberg 2010, 11-12.) Suomessa käytetyimpiin päihteisiin kuuluu alkoholi, tupakka, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Päihteiden käyttöön liittyy merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

2.2.1 Alkoholi

Alkoholi on hermojärjestelmää lamaava aine, joka tehdään luonnontuotteista käyttämällä ja tislamalla viljatuotteita ja hedelmiä. Alkoholi ei vaikuta aivojen sitoutumis- ja vaikutuskohtaan niin kuin muut päihteet. (Päihdekliniikka 2011.) Suomessa alkoholin käyttö on lisääntynyt kolminkertaisesti viimeisten neljänkymmenen vuoden aikana (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010, 39). Suomessa vuonna 2010 alkoholin kokonaiskulutus oli 100-prosenttisenä alkoholina 10 litraa asukasta kohden, mikä oli 2,1 prosenttia vähemmän verrattuna edellisvuoteen. Kokonaiskulutus laski kolmatta vuotta peräkkäin. Tämä johtui tilastoidun alkoholikulutuksen eli kotimaan myynnin vähenemisestä ja se oli suunnilleen 81 prosenttia alkoholin kokonaiskulutuksesta. Tästä huolimatta alkoholin kokonaiskulutus on edelleen korkealla tasolla, mikä joh-

tuu vuoden 2004 alkoholiveroalennuksen ja tuontirajoituksen poistamisesta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Nykyään alkoholin käyttö kohdataan myös naisten, nuorten ja ikäihmisten keskuudessa (Mäkelä ym. 2010, 39).

2.2.2 Huumeet

Huumeet ovat rauhoittavia, piristäviä ja hallusinogeenisiä aineita. Rauhoittavia huumeita ovat opiaatit (heroiini, piristeisiin kokaiini, crack ja amfetamiinit). Hallusinogeenisiin aineisiin kuuluu marihuana, ekstaasi ja LSD. Huumeilla on monia erilaisia käyttömuotoja, jotka ovat pu- reskeleminen, hengittäminen, polttaminen, nuuskaaminen ja suonensisäisesti käyttäminen. Suurin osa huumeista valmistetaan kasveista, mutta monet uusimmat huumeet, kuten ekstaasi ja LSD, valmistetaan synteettisesti. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Käytetyin huume on kannabis (Käypä hoito 2006).

Suomessa huumeita on käytetty vähemmän verrattuna muihin Euroopan maihin. Tästä huolimatta huumeiden käytössä on tapahtunut muutoksia, esim. viimeisen vuosikymmenen aikana huumeiden käyttö lisääntyi, kun taas huumeiden käyttö laski vuosituhannen vaihteessa. Suomessa huumeiden kokeilijoiden ja käyttäjien määrä on 12 % 15 - 69-vuotiaista. Huumeiden käyttöön liittyvät sairaudet ja komplikaatiot, jotka ovat äkillinen sekavuustila, psykoottinen häiriö, paniikkireaktio, krooniset psyykkiset häiriöt, somaattiset komplikaatiot, psykoosi, delirium ja akuutti myrkytys. Huumeiden käyttö johtaa kuolemaan ja lisää sairaaloiden kuormitusta. Sairaalahoittoa vaativat huumeiden käytön aiheuttamat haitat, kuten infektiot ja vammat. (Käypä hoito 2006.)

2.2.3 Lääkkeet

Alkoholien ja tupakan jälkeen lääkkeet ovat kolmanneksi yleisin käytetyistä päihteistä. Lääkkeitä käytetään hyvin yleisesti alkoholin kanssa sekakäyttönä. Päihteidenkäyttäjät pyrkivät lääkkeiden käytöllä saamaan aikaan "normaali" olotila ja lievittämään vieroitusoireita, tämän vuoksi sillä ei enää haeta päihtymystilaa. Yleisempiä väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet, keskushermostoon vaikuttavat opiaattijohdannaiset kipulääkkeet, amfetamiinin kaltaiset laihdutuslääkkeet, kodeiinia tai efedriiniä sisältävät yskänlääkkeet ja jotkut oopiumia sisältävät suoliston toimintaan vaikuttavat lääkkeet. Lääkkeiden välittömät vaikutukset riippuvat käytetystä lääketyypistä, mitkä ovat jännityksen ja ahdistuksen lieventäminen, lihasten rentoutuminen ja mielialan kohoaminen. Pitkäaikaiseen käyttöön liittyy ahdistuneisuus, paniikkiherkkyys, masennus, lihasjännitys, tasapainohäiriöt, muistin ja keskittymiskyvyn häiriöt, kivut, vatsavaivat, impotenssi, käytön lopettamisen vaikeutuminen ja tapaturmien sekä kuoleman riskien lisääntyminen. Pitkäaikainen käyttö aiheuttaa voimak-

kaita fyysisiä ja psyykkisiä riippuvuutta ja vieroitusoireet saattavat olla hyvin pitkäkestoisia ja vakavia. (Irti Huumeista ry 2012.)

2.2.4 Päihdekäytön riskitekijät ja ehkäisy

Päihteiden käyttötavat ovat erilaisia eri kulttuureissa, joista alakulttuurit luovat ja uusivat päihteiden käyttötapoja (Seppälä 2005). Päihteiden käytön taustalla on monia vaikuttavia tekijöitä, joissa yksilöpsykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet ovat yhteydessä toisiinsa. Köyhyydellä, työttömyydellä, sosiaalisella syrjäytymisellä, kapinallisuudella, hyväksikäytöllä, alakulttuurilla, filosofisilla, taloudellisilla ja muilla samanlaisilla näkökulmilla on merkitys päihteiden käytölle, sillä ne voivat lisätä päihteiden käytön riskiä. (Onnela 2001, 114.)

Päihteiden käyttämisellä pyritään tuottamaan mielihyvää ja pakenemaan pahaa oloa. Päihteiden käytön syynä on myös henkilön uteliaisuus aineesta, riippuvuus ja sen eriateisuus eri ihmisillä. (Seppälä 2005; Onnela 2001, 109 & Lappalainen ym. 2007, 105.) Näiden lisäksi monet psyykkiset sairaudet ovat päihteiden käytön lisääviä riskitekijöitä, sillä päihteiden käyttöön ajaututaan ahdistus-, pelko- ja masennusoireiden sekä syyllisyyden lievittämiseksi (Huttunen 2011; Onnela 2001, 110).

Nyky-yhteiskunnassa korostetaan yksilöllisyyttä ja se aiheuttaa yksinäisyyttä, vieraantumista, turvattomuutta ja rajattomuutta. Tästä huolimatta yhteiskunta ei perustu yksilöistä vaan, ihmiset muodostavat keskenään yhteisöllisyyden. Vastavuoroisuuden ja yhteisöllisyyden tarpeen täytteenä ratkaisua nähdään päihteisiin hakeutumisessa. Geneettisellä perimällä on merkitystä alkoholismien synnystä. Suomalaisessa perimässä on havaittu kolme geenimuotoa, jotka saattavat vaikuttaa alkoholismien syntyyn. Näistä geneimuodoista yksi on alkoholille altistava geeni (ALDH1-entsyymi) ja loput kahdet geenit ovat suojaavia geenejä. ALDH1-entsyymi vaikuttaa alkoholin palamistuotteeseen eli asetaldehydiin aivoissa ja sitä geeniä on yleisemmin alkoholisteilla. (Holmberg 2010, 13-17.)

Syrjäytymistä pidetään myös päihdekäytön riskitekijänä sekä nuorilla ja aikuisilla. Merkittävimpiä nuorten syrjäytymisen riskitekijöitä ovat ystävien puute, koulukiusaaminen ja masennusoireet. Tällaisissa tilanteissa nuori saattaa helpommin turvautua päihteiden käyttöön. Aikuisilla syrjäytyminen on yhteydessä päihdeongelmiin, pitkäaikaistyöttömyyteen ja toimeentulovaikeuksiin. (Holmberg 2010, 13-17 & Mönkäre 2005.)

Päihdekäyttöä voidaan ehkäistä kotona ja koulussa tapahtuvalla päihdekasvatuksella sekä nuorten vapaa-ajan tukemisella. Lähiyhteisöjen sosiaalinen vastuu ja elinolojen kehittäminen, alkoholin hintapolitiikka ja myynnin valvonta sekä monivuotiset laajat toimenpideohjelmat on

pidetty myös tärkeinä päihdekäytön ehkäisevinä tekijöinä. (Piispa, Kujasalo, Laari, Lindeberg, Opari, Tella & Varamäki 2007, 15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13.)

2.2.5 Päihdekäytön yhteys mielenterveyteen

Päihteiden käyttöön liittyy riippuvuutta, psyykkisiä oireita ja sosiaalisesta elämästä syrjäytymistä (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2007; Mäkelä 2005; Koski-Jännes 2005 & Särkelä 2009). Riippuvuudelle on ominaista kyvyttömyys säädellä aineen käyttöä, elimistön kasvukyky sietää ainetta ja vieroitusoireet aineiden käytön lopetettua (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2007). Riippuvuus saa aikaan välitöntä mielihyvää ja toisaalta se lisää haittaa ja sosiaalista paheksuntaa. Riippuvuuteen liittyy häpeää ja syyllisyyttä yksilöä arvostetussa yhteisössä. (Koski-Jännes 2005.)

Päihteidenkäyttäjillä esiintyy kaksi kertaa enemmän mielenterveysongelmia muuhun väestöön verrattuna (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 107). Päihteiden käytön aiheuttamat psyykkiset oireet ovat masennus- ja ahdistusoireet (Mäkelä 2005; Mäkelä 2006). Masennusoireita ovat mielialan lasku, mielihyvän tunteen häviäminen, ruokahaluttomuus tai sen lisääntyminen, unettomuus, väsyneisyys, huono keskittymiskyky, itsensä huonoksi kokeminen ja toivottomuuden tunteet. Näiden lisäksi voi esiintyä muitakin psyykkisiä oireita. Päihteiden käytön lopetettaessa masennusoireet lievittyvät 2-3 viikon kuluessa. (Mäkelä 2005). Alkoholin ja muiden päihteiden käytön vaikutus ahdistus- ja pelko-oireisiin ovat kaksisuuntaista. Alkoholi toimii pelko-oireita ja ahdistuneisuutta lievittämänä lääkkeenä, toisaalta se voi myös aiheuttaa liian voimakkaita ahdistus- ja pelkotuntemuksia. Paniikkihäiriön aiheuttaja on yleensä pitkään jatkunut alkoholinkäyttö ja sen aiheuttama krapula- ja vieroitustila. (Mäkelä 2006.)

2.2.6 Päihdekäytön vaikutus sosiaaliseen elämään

Päihteidenkäyttäjillä ja päihderiippuvaisilla on suuri riski syrjäytymiseen (Holmberg 2010, 15). Päihteiden käyttö vähentää sosiaalisia suhteita vaikeuttamalla yksilön ja ryhmien osallisuutta ja osallisuuden kokemuksia, mikä johtuu osalta erilaisuuden hyväksymättömyydestä nyky-yhteiskunnassa. Päihteidenkäyttäjät kokevat yleensä yhteiskuntaan ja yhteisöihin kuulumattomuutta ja heidän sosiaaliset verkostonsa ovat supistuneet. Osa päihteidenkäyttäjistä ovat menettäneet perheensä, ystävänsä ja muita tärkeitä ihmissuhteita. Päihteidenkäyttäjien osallisuuden ongelmat ja puutteet näkyvät jokapäiväisessä arkielämässä kuten arjen asioinnissa ja kansankäymisessä sekä palvelujärjestelmissä. Päihteidenkäyttäjän yhteiskunnallisen osallisuuden heikkeneminen johtaa syrjäytymiseen. Suomalainen yhteiskunta hyväksyy ihmisiä, jotka ovat terveitä, työssäkäyviä, lakia noudattavia, heteroseksuaalisia ja suomalaisen identiteetin omaavia kansalaisia. Yhteiskunnan hyväksymien ihmisten taakse jää rajapinnalla elävät huomaamattomat ihmiset. Päihteidenkäyttäjien yhteiskunnallinen osallisuus pidetään mahdol-

lisena päihteiden käytön lopetettua. Päihteidenkäyttäjillä pitäisi olla mahdollisuus osallistumiseen ja aktiiviseen kansalaisuuteen päihteistä ja niiden aiheuttamista ongelmista huolimatta. (Särkelä 2009.)

2.3 Päihdepalvelujärjestelmä- ja lainsäädäntö

Palvelua kuvataan monitahoisena ilmiönä, jonka merkitys vaihtelee henkilökohtaisesta palvelusta palvelun tuotteeseen (Grönroos 1999, 46). Palvelun määrittely on hankalaa, koska se liittyy moniin erilaisiin tekijöihin, erityisesti hintaan ja kuluttajan odotuksiin. Palvelu voidaan ymmärtää monella eri tavalla riippuen yksilön sosio- kulttuurisesta taustasta, iästä, elämäntyylistä ja tiedoista. Nämä tekijät yhdessä tuotteen tai palvelun hinnan ja yrityksen maineen kanssa vaikuttavat yksilön käsitykseen palveluntasosta. (Bennett 1996, 445.)

Palvelu on teko, toiminta ja suoritus, jossa asiakkaalle tarjotaan samanaikaista tuotettua ja kulutettua jotain aineetonta. Palvelulla pyritään tuottamaan asiakkaalle lisäarvoa, kuten ajansäästöä, helppoutta, mukavuutta, viihdettä ja terveyttä. Palvelun tuottaminen voi liittyä tavaraan, mutta palvelutapahtuma on itsessään aineeton, eikä vaadi minkäänlaista omistamista. (Ylikoski 1999, 20.) Palveluilla tuotetaan hyvinvointia, tasa-arvoa ja ehkäistään syrjäytymistä (Kaukonen 2005, 311).

Palvelulla tarkoitetaan jossain määrin aineetonta tekoa tai tekojen sarjaa, joka toteutuu välillä vuorovaikutuksessa asiakkaan, palveluhenkilökunnan ja/tai fyysisten resurssien tai tavaroitten ja /tai palvelun tarjoajan järjestelmien kanssa. Palvelulla tarjotaan ratkaisun asiakkaan ongelmiin. (Grönroos 1999, 49.)

2.3.1 Suomen päihdepalvelujärjestelmän taustaa

Päihdepalvelut ovat hyödyllisiä ja tuloksellisia sekä asiakkaan että yhteiskunnan kannalta. Hyvin suunniteltu päihdepalvelujärjestelmä lisää terveyden tasa-arvoa, parantaa hyvinvointia ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä sosiaalisia ongelmia. (Kaukonen 2005, 221.)

Päihdetyö on muuttunut 2000-luvulla laajennettuun suuntaan osaksi terveyden edistämistä, koska päihteiden käyttö haittaa yksilön lisäksi koko yhteiskuntaa. Päihdetyö on jaettu kolmeen ryhmään, jotka ovat ehkäisevä päihdetyö, varhaisvaiheen päihdetyö ja korjaava päihdetyö eli päihdehoito. (Vuori-Kemilä, Stengord, Saarelainen & Annala 2007, 41; Havio, Inkinen & Partanen 2008, 99.) Näin Suomessa on järjestetty päihteidenkäyttäjille ja heidän läheisilleen monipuolista ja monitasoista palvelujärjestelmää varhaisvaiheen toteutamisesta ja akuuteista päihdepalveluista alkaen pitkäaikaiskuntoutukseen, mistä vastaavat kunnat ja sosiaali- ja ter-

veysviranomaiset (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2002, 16; Vuori- Kemilä ym. 2007, 41; Havio ym. 2008, 99 & Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Kunta voi tuottaa osan palveluistaan itse ja osan ostaa yksityisiltä toimijoilta (Vuori-Kemilä ym. 2007, 41-42). Puitelain (169/2007) säädännössä kuntia veloitetaan järjestämään perusterveyden- ja sosiaalihuollon palvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat itse päättää tavan, jolla lain edellyttämä väestöpohja saavutetaan: muodostamalla kuntaliitoksia, kuntayhtymiä yhteistoiminta- alueita, antamalla tehtäviä sairaanhoitopiirille tai jollain muilla keinoilla. (Kekki & Partanen 2008, 30.) Yritysten ja järjestöjen järjestämät yksityiset sosiaalipalvelut ovat olleet merkittäviä päihdehuollon kannalta ja niiden merkitys ovat edelleen kasvussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valti-onosuudesta annetun lain mukaan kunnan ostaessa palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sen tulee varmistaa, että palvelut vastaavat sen omien tuottamien päihdepalvelun tasoa. (Inkeroinen & Partanen 2006, 27.)

Kunnissa päihdetyöstä päävastuu on kunnan sosiaalitoimilla. Kuntien terveyskeskukset ja kansanterveystyön kuntayhtymät toimivat myös päihdetyön vastuutahoina. (Inkeroinen & Partanen 2006, 27.) Päihdepalvelut koostuvat yleisistä sosiaali- ja terveyspalveluista ja päihdehoitoon erikoistuneista palveluista. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42; Kekki & Partanen 2008, 24). Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on kehittää peruspalveluja, jotta ne pystyisivät vastaamaan päihdehuollon tarpeita ja antamaan tarpeen mukaan päihdehoitoon tarkoitettuja palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Sosiaalihuollon peruspalveluja ovat sosiaalitoimisto, kotipalvelut ja perheneuvonta, joista päihteidenkäyttäjät käyttävät eniten sosiaalitoimistojen palveluja (Vuori-Kemilä ym. 2007 41-42; Lappalainen, Romu & Taskinen 2007, 131).

Terveydenhuollon peruspalveluja ovat terveysasemat, psykiatrian poliklinikat, äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, yksityiset terveydenhuoltopalvelut sekä sairaalat. Peruspalveluiden tehtävänä on tunnistaa ja ehkäistä päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, turvata päihteidenkäyttäjien perusturva sekä ohjata heitä päihdehoitoon erikoistuneisiin palveluihin. Päivystyspalvelut hoitavat kiireelliset päihdetapaukset. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 41-42.)

Päihdehoitoon erikoistuneet palvelut ovat avohoito-, laitoshoido- ja asumis- sekä vertaistuki- palvelut, joista yli puolet tuottavat järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Suurin yksityinen palveluntuottaja on A-klinikkasäätiö, jonka toiminta ei tuota voittoa. Avopalveluja ovat A-klinikat, terveyskeskusten avokatkaisuhoito, nuorisoasemat, terveysneuvontapisteet, korvaushoitoklinikat, päivä- ja toimintakeskukset. A-klinikoiden ja nuorisoasemien palvelut ovat käytetyimmät palvelut päihdehuollon erikoistuneista palveluista. Avopalvelussa annetaan krapula- ja vieroitusoireiden hoitoa, avokatkaisuhoitoa, keskusteluhoitoa, terapiaa, päihteiden käyttöön liittyvää terveystietoa ja korvaushoitoa sekä sosiaalista kanssakäymistä. (Vuori-

Kemilä ym. 2007, 42- 43; Kekki & Partanen 2008, 24.) Avopalvelut ovat vapaaehtoisia ja maksuttomia sekä osa niistä ei tarvita lähetettä (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42; Lappalainen-Lehto ym. 2007, 133).

Laitoshoidon palveluja ovat selviämishoitoasema, katkaisuhoidon asema, somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt, kuntoutusyksiköt, hoitoyhteisöt, Järvenpään sosiaalilaisairaala, vankiloiden päihdepalvelut ja tahdosta riippumaton hoito. Laitoshoidossa annetaan katkaisu- ja pitkäaikaista kuntoutushoitoa. Asumispalveluja ovat tukiasunnot, palveluasunnot ja palvelutalo. Niiden tarkoituksena on antaa päihteidenkäyttäjille asumispalveluja, jotka sisältävät myös hoitopalveluja. Vertaistukipalveluja ovat A-Killat, AA, NA ja AL-ANON, jotka antavat vertaistukea päihteidenkäyttäjille ja heidän omaisilleen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 43-44.) Laitoshoidon palvelut ovat maksullisia, joita varten asiakas saa maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta (Kekki & Partanen 2008, 24; Rönkä & Virtanen 2009).

2.3.2 Potilaan hoitoa koskevia lakeja ja päihdehuoltolain sekä mielenterveyslain keskeiset periaatteet

Kaikilla Suomessa vakituisesti asuvilla on oikeus saada ilman syrjintää hänen terveydentilansa vaatimaa hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen mukaan. Potilaan hoito ja kohtelu tulee olla ihmisarvoa loukkaamatonta ja hänen vakaamustaan ja ihmisoikeuttaan on kunnioitava. Kunnan ja valtion kuuluu järjestää terveydenhuollon palveluja sen mukaan, miten eri laissa niitä palveluja säädetään. (Finlex 785/1992.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on pyrkiä seuraaviin toimintamalleihin: kansan terveyden-, hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen, kansanryhmien välisten terveyserojen kaventaminen, väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaisuuden saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden toteutuminen ja terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyden ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksien vahvistaminen sekä terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välillä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön parantaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää kunnilta riittäviä voimavaroja terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen ja terveydenhuollon palveluihin. Näiden palveluiden toteuttamista varten kunnalla ja sairaanhoitopiirillä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöstön rakenne ja määrä pitää vastata alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Yksikielisen kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää terveydenhuollon palvelut kunnan ja kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisten kuntien ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymien tulee järjestää ter-

veydenhuollon palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä, jotta asiakas saa palvelut omalla äidinkiellellään. (Finlex 1326/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveys- ja hyvinvoinnin laitos ovat laatineet yhdessä yhtenäiset hoidon perusteet kansalaisille, minkä seuraamisesta ja arvioinnista kunnissa vastaa Terveys- ja Hyvinvoinninlaitos. Kunnat ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymät vastaavat taas yhdessä yhtenäisen hoidon perusteiden toteutumisesta. (Finlex 1326/2010.)

Kuntien ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin niiden asukkaiden hyvinvoinnin, potilasturvallisuuden, sosiaalisen turvallisuuden ja terveydentilan sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu tarve vaatii. Kunta ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on vastuussa myös palvelujen järjestämisen ja saatavuuden yhdenvertaisuudesta sen alueellaan. Terveys- ja hyvinvoinnin palvelut tulee järjestää lähellä asukkaita, mikä kuuluu myös kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviin. (Finlex 1326/2010.)

Päihdehuolto pyrkii ehkäisemään ja vähentämään päihteiden ongelmakäyttöä ja sen aiheuttamia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Lisäksi se tukee päihteidenkäyttäjien ja heidän omaistensa toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve vaatii. (Finlex 41/1986.) Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva laki (733/1992) määrää kuntia järjestämään omia päihdepalvelujaan seuraavien vaihtoehtojen mukaisesti: hoitamalla ne itse, tekemällä sopimuksen muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla kuntayhtymän jäsenenä ja hankkimalla palveluita valtiolta, vastaavalta kunnalta, kuntayhtymältä tai muualta julkiselta tai yksityiseltä palvelutuottajalta sekä antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin (Finlex 733/1992). Päihdehuollon ehkäisy kuuluu sosiaalilautakunnalle ja kunnan muille viranomaisille. Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan tulee seurata päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja ilmoitettava ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä ja tarjota asiantuntija-apua muille kunnan viranomaisille, asukkaille ja yhteisöille. (Finlex 41/1986.)

Päihdehuollon palveluja tulee järjestää kehittämällä sosiaali- ja terveyshuollon palveluja ja antamalla päihdehuollon palveluja. Sosiaali- ja terveyshuollon palveluja on kehitettävä niin, että niiden avulla voidaan riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjia ja tarpeen vaatiessa ohjaamaan apua ja tukea tarvitsevia henkilöitä päihdehuollon palveluihin. Lisäksi palveluja on järjestettävä siten, että ne ovat helposti saatavissa, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palvelut kuuluvat päihteidenkäyttäjille ja heidän lähipiirilleen. Palvelut on tarjottava päihdeongelmakäyttäjän, hänen lähipiirinsä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (Finlex 41/1986.)

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyö on henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyö sisältää mielisairauksia ja niistä kärsivien henkilöiden tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Aluehallintoviranomaisten tulee suunnitella, ohjata ja valvoa mielenterveystyötä toimialueellaan. Kuntien on järjestettävä alueellaan mielenterveyspalveluja osana kansanterveystyönä terveyshuoltolain mukaisesti ja osana sosiaalihuoltona sosiaalihuoltolain mukaisesti. (Finlex 1116/1990.) Erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) suositusten mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia mielenterveyspalveluista. Kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä siten, että ne ovat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa ja kuntayhtymässä esiintyvän tarpeen mukaisia. Mielenterveyspalvelut tulee olla ensisijaisesti avopalveluna järjestettynä, jotta asiakkaan oma-aloitteista suoritusta tuetaan. (Finlex 1116/1990.)

2.3.3 Vuoden 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden terveys on kansanterveyden kannalta suuri merkitys ja siihen on kiinnitetty huomiota entistä enemmän. Vaikka mielenterveyshäiriöt eivät ole lisääntyneet, mutta niiden aiheuttamat työkyvyttömyys on lisääntynyt hurjasti. Mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat aiheuttavat hoitoon, kontrolliin ja sosiaalivakuutukseen liittyviä suoria kustannuksia sekä menetetyn työpanoksen ja tuottavuuden laskun aiheuttamia epäsuoria kustannuksia. Epäsuorat kustannukset ovat kasvaneet monikertaisiksi suoriin kustannuksiin verrattuna. Vuoden 2004 alkoholiveron kaventamisen myötä kansan alkoholikulutuksen kasvu ja 1990-luvulla huumeiden käyttö ovat lisänneet selvästi mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen sijainti ovat kaukana toisistaan hajanaisessa palvelujärjestelmässä. Suurin osa mielenterveyspalveluista sijaitsee terveystoimessa ja päihdehuollon erityispalvelut taas sosiaalitoimessa. Hajanaisen palvelujärjestelmän takia mielenterveys- ja päihdepalveluita tarvitsevien ihmisten on vaikeaa päästä näihin palveluihin ja he putoavat helposti pois niistä. Avohoidon kehittäminen on jäänyt kesken, sillä laitoshoidon vie suurimman osan mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista. Näiden ongelmien takia sosiaali- ja terveysministeriö aloitti vuonna 2007 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Sen tarkoitus oli astua voimaan vuonna 2009 ja toteutua 2015 mennessä. Suunnitelman tarkoituksena on varmistaa kokonaisvaltaisen, edistävän ja ehkäisevän sekä korjaavan mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja siihen tarvittavat voimat. Suunnitelmassa valtioneuvosto on hyväksynyt mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi neljä tärkeää periaatetta, jotka ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, ehkäisyn ja edis-

tämisen painottaminen, palvelujen integroiminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ikäryhmät huomioiden ja ohjauskeinojen tehostaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13-17.)

Asiakkaan asemaa vahvistetaan pyrkimällä: yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven periaatteeseen, kokemusasiantuntijoiden asemaan, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöön ottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin ja toimeentuloturvaan. Yhdenvertaisuudessa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsy palveluihin ja kohtelu niissä tulee olla yhdenvertaista niin kuin muidenkin palvelunkäyttäjien kohdalla. Tähän päästään syrjivien asenteiden muutoksen aikaan saavalla koulutuksella sosiaali- ja terveyshuollon työntekijöille, palveluiden valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuun avulla. Hoitotakuun mukaan hoitoon tulee päästä kiireettömän hoidon osalta tiettyjen aikarajojen sisällä. Mielenterveys- ja päihdeongelmissa kiireellisen ja kiireettömän hoidon kriteereitä on tarkennettava. Potilaan saaman hoidon tulee noudattaa Käypä hoito -suosituksia. Käypä hoito -suositusten mukaan psykoterapiaan on päästävä kiireettömän hoidon kriteerien mukaisesti kuuden kuukauden sisällä. Alle 23-vuotiaan hoitoa tarvitsevan pitää päästä psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja päihdehoitoon kolmen kuukauden sisällä tarpeen toteamisesta asuinpaikasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18.)

Matalankynnyksen yhden oven periaatteen tarkoituksena on helpottaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsyä päihde- ja mielenterveyspalveluihin, mikä toteutuu yhdistämällä sosiaali- ja terveyshuollon palveluja. Terveyskeskuksessa tulee olla hoitajan tai sosiaalityöntekijän matalan kynnyksen periaatteella toimiva vastaanotto, jossa tehdään hoidon tarpeen arviointia yhdessä asiakkaan tai hänen lähipiiriinsä kuuluvien ihmisten kanssa. Arvion ja alustavan suunnitelman pohjalta asiakasta ohjataan hänen tarvitsemiin palveluihin, joihin hänen on päästävä joustavasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 19.) Lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kuntoutukseen tulee lisätä integroitua hoitoa, jotta asiakas pääsee samassa yksikössä sijaitseviin palveluihin (Kaukonen 2005, 312). Mielenterveys- ja päihdeongelmaisia hoitavia yksiköitä on toistaiseksi vähän ja ne ovat maan kattava ja ympärivuorokautisesti toimiva perusterveydenhuolto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 19).

Mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitetään painottamalla kuntia ottamaan vastuun monipuolisen palvelukokonaisuuden koordinoinnista, perus- ja avopalveluiden tehostamisesta ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottamisesta. Kuntien tulee ottaa vastuu nykyistä paremmin mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä, johtamisesta ja koordinoinnista. Julkisten, kolmannen sektorin ja yksityisten päihdepalveluiden koordinointi tulee olla nykyistä tehokkaampaa, jotta nämä palvelut voivat toimia kokonaisuutena. Tehokas koordinointi on tietojen sujuvaa vaihtoa palveluiden tarjoajien välillä. Tämän edistämiseksi on sovitettava yhteen tietojärjestelmiä ja kehitettävä sosiaali- ja terveystoimen rekisterien yhteistietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 27- 28.)

Kuntien on järjestettävä päihdepalveluja painottaen perus- ja avopalveluja, sillä avopalvelut lisäävät hyvinvointia. Lisäksi ne ovat helposti saatavilla ja taloudellisesti edullisia sekä niihin painostaminen on vaikuttavampaa kuin painostaminen laitospalveluihin. Päivystyksellisiä, liikuvia ja konsultaatiopalveluja on lisättävä ja monipuolistettava, minkä avulla vähenee laitospaikkojen tarve. Erikoistason psykiatriset ja -päihdehuollon avohoitoyksiköt on yhdistettävä ja psykiatrinen sairaanhoito on siirrettävä yleissairaaloiden yhteyteen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 28-29; Kaukonen 2005, 312.)

2.4 Lohjan alueen päihdepalvelut

Vuonna 2009 muodostettiin Lohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue LOST, johon kuului Lohja, Sammatti, Siuntio, Inkoo ja Karjalohja. Kuntayhtymän syntymisen taustana oli väestön vanhenemisen kautta palvelutarpeiden kasvaminen varsinkin hoiva- ja hoitoalalla sekä tulevien suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen aiheuttama työvoimapula. Lisäksi näiden kuntien oli vaikeaa rahoittaa omia palveluita pienten asukaslukujensa vuoksi. (Yliiluoma 2009.)

Lohjan, Nummi-Pusulan ja Siuntion kunnat ovat tehneet 9.11.2011 pidetyssä kokouksessa päätöksen, jossa LOST alue muuttuu Lohjaksi 1.1.2013 lähtien. Tarkoituksena on rakentaa sisällöllisesti ja orgaanisäätiörakenteiden osalta uutta kuntaliitosta. Uuteen Lohjaan kuuluu Lohja, Karjalohja ja Nummi-Pusula, joiden yhteisasukaslukumäärä koostuu 53.500 asukkaasta. (Uusi-lohja 2012.)

Lohjan kaupunki järjestää päihdepalveluja tuottamalla osan palveluista itse ja osan ostamalla yksityisiltä toimijoilta ja muilta kunnilta. Lohjalla järjestetyt avopalvelut ovat Lohjan kaupungin itse tuottamia päihdepalveluja, kun taas laitoshoidoista suuriosa on ostettuja palveluja. Avopalvelut ovat päihdekliniikka ja Tyyninharjun terveysaseman katkaisuhuolto. Lohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen kuntalaisten päihteidenkäyttäjien avohoito alkaa usein Lohjan päihdekliniikalta. (S. Iltanen, henkilökohtainen tiedonanto 29.5.2012.) Päihdekliniikka tarjoaa maksutonta, luottamuksellista ja vapaaehtoista apua päihteidenkäyttäjille. Asiakkaat saavat yksilö-, perhe- ja ryhmäkeskustelua, lääkäripalveluja, konsultaatiota ja koulutusta päihteisiin liittyen. Päihdekliniikalla arvioidaan myös päihteidenkäyttäjien laitostuntoutuksen tarve ja myönnetään tarvittaessa maksusitoumus jatkohoitoon. Päihdekliniikan henkilökunta koostuu palvelupäälliköstä, kolmesta sairaanhoitajasta (yksi psykiatrinen sairaanhoitaja), sosiaaliohjaajasta, kahdesta toimistosihiteeristä ja yksityiseltä sektorilta ostetusta lääkäripalvelusta. Alle 18-vuotiaat Lohjalaiset päihteidenkäyttäjät ja heidän omaisensa saavat apua terveysneuvontapistteestä; Helpin sairaanhoitajalta. Käynti Helpissä on maksutonta ja luottamuksellista. Nuori voi saada neuvoa ja ohjausta Helpistä myös hänen ystävänsä

päihteiden käytössä. Terveysneuvontapisteen sairaanhoitajan tehtävänä on: hoitaa alaikäisten päihteidenkäyttäjiä, antaa tartuntatautiasetuksen mukaisesti suonensisäisiä huumeita käyttävälle tarpeelliset käyttövälineet sekä näiden asiakkaiden neuvominen hoitoon hakeutumisessa ja terveydellisissä asioissa. (S. Iltanen, 2012.)

Mikäli poliklinikalla asiakkaalle tarjottava hoito ei ole riittävä, hänet voidaan ohjata Tyyninharjun terveysaseman katkaisuhuitoon. Tyyninharjun terveysaseman katkaisuhoidon kesto on 2-5 päivää riippuen asiakkaan avun tarpeesta. Ellei tämä katkaisuhoido riitä ja asiakas tarvitsee pidempää päihdekuntoutusta, silloin hän voi saada maksusitoumuksen pitempiaikaisempaan katkaisuhoidoon Espoon A-klinikan katkaisuhoidoasemalle tai Tammisaaren Raaseporin katkaisuhoidooyksikköön. Espoon katkaisuhoidoitoon siirtyvät suomenkieliset asiakkaat ja Raaseporin katkaisuhoidoitoon ruotsinkieliset asiakkaat. Raaseporin katkaisuhoidoitoyksikössä hoidetaan täysi-ikäisiä erilaisten päihteidenkäyttäjiä. Yksikön tavoitteena on päihteiden käytön katkaisu ja vieroitusoireiden lievittäminen sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen. Vieroituksen hoitajakso on noin viikko ja psykososiaalinen kuntoutus on kaksi viikkoa. (Raaseporin kaupunki 2009-2012.)

Espoossa katkaisuhoidoitoa antaa A-klinikan kriisi- ja vieroitusosasto, joka on tarkoitettu täysi-ikäisille päihteidenkäyttäjille. Hoitajaksoilla tehdään myös hoidontarpeen arviointi, jonka tavoitteena on suunnitella ja järjestää asiakkaalle jatkohoidoitoa. Hoitajakson pituus on yksilöllistä riippuen asiakkaan tilanteesta. Alkoholivieroituksen perusjakso on 8 vuorokautta ja vaikean vieroitushoido on 14 vuorokautta. Espoolaiset pääsevät katkaisuhoidoitoon päivyistyksen kautta ilman lähetettä. Ulkopaikkakuntalaisilta vaaditaan lähete. (Espoon A-klinikkatoimi 2012.)

Katkaisuhoidon jälkeen asiakas voi kotiutua. Mikäli asiakas saa arvioinnin pitempiaikaisen päihdekuntoutuksen tarpeesta, hänet voidaan siirtää laitoshoidoitoon. Lohjan kaupungilla ei ole omaa laitoshoidoitoyksikköä. Laitoskuntoutuksessa oleville asiakkaille, jotka tarvitsevat jatkossa päihdeetöntä asumisympäristöä kuntoutumiseensa tueksi, Lohjan kaupungilla on oma yksikkö; Paloniemen Harjulan päihdeetön asumisyhteisö. Paloniemen Harjulan asumisyhteisön palvelut on suunnattu vain Lohjalaisille. Lohjalaisille ja Lohjan alueen päihdepalveluun kuuluville kuntalaisille ostetaan palveluja toisissa kunnissa sijaitsevilta yksityisiltä tuottajilta. (S. Iltanen, henkilökohtainen tiedonanto 29.5.2012.) Paloniemessä sijaitsevassa Harjulassa on tällä hetkellä 9 asuntoa ja suunnitelmissa on saada tänä vuonna 4 lisäasuntoa samaan pihapiiriin. Tukiasuntojen määrän lisäämisen tavoitteena on ollut kehittää toiminnan sisältöä hoivapalvelusta kohti tuettua päihdeetöntä palvelua, joka on osa Lohjan päihdepalveluita. (Lohjan kaupunki 2012.) Lohjan kaupunki ostaa päihdekuntoutusta päihdeasiakkaille muutamilta yksityisiltä palveluntuottajilta eri puolilta Uuttamaata. Päihdehuollon laitoshoidoitoa ei ole kilpailutettu Lohjalla, minkä vuoksi laitoshoidoitoa paikkojen valinta ei ole rajoitettu. Päihdekliniikka voi auttaa asiakasta löytämään sopivan hoitopaikan huomioimalla asiakkaan hoidon tarpeen ja

neuvottelemalla asiakkaan kanssa. (S. Iltanen, henkilökohtainen tiedonanto 29.5.2012.) Tässä opinnäytetyössä esitellään muutamia päihde- ja mielenterveyskuntoutusta toteuttavia hoitopaikkoja esimerkkinä eri tyyppisistä hoitopaikoista.

Sanaskoti on päihde- ja mielenterveyskuntoutuskeskus, jossa kuntoutetaan aikuisia päihde- ja mielenterveysasiakkaita. Toiminnan tavoitteena on kuntouttaa päihde- ja mielenterveysasiakkaita auttaakseen heitä saavuttamaan itsenäisemmän elämän. Kuntoutus tapahtuu säännöllisesti riippuvuushoito-ohjelman avulla. Kuntoutuksessa tuetaan ja edistetään asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä arjen tehtävistä ja samalla asiakkaan sosiaalisia suhteita tuetaan. (Sanaskoti 2012.)

Karismakoti on kristillinen hoitokoti, joka tarjoaa kuntoutusta päihdeongelmallisille miehille. Kuntoutukseen haetaan sosiaalitoimen, seurakunnan kautta tai asiakas voi itse ottaa henkilökohtaisesti yhteyttä. Karismakodissa on yhden ja kahden hengen huoneita ja paikkoja on 14. (Sininauhaliitto 2012.)

Ridasjärvi on päihdehoitokeskus, joka tarjoaa laitoshoidon kuntoutusta päihderiippuvaisille miehille, naisille ja pariskunnille. Kuntoutus kattaa perussosiaalityötä, verkostotyötä, ryhmätoimintaa, työtoimintaa, terveyden- ja sairaanhoitoa sekä vapaa-ajan toimintaa. (Hyvinvointipalvelut 2008.)

Järvenpään sosiaalisairaala on suomen ainoa päihteidenkäyttäjien hoitoon erikoistunut sairaala. Sairaalassa hoidetaan päihderiippuvaisia asiakkaita ja heidän läheisiään. (Hyvinvointipalvelut 2012.)

Onnistuneen laitoshoidon jälkeen asunnottomalle asiakkaalle voidaan hakea kaupungin asuntoa tai hän voi vaihtoehtoisesti hakeutua ensin päihteettömään tukiasumiseen; Paloniemessä sijaitsevaan Harjulaan. Laitoshoidon jälkeen toivotaan asiakkaan jatkavan avohoitoa päihdekliniikalla, AA-ryhmissä tai A-killassa. Mikäli laitoshoidon jälkeen asiakas jatkaa vielä päihteiden käyttöä hänet ohjataan uudelleen katkaisuhoidon tai tiiviiseen avohoitoon; päihdekliniikalle. Lisäksi eri puolilla Lohjaa on saatavilla erityisasuntoja niille asiakkaille, jotka ovat haluttomia lopettamaan päihteiden käyttöä eikä asuminen onnistu normaaliasunnossa. Asuntotoimi tarjoaa jossain tapauksissa näitä erityisasuntoja vuokraa vastaan päihteidenkäyttäjille. Erityisasunnoissa päihteiden käyttö on sallittua ja hoitoon voi hakeutua vapaaehtoisesti. (S. Iltanen, henkilökohtainen tiedonanto 29.5.2012.)

2.5 Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät

Suomalainen sosiaali- ja terveystalvet on järjestetty hajauttamalla ne kunnille, mutta paikallishallinnolta puuttuu asiakasryhmäkohtaisen hyvinvointivajeiden ja palvelutarpeiden tunnistamista varten seurantajärjestelmät. Huono-osaisimmat päihdeasiakkaat ovat erityisen alttiita jäämään palveluverkon ulkopuolelle, mikä on lisääntynyt yhteiskunnassa. Keskeisiä hoitoon pääsyn ongelmia ovat päihdeasiakkaiden ongelmien ja päihdepalvelujärjestelmän kohtaaminen, pitkät jonot palveluihin, peruspalveluissa ammattitaidon puute ja kielteiset asenteet päihdeongelmaisia kohtaan sekä erityispalveluissa paikkojen pitkät etäisyydet. (Rönkä & Virtanen 2009, 62-68.)

Sosiaali- ja terveyshuollon palveluissa päihdeongelmalliset asiakkaat eivät ole haluttuja asiakkaita. Näille asiakkaille on ominaista huono-osaisuus muun muassa työttömyys, asunnottomuus, puutteellinen asuminen, perhesuhteiden puute, matala sosioekonominen asema, eri päihteiden sekakäyttö, somaattinen sekavuus ja mielenterveyshäiriöt samanaikaisesti. Näille asiakkaille hoitoon pääsy ei ole aina yksinkertaista esim. maksusitoumuksen saanti jatkohoitoon saattaa olla hankalaa. Lisäksi on hyvin tavallista, että päihdetyöntekijät suhtautuvat asiakkaisiin ennakkoluuloisesti. Työntekijöiden kielteinen suhtautuminen päihdeasiakkaisiin on katsottu olevan tapana Suomen lisäksi myös muissa maissa. Päihdetapauslaskentojen (1987-2003) mukaan suhtautuminen päihdeasiakkaisiin voisi antaa kuvan järjestelmätasolla tapahtuvasta muutoksesta. Avopalveluissa asiakkaisiin suhtautuminen on tiukentunut vuosien myötä ja tämä muutos näkyy eniten sosiaalitoimistoissa, mielenterveyspalveluissa, terveyskeskuksissa ja A-klinikoissa. Lisääntyneet asiakkaiden valikoinnit osoittavat sen, että päihteet ja päihteiden käyttö eivät ole päihdepalveluiden keskeisiä asioita, vaan jokin muu. (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 117-119.)

Toimintatapojen muutoksiin saattaa löytyä useita syitä, mutta ne eivät selviä aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Kuitenkin avopalveluissa suositaan ajanvarauskäytäntöjä ja noudattavia ja hoitosuhteisiin sitoutuvia sekä sosiaalisimpia päihdeongelmaisia. (Kaukonen 2005, 315-320.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaat eivät ole vuosien saatossa tulleet raittiimmiksi. Syynä on todennäköisemmin se, että päihdejärjestelmä valikoi asiakkaitaan ja jättää ulkopuolelle yhä enemmän päihdeongelmaisia asiakkaita käyttämällä heitä koskevia tiukkoja normeja. (Nuorvala ym. 2007, 117-119.)

Nykyisen päihdepalvelun hoitojärjestelmän sisäinen rakenne ja työnjako on yksi syy hoitoon pääsyn kynnyksistä. Hoito- ja palvelujärjestelmän pitkälle viety erikoistuneisuus saattaa toimia esteenä huono-osaisempien päihteidenkäyttäjien hoitoon pääsyyn. Psykiatrisesti sairaat sekakäyttäjät ja kaksoisdiagnoosin omaavat ovat kaikkein huonoimmin sopivia asiakasryhmiä hoitojärjestelmälle, sillä he ovat alttiimpia putoamaan päihdehuollon eri linjojen väliin. Palvelujärjestelmä sopii asiakkaille, joilla on vain yksi selkeä sairaus ja riippuvuus yhdestä päihdeestä kerrallaan. (Törmä 2007, 107.) Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden syrjäytymistä päihdepalve-

luista voidaan ehkäistä tiivistämällä palveluverkkoja, tehostamalla asiakaskohtaista palveluohjausta ja selkeyttämällä sekä vahvistamalla asiakkaan asemaa. Palveluohjauksen tehostamiseen tarvitaan pysyviä resurssilisäyksiä ja palvelupolitiikan uudenlaista määrittelyä ja ohjausta. (Kaukonen 2005, 218-220.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) selvityksen mukaan Suomen kymmenessä suurimmassa kaupungissa päihdepalvelujen jonotuskäytännöt olivat yksiköittäin vaihtelevia. Useimmissa yksiköissä päihdeidenkäyttäjät eivät joutuneet jonottamaan lainkaan. Hoitoon pääsy ei ollut mahdollista samana päivänä täysinäisten laitospaikkojen vuoksi. Useimmissa laitoshoidon yksiköissä paikat olivat täynnä alkuviikosta ja loppuviikosta jonotusajat olivat lyhyitä. Alkoholi- ja katkaisuhoidon jaksojen pituuden vaihtelu oli asiakkaiden kunnosta riippuen päivistä muutamaksi viikoksi. Keskimääräinen pituus vaihteli noin viidestä seitsemään vuorokauteen. Kahden tai kolmen viikon hoitoajat johtuivat asiakkaiden jonottamisesta pidempiaikaisiin kuntoutuspalveluihin. Jonotusajat kotona hoitajaksojen välillä lisää päihdeidenkäyttäjien riskiä ajautua päihdeiden käyttöön. Renkon ja Vuorisen (2006), Korhosen (2007) sekä Heiskasen ja Koron (2008) mukaan kuntoutuspalveluihin pääsemiselle tarvitaan asiakkaan tilan arviointi ja maksusitoumus. Päätöksen saaminen voi pitkittää katkaisuun pääsyä. (Kekki & Partanen 2008, 27.)

Jonojen lisäksi hoitoon pääsyn korkea kynnyksisyys muodostavat hoitajien puutteet osaamisessa ja asenteissa. Nämä on katsottu liittyvän terveydenhuollon henkilöstön resurssipulaan. Näin ollen päihdeidenkäyttäjät oletetaan jääneen palvelujen ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kiire ja työpaine ovat todellisia ongelmia, toisaalta päihdeidenkäyttäjien kohdalla tehtävä työ koetaan ikään kuin ylimääräisenä lisärasituksena eikä koeta työhön kuuluvina perustehtävinä. (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005, 8.)

Kuntien ja kuntayhtymien palveluissa on puutteita erityisesti ehkäisevässä päihdetyössä, päiväkeskustoiminnassa, asumistoiminnassa ja mini-interventiotoiminnassa. Toisaalta katkaisuhoidon, A-klinikoiden ja kuntouttavan laitoshoidon palvelut ovat riittäviä. Erityinen puute päihdepalveluissa näkyy pienemmissä (alle 20 000 asukkaan) kunnissa. Verrattaessa vuoden 2005 Päihdebarometriin päihdepalvelujen riittämättömyys on kasvanut kaikkien muiden palvelujen kohdalla lukuun ottamatta A-klinikoiden ja laitoshoidon palveluja. Suurin päihdepalvelujen lisääntymisen tarpeen huoli korostui huumeidenkäyttäjien hoidon, terveysneuvonnan, asumis- ja palveluiden ja päiväkeskustoiminnan arvioinnissa. Pienissä kunnissa päihdepalvelujen tarve on säilynyt ennallaan ja suurissa kaupungeissa tarve on koettu lisääntyneen. Useimmin palvelutarpeiden lisääntymistä koettiin ehkäisevässä päihdetyössä ja harvemmin huumeidenkäyttäjien terveysneuvonnassa. (Piispa, Kujasalo, Laari, Lindeberg, Opari, Tella & Varamäki 2007.) Kuntien pitäisi tehostaa palvelujen tilaajaosaamistaan. Palvelujen markkinoinnin tulee vastata myös toimivia markkinoita, koska ilman sitä palvelu on tehotonta. (Kaukonen 2005,

10.) Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut seuraavat määräykset: ehkäisevässä päihdetyössä palveluja on lisättävä, huumehoitopalvelujen on oltava riittäviä, syrjäytymisen torjuntaa varten hallintojen toimintaa on tiivistettävä ja asunottomuutta on vähennettävä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 17).

Pelkällä päihdepalvelujen lisäämisellä ei voida ratkaista palvelujärjestelmän rakenteellisia ongelmia, jotka asettavat kynnyksiä ja esteitä palveluihin pääsulle (Inkeroinen & Partanen 2006, 44). Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden syy johtuu ajatus siitä, että palveluiden pitäisi olla jotenkin vaikeasti saatavia ja erityistä tavoittelemista vaativia, kilvoittelemista ja hoitomotivaation osoittamista. Mäkelän, Niemisen & Törmän (2005) ja Törmän, Huotarinen & Inkeroinen (2003) mukaan hoitoon jonottaminen on ajateltu vahvistavan asiakkaan motivaatiota. Tästä huolimatta pitkät jonotusajat katkaisuhoidon eivätkä ole hyväksi kaikkein huono-osaisimmille päihteidenkäyttäjille, koska heidän akuutin avun tarpeensa vuoksi odotusajat lannistavat entisestään ja pitkittävät asiakkaan sietämätöntä tilannetta sekä lisäävät ongelmia. Päihdepalvelun korkea tavoitteellisuus aiheuttaa helposti tilanteita, joissa eniten apua tarvitsevat päihteidenkäyttäjät jäävät ilman tukea. (Hänninen, Karjalainen & Lehtelä 2007, 106.) Lisäksi palvelukynnyksellä ei ole koettu olevan vaikuttavuutta tai taloudellisuuden kannalta merkittävää, sillä päihdepalvelun hoitoon pääsyn vaikeuttaminen aiheuttaa suoria tai välillisiä hoitokustannuksia. Palveluihin pääsyn helpottamiseksi olisi tärkeää tarjota vaikeimmin päihde- ja moniongelmaisille yhdeltä luukulta kokonaisvaltaisia palveluja. (Kaukonen 2005, 311-312.)

2.6 Kuntien päihdepalvelujen väliset erot

Suomessa päihdepalveluiden järjestämisessä ja päihdetyön osaamisessa on huomattu suuria eroavaisuuksia, sillä joissakin kaupungeissa ja kunnissa on vahvat päihdepalvelut ja päihdetyön ammatillinen osaaminen ja toisissa kunnissa sitä vastoin molemmat puuttuvat. Tämän takia päihdepalvelujen asiakkaat ovat katsottu olevan eriarvoisessa asemassa riippuen heidän asuinalueestaan. Päihdepalvelut ovat suurimmat ryhmät sosiaali- ja terveyshuollon palveluista, joissa esiintyy alueellista eriarvoisuutta. Seutukunnallinen päihdepalvelu mahdollistaa päihdeasiakkaiden palvelun yhdenmukaisuuden paremmin koko Suomessa. Mikäli päihdepalvelut järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluina, tulee varmistaa, ettei kuntien omien palveluiden kehitys laantuisi tukeutuessa isäntäkuntiin, päihdepalvelusäätiöihin tai kuntayhtymiin. (Kekki & Partanen 2008, 55.)

Kuntien väliset päihdepalvelujen asiakasmäärät eroavat toisistaan, siihen vaikuttavat useat tekijät varsinkin hoitoonohjauskäytännöt ja avohoitopainotteisuus. Esimerkiksi kuntien laitospalvelujen väheneminen ei selity hoidon tarpeen vähenemisellä, vaan sillä pyritään vähentämään sosiaalitoimen kustannuksia. Nykyään päihteidenkäyttäjien hoitaminen on pyritty kes-

kittämään yhä enemmän perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon palveluihin. Tulevaisuuden kannalta on katsottu hankalaksi se, ettei päihdepalvelua oleteta olevan palvelujärjestelmän keskipisteenä, vaan päihteidenkäyttäjät katsotaan marginaalisina ja häiriötä tuottavina kuin hoitoa tarvitsevinä asiakkaina. (Kekki & Partanen 2008, 55-56.)

2.7 Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Hölttä (2006) on selvittänyt pro gradu-tutkielmassaan seikkoja, jotka olivat hankaloittaneet ja haitanneet kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja avun saantia. Tutkimusaineisto on kerätty fokusryhmähaastatteluina. Fokusryhmä koostui viidestä ryhmästä, jotka olivat nais- ja miespotilaat, heidän omaisensa, julkisen ja kolmannen sektorin työntekijät. Tutkimustuloksissa ilmeni, että monien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin vaikeudet johtuivat päihdepalvelurakenteesta ja hoitohenkilökunnan yleisestä asenteellisuudesta ja potilaan omasta motivaatiosta. Palvelujärjestelmän rakenteesta johtuvat ongelmat olivat palveluiden epätarkoituksenmukaisuus, tiedonpuute ja epätasa-arvoisuus. Kaksoisdiagnoosipotilaiden mukaan asenteellisuudesta johtuvia hoidon ja avun saannin esteitä olivat epäinhimilliset, leimaavat, syrjivät kohtelut ja piittaamattomuus. (Hölttä 2006 19, 29-46.)

Törmä (2009) on tarkastellut väistös kirjassaan matalaa kynnystä ja matalan kynnyksen palveluja huono-osaisempien huumeidenkäyttäjien kannalta. Neljän tutkimuksen avulla on selvitetty, onko kynnys matalan kynnyksen palveluissa huono-osaisempien huumeidenkäyttäjien kannalta aina matala. Aineistoina on käytetty vuosien 2001-2006 kerättyjä huumeidenkäyttäjien, päihdetyöntekijöiden ja muiden asiantuntijoiden haastatteluja, potilastietoja ja asiointirekistereitä. Ensimmäisessä tutkimuksessa tarkastellaan pääkaupunkiseudulla toimivan liikuvan terveysneuvontayksikön kykyä tavoittaa huumeidenkäyttäjät. Toisessa tutkimuksessa selvitetään huumeiden käytön esiintymistä matalan kynnyksen päiväkeskuksessa sekä huono-osaisten huumeidenkäyttäjien ominaispiirteitä ja heidän päihteiden käyttöönsä. Kolmannessa tutkimuksessa tutkitaan huono-osaisen ryhmän ominaisuuksia asiakkaina ja avun tarvitsijoina sekä heidän vaikeuksiaan toimia hoitojärjestelmän mukaisesti. Neljännessä tutkimuksessa tarkastellaan Viipurin huumeidenkäyttäjät ja yritystä viedä matalan kynnyksen terveysneuvontapalvelu toisenlaiseen yhteiskuntaan. (Törmä 2009.)

Tutkimuksessa selviää, että moniongelmaisten ja huono-osaisten huumeidenkäyttäjien taustalla on ollut pitkälle edennyt syrjäytyminen, asunnottomuus, päihteiden sekakäyttö, psyykkiset ja fyysiset sairaudet sekä vankilakierre. Matalakynnys ei ole huono-osaisten huumeidenkäyttäjien pääsyn päihdepalvelupiiriin kannalta aina riittävän matala. Päihdepalveluihin pääsyä vaikeuttavia tekijöitä olivat erilaiset hoitojärjestelmät, itse huumeidenkäyttäjät ja toimintaympäristöstä nousevat tekijät. Jatkohoitoon pääsyä varten huono-osaisten huumeidenkäyttäjät törmäävät kaikkein suurimpiin vaikeuksiin, jotka johtuvat palveluiden joustamatto-

mista rakenteista, menettelytavoista ja työnjaoista sekä huumeidenkäyttäjien omista heikkouksistaan toimia hoitojärjestelmän odottamalla tavalla. Moniongelmaiset huumeiden sekakäyttäjät eivät ole sopivia asiakkaita nykypäivän päihdepalvelujärjestelmälle, koska niissä hoitomotivaatio-odotukset ovat vaativia. Venäjällä hoitoon pääsyä vaikeuttavat yhteiskunnan huumeidenkäyttäjiin kohdistuva ankara kontrollipolitiikka, hoitojärjestelmän niukkuus ja huumeiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämisen sitoutumattomuus. Tutkimuksen mukaan yksinään hoitojärjestelmän retoriikalla ei voida määrittää kynnyksen mataluutta. Huumeidenkäyttäjän kokemukset ja palveluihin aktiivinen hakeutuminen on riippuvainen palveluiden kynnyksistä. Kynnys ei ole samanlaista kaikkien asiakkaiden kohdalla. (Törmä 2009.)

Mattila- Aalto (2010) on tutkinut väistökirjassaan entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muotoja, mekanismeja ja mahdollisuuksia. Tutkimuksessa haastateltiin vuonna 2006 päihdekuntoutujia, viittä naista ja kahdeksaa miestä, jotka olivat iältään 26-65-vuotiaita. Kuntoutujien taustalla oli 15 vuoden ajan kestänyt päihteiden käyttö, jonka jälkeen he olivat haastatteluhetkellä olleet raittiina 5-12 vuoden ajan yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta. Kyseisen henkilön päihderiippuvuus oli alle viisi vuotta ja raittius oli haastatteluhetkellä yli kolme vuotta. Haastattelussa suuriosa päihdekuntoutujista kertoivat olleensa päihteiden sekakäyttäjiä ja kaksi heistä kertoi käyttäneensä vain alkoholia. Päihteiden käytön aloittamisikä oli alle 12-vuotiaina neljällä henkilöllä, kuudella nuoruusikäisenä ja kolmella aikuisikäisenä. Haastateltujen päihdekuntoutujien elämässä on ollut turvattomuutta ja kuulumattomuuden tunteita. Suuriosa kuntoutujista oli kokenut lapsuudessaan ja nuoruudessaan rankkoja aikoja esim. seksuaalista hyväksikäyttöä, laitoksissa elettyjä aikoja, vanhempien päihteiden käyttöä, väkivaltaa ja psyykkistä sairautta. Päihteidenkäyttäjistä ainoastaan kolme kokivat elämänsä olleen jotenkin tasapainossa ennen päihteiden käytön aloittamista. Toisaalta kaksi heistä oli kokenut lapsuuden perheessään väheksyntää ja ulkopuolisuutta. (Mattila-Aalto 2010, 45-46.)

Korhonen (2002) on tutkinut asunnottomuutta Helsingissä. Tutkimuksessaan hän selvittää myös asunnottomuuden taustalla olevia rakenteellisia tekijöitä kohdistamalla tutkimuksensa erityisesti Helsingin ja pääkaupunkiseudun asuntopulaan ja vuokra- asumisjonoihin. Asunnottomaksi jääneitä henkilöitä, heidän taustoja ja asumisuria kuvataan tutkimuksessa yksilötasolla. Helsingissä vuokra-asuntojen korkeat hinnat aiheuttavat asunnottomuutta. Asunnottomuuden taustalla on myös köyhyys, syrjäytyminen, päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat. Tutkimus tuo esille sen, että asunnottomuuden ennaltaehkäiseminen ja korjaaminen on halvempi ratkaisu kuin ongelmien jättäminen hoitamatta. Tutkimuksesta selviää myös, että asunnottomille sijoitetut asunnot ja asuntolat pelottavat nykyisiä asuinalueen asukkaita, koska he pelkäävät asuinalueensa leimautumista ja taantumista. Tilannetta on pyritty ehkäisemään monin eri tavoin, mutta tilanne asunnottomuuden ja syrjäytymisen kannalta ei näytä edistyvän. (Korhonen 2002, 9-85.)

Sosiaalikehitys Oy ja Pikassos Oy olivat yhdessä tehneet vuonna 2005 tutkimuksen, jossa kar-
toitettiin päihdeongelmaisten kohtaamia esteitä palveluihin hakeutumiseen ja palvelujen
saantiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimus on osa Pikassos Oy:n matalan kyn-
nyksen palvelujen kehittämishanketta, joka on toteutunut vuonna 2004. Pikassos Oy hanke on
taas osa vuosina 2003-2007 toteuttunutta sosiaalialan kehittämishankkeen osahanketta ni-
meltään päihdepalvelujen kehittäminen. Sosiaalialan kehittämishankkeen painopiste oli kan-
salaisen näkökulman korostaminen, palvelujen saatavuus, palvelujen asiakaslähtöisyys ja laa-
dun kehittäminen. Tutkimuksen tarkoituksena oli tukea päihdepalvelujen kehittämistä sosiaa-
lialan kehittämishankkeen tavoitteen suuntaan. Tutkimuksessa haastateltiin päihdeongelmai-
sia asiakkaita, hoito- ja palvelujärjestelmän työntekijöitä ja muita asiantuntijoita. (Mäkelä,
Nieminen & Törmä 2005.)

Tutkimustuloksissa tuli esille paljon erilaisia päihdepalveluihin pääsyä hankaloittavia ja es-
täviä kynnyksiä, jotka tarkistettiin kahdelta eri näkökulmalta. Ensimmäisessä näkökulmassa
tarkistettiin niitä tekijöitä, joiden vuoksi päihteidenkäyttäjät eivät järjestelmän puutteissa
saa hoitoa tai palvelua. Toisessa näkökulmassa tarkistettiin taas niitä tekijöitä, joiden vuoksi
päihteidenkäyttäjät eivät hae hoitoa tai palvelua. Päihteidenkäyttäjien hoidon tai palvelun
saantia heikentäviä ja estäviä tekijöitä olivat pitkät jonot sosiaali- ja terveydenhuollon palve-
luihin, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen ja asenteen puute, asiak-
kaan hoidontarpeen edellyttämien palveluiden puute, kiire ja työpaineet sosiaali- ja tervey-
denhuollon palveluissa, palvelujärjestelmä, päihdepalveluihin pääsyn säännöt ja ehdot, päih-
depalvelujen aukioloajat, sijainti ja olosuhteet. Päihteidenkäyttäjien päihdepalveluihin ha-
keutumista heikentäviä tekijöitä olivat köyhyys, toimintakyvyn ja sosiaalisen tuen puuttumi-
nen, päihteidenkäyttäjien haluttomuus tunnistaa ja myöntää avun tarvetta, uskottomuus avun
saannin mahdollisuuteen, häpeän, menetyksen ja uhan kokeminen sekä alakulttuuri. (Mäkelä
ym. 2005.)

Päihdepalveluissa jonoja nähtiin olevan eniten katkaisuhoidossa ja myös laitосkuntoutuksessa
sekä korvaushoidossa on jonoja. Jonot johtuivat asiakkaiden priorisoinnista ja päihdeasiakkai-
den kyvyttömyydestä noudattaa jonotuskäytäntöjä. Kiireellisessä tapauksessa pakollinen jo-
notus heikentää asiakkaan motivaatiota, terveyttä ja sosiaalista tilannetta. Joissain haastat-
teluissa tuli esille, että päihdepalvelujen suurkäyttäjät hakevat apua väärin tarkoituksiin
esimerkiksi, raitistumisen ja elämänmuutoksen sijasta apua haetaan elämän perustarpeisiin,
kuten lepo ja ravinto. (Mäkelä ym. 2005.)

Ammattihenkilöiden puutteet osaamisessa ja asenteissa katsottiin johtuvan sosiaali- ja ter-
veydenhuollon henkilöstön resurssipulasta ja vähäisestä päihdetyöntekijöiden koulutusmah-
dollisuuksista, minkä takia päihteidenkäyttäjien asiat jäivät vähemmälle huomiolle. Kynnyk-
sen ylittäminen päihdepalveluihin oli vaikeaa huonokuntoisimmille ja syrjäytyneimmille päih-

teidenkäyttäjille, koska heidän toimintakykynsä oli heikentynyt eikä heillä ollut auttavia tukihenkilöitä. Huonokuntoisimmat ja syrjäytyneimmät päihdeasiakkaat tarkoitettiin mielenterveyshäiriöitä omaavia päihdeidenkäyttäjiä ja huumeidenkäyttäjiä, joilla katsottiin olevan suuri riski palata takaisin niihin ympäristöihin, joista he olivat lähteneet esim. kadulle. Tutkimustulosten mukaan pitkälle eriytynyt päihdepalvelujärjestelmä aiheuttaa sen, että päihdeidenkäyttäjät, varsinkin sekakäyttäjät saattavat hakeutua hoitoon väärään paikkaan. (Mäkelä ym. 2005.)

Ikola (2010) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan nuorten mielipiteitä päihdepalveluista. Tutkimuksessa selvitetään päihdepalveluiden piirissä olevien 18-25-vuotiaiden nuorten käsityksiä nykyisistä päihdepalveluista ja myös siitä, millaisia päihdepalveluja nuoret haluaisivat, jotta ne parhaiten vastaisivat heidän tarpeitaan. Tutkimusta varten haastateltiin teemahaastattelulla kuusi nuorta päihdeidenkäyttäjää naista ja miestä, joilla oli kokemusta päihdepalveluista. (Ikola 2010.)

Tutkimustulosten perustella nuoret pitivät nykyisiä päihdepalveluja passiivisina, minkä takia he toivoivat päihdepalveluiden toimivan aktiivisesti tulevaisuudessa. Passiivisuutta koettiin liittyvän työmuotoihin ja työntekijöiden suhtautumiseen asiakkaisiin sekä päihdehoitopaikkoihin. Nuoret kaipasivat päihdehoitotyöstä nykyistä enemmän monipuolista toimintaa ja aktiiviteettejä päihdeidenkäyttäjien viihtyvyyden turvaamiseksi. Nuoret pitivät liikunnalliset aktiiviteetit ja ulkoilu sekä erilaiset yksilö- ja ryhmämuotoiset päihdehoitomuodot aktiviteetteinä. Useiden eri päihdepalvelujen työntekijöiden työtettä koettiin passiiviseksi, tämän vuoksi nuoret toivoivat hoitohenkilökunnalta parempaa paneutumista heidän ongelmiinsa ja myös parempaa aktiivisuutta ja kiinnostusta päihdeasiakkaita kohtaan. Asiakkaita oli kohdeltu eritavalla päihdepalveluissa, joista parasta palvelua he kokivat saaneensa avopalveluissa ja huonointa laitoshoidossa. Päihdetyöntekijöiden kohtelutapa nuoria päihdeidenkäyttäjiä kohtaan oli kehitettävää ja koulutusta vaativaa. Nuoret kokivat avohoitopalvelujen toimivan hyvin. Hoitoon pääsy vaihteli toimipisteittäin. Nuorisoasemille ja A-neuvoloihin oli helppo päästä, kun taas lääkärin vastaanotolle oli vaikea päästä. Jatkohoitopaikkoihin oli myös vaikea päästä pitkien jonojen vuoksi. Nuoret kokivat, että he eivät osanneet tehdä päätöksiä omasta hoidostaan. Näin ollen he eivät pystyneet riittävästi vaikuttamaan omaan päihdehoitoonsa. Tutkimus osoitti, että päihdepalvelut eivät pysty riittävästi vastaamaan nuorten tarpeisiin. (Ikola 2010.)

Särkelä (2009) on tarkastellut pro gradu-tutkielmassa ”Miten huono-osainen voi olla osallinen” päihdeidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, vankien ja asunnottomien osallisuutta ja aktiivista kansalaisuutta. Tutkimusta varten hän on koonnut vuosilta (1978-2008) suomalaisia tutkimustietoja liittyen vankien, päihdeidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien ja asunnottomien osallisuutta, vaikuttamista, osallistumista ja aktiivista kansalaisuutta. Yksi tutkimuk-

sen päätavoitteista on saada kokonaiskuva erityisryhmien osallisuudesta, osallistumisesta ja aktiivisesta kansalaisuudesta hakemalla vastausta kysymykseen: Miten ja miksi huono-osainen ihminen syrjäytyy osallisuudesta ja osallistumisesta? Lisäksi tutkimuksessaan Särkelä tarkastelee sitä, miten yhteiskuntapolitiikka ja kansalaisyhteiskunta voisi toimia huono-osaisten osallisuuden vahvistajina. (Särkelä 2009.)

Tutkimustulosten mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa löytyy kahta eri kansalaisuutta, jotka ovat aktiivisia toiminnallisia ja passiivisia toiminnan kohteena olevia kansalaisuuksia. Päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, asunnottomien ja vankien kansalaiskuva kuuluu jälkimmäiseen ryhmään. Heitä on katsottu päätyvän toiminnan kohteiksi varsinkin palvelujärjestelmän tasolla. Huono-osaisten, päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, asunnottomien ja vankien omaehtoiselle osallistumiselle on tärkeä aktivointi, integraation ja objektiivisuuden häivähdykset. Tutkimustulosten mukaan kyseisen ryhmän osallisuutta, osallistumismahdollisuuksia ja aktiivista kansalaisuutta voidaan parantaa seuraavilla toimintatavoilla: ottamalla huomioon ihmisten ajattelurakenteita ja asenteita, muokkaamalla palvelujärjestelmää ihmislähtöisempään suuntaan, kehittämällä eri toimijoiden yhteistyötä sekä matala kynnyksisiä osallistumismuotoja, tekemällä tutkimusta huono-osaisten osallisuudesta ja osallistumismahdollisuuksista, missä huono-osaisten ihmiset ovat mukana toimijoina ja tulkitsijoina. Osallisuuden parantamiseksi on tärkeä myös ottaa huomioon huono-osaisten voimavaroja ja saada heidät aktiiviseksi toimijoiksi heidän elämäänsä koskevassa päätöksenteossa, mikä mahdollistaa palvelujärjestelmän kehittäminen ihmislähtöisempään suuntaan. Tutkimustulosten mukaan huono-osaisten on vaikeampi olla osallinen verrattuna valtaväestöä, tämän vuoksi heidän osallisuutensa näyttää heikommalta. Osallisuuden ongelmat esiintyvät elämää koskevissa päätöksenteoissa, sosiaalisissa suhteissa ja lähiyhteisön toimintaan osallistumisessa. Tulevaisuudessa näiden ihmisten osallisuus tulee ottaa enemmän huomioon. Vaikuttamalla asenteisiin voidaan päästä eroon syrjinnästä, poissulkemisesta ja leimautumisesta. (Särkelä 2009.)

Niemi ja Viinikka (2006) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan "Ei huolta huomisesta. Laaja-alainen erityisopetus ja tulevaisuuskasvatus koulutuksellisen syrjäytymisen ehkäisijänä" syrjäytymisvaaran esiintymistä yläkoulun erityisopetuksessa käyvillä oppilailta ja erityisopetuksen mahdollisuuksia ehkäistä syrjäytymistä. Tutkimuksessa selvitetään myös sitä, mitä erityisopetuksessa käyvät oppilaat ajattelevat omasta tulevaisuudestaan ja miten erityisopetusta voi tukea syrjäytymisvaarassa olevien oppilaiden positiivista tulevaisuusajattelua. Tutkimuksessa haastateltiin erään kantahämäläisen kolmea yläkoulun laaja-alaista erityisopettajaa ja kahta opinto-ohjaajaa sekä viittätoista erityisopetuksessa käyvää oppilasta vuoden 2005-2006 aikana. (Niemi & Viinikka 2006, 37-38)

Tutkimustulosten mukaan monet erityisopetuksessa käyvät oppilaat ovat syrjäytymisvaarassa. Näillä oppilailla on havaittu erilaisia yksilöllisiä vaikeuksia koulukäynnissä ja motivaation puutetta koulunkäyntiin. Oppilaiden koulukäyntiä vaikeuttavat heidän moninaiset ongelmat kuten oppimistarkkaavaisuus-, käyttäytymisongelmat ja sosiaaliset sekä psyykkiset ongelmat. Oppilaat eivät osanneet ajatella, mitä merkitystä koululla on tulevaisuuteensa. Monilla oppilailla oli epävarmoja ja negatiivisia ajatuksia tulevaisuutensa suhteen. Erityisopetus ja opinto-ohjaus katsottiin auttavan positiivisen tulevaisuusajattelun kehittymistä. Erityisopettajat ja opinto-ohjaajat sekä oppilaat kokivat erityisopetuksen hyödyksi koulukäynnin kannalta. Pienessä ryhmässä opiskelu, kiireettömyys ja opettajan riittävä aika katsottiin auttavan oppilaan oppimista. (Niemi & Viinikka 2006, 40-67.)

Ponsiluoma ja Yli-Rahasto (2007) on tarkastellut pro gradu-tutkielmassaan "Se on sitä, että jää yksin. Opettajien käsityksiä yksilöistä, ryhmistä ja syrjäytymisestä koulussa" lasten syrjäytymistä vertaisryhmistä. Tutkimuksessa kartoitetaan opettajien käsityksiä ryhmästä syrjäytyneistä lapsista. Tutkimusta varten haastateltiin luokanopettajia, erityisopettajia, joita oli yhteensä seitsemän. Haastattelu toteutettiin Hämeenlinnassa, Ilmajoella ja Seinäjoella. Tutkimustulokset toivat esille, että syrjäytymisen syitä oli useita eri tekijöitä, jotka jaettiin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisinä tekijöinä pidettiin lapsen oma haluttomuus osallistua ryhmän toimintaan ja haluttomuuden syynä olivat sosiaalinen kyvyttömyys, oppimisvaikeus ja käyttäytymishäiriöt. Ulkoiset tekijät olivat taas perhetausta, ulkonäköä, vaatteet ja ryhmän jättämä yksilön toiminnan ulkopuolelle ja yksilön kiusaaminen ryhmän toimesta. Perheen vaikutus lapsen sosiaaliseen osallistumiseen nähtiin siinä, että perheen ongelmat heijastuvat lapsen mahdollisuuksissa ja kyvyissä osallistua toimintaan. Harrastukset tai harrastuksettomuus nähtiin myös aiheuttavan yksilön syrjäytymistä ryhmästä. (Ponsiluoman ja Yli-Rahasto, 2007, 32-48.)

Laitinen (2003) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan "Syrjäytyminen valokeilassa" 1999-2001 välisenä aikana syrjäytymistematiikkaa käsitteiden tarkastelun ja empiirisen tutkimuksen kautta. Empiirinen osa käsittelee niiden asiakkaiden syrjäytymiskehitystä, jotka ovat osallistuneet pitkäaikaistyöttömien arviointiprojektiin. Projektiin osallistui 134 henkilöä, joilla oli fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tutkimustulosten mukaan monilla asiakkailla oli useita syrjäytymisen riskitekijöitä samanaikaisesti. Naisilla havaittiin enemmän sairauksia kuin miehillä ja molemmilla sukupuolilla oli yhtä paljon mielenterveysongelmia. Syrjäytymiseen oli monenlaisia syitä kuten lapsuudessa turvattomuuden kokeminen, päihteiden käytön aloittaminen nuorena (osalla kokeilunhalu), mielenterveysongelmat, koulussa kiusatuksi joutuminen, oppimisvaikeudesta selviytymättömyys, epäonnistuminen parisuhteessa ja heikko koulutus, johon liittyy työttömyyskokemukset ja pettymykset työmarkkinoilla. (Laitinen 2003.)

3 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Mitä käsityksiä päihdetyöntekijöillä on päihteidenkäyttäjien syrjäytymisestä?
2. Miten Lohjan kaupungin järjestämät päihdepalvelut eroavat sen lähikunnista?

4 Tutkimuksen toteutus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että haastatellaan valittuja henkilöitä ja haastattelun perusmuoto on avoin kysymysaihe tai teema. Haastattelukysymykset perustuvat teorianäyttöihin. (Tilastokeskus 2012; Vilkkä 2007, 25.) Laadullisen tutkimusmenetelmän valittiin, koska oli tarkoitus tehdä teemahaastattelu tietyille valituille yksilöille ja haastattelun kysymykset perustuivat teorianäyttöihin.

Haastattelun valinta perustuu siihen, että haastattelun avulla pystytään olemaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa päihdehoitotyöntekijöiden kanssa ja heille annetaan mahdollisuus kertoa omin sanoin tutkittavasta aiheesta. Haastattelun etuja ovat myös laajan tiedon saaminen tutkittavasta aiheesta, parempi mahdollisuus haastatteluaiheiden järjestyksen säätelyyn ja vastauksien tulkintaan. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204- 205.)

Haastattelumuotoja on pääosin kolme, jotka ovat yksilöhaastattelu, parihaastattelu ja ryhmähaastattelu (Hirsijärvi ym. 2010, 210). Näistä haastattelumuodoista valittiin parihaastattelu ja yksilöhaastattelu. Opinnäytetyössä haastateltiin Läntisellä-Uudellamaalla sijaitsevan erään yksityisen päihdehuollon laitoksen työntekijöitä. Haastatteluista kaksi oli parihaastattelu ja neljä yksilöhaastattelu. Aluksi suunniteltiin tehdä kolme parihaastattelu ja kaksi yksilöhaastattelu. Tämä ei onnistunut työntekijöiden kiireisen työaikataulun vuoksi. Parihaastattelun valittiin ajan säästämiseksi. Yksilöhaastattelu oli pakollinen valinta, koska haastateltavista kaksi oli yöhoitajia ja tämän vuoksi he eivät päässeet ryhmähaastatteluun. (Päihdehuollon laitos x työntekijöiden tapaamiskeskustelu 2012.)

Parihaastattelun tekoon tarvittavat ohjeet ovat samanlaiset kuin ryhmähaastattelussa, sillä se on yksi ryhmähaastattelun alamuoto (Hirsijärvi ym. 2010, 210). Ryhmähaastattelua pidettiin etuna, koska se on nopea tutkimustapa ja sen avulla luodaan haastattelijoiden yhteinen mielipide tutkittavasta asiasta (Hirsijärvi & Hurme 2009, 61-63). Näin ollen saadaan haastattelu haastateltavien näkökulmasta ja heidän äänensä kuullaan (Hirsijärvi ym. 2009, 48). Haastattelun yhteydessä käytettiin nauhuria, jonka avulla purettiin tutkimustuloksia.

Haastattelussa käytettiin teemahaastattelua, koska haluttiin haastattelun etenevän tiettyjen keskeisten teemojen mukaan yksittäisten kysymysten sijaan. Teemahaastattelu huomioi sen, että henkilöiden käsitykset tutkittavasta asiasta ovat tärkeitä ja ne syntyvät vuorovaikutuksesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 48.) Haastattelu perustui kahdesta pääkysymyksestä, joihin oli liitetty tarkentavia kysymyksiä. Haastattelukysymykset tehtiin tämän opinnäytetyön teoriatietoon perustuen ja osa niistä muuttui haastattelutilanteissa. Tutkimustulokset tarkasteltiin suhteuttamalla niitä opinnäytetyössä käytettyihin tutkittuihin teoriatietoihin ja muihin aikaisemmin saatuihin tutkimustuloksiin (Hirsjärvi ym. 2010, 263).

4.1 Aineiston keruun toteutuskohte

Tässä opinnäytetyössä yhteistyökumppanimme oli yksityinen päihdehuollon laitos Läntisellä Uudellamaalla. Sen palvelut on suunniteltu moniongelmaisille asiakkaille huomioiden heidän kuntoutuksessaan alkoholi-, huume-, lääkeriippuvuus-, mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat. Palvelut sopivat erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaille. Toiminnan tavoitteena on kuntouttaa päihde- ja mielenterveysasiakkaita auttaakseen heitä saavuttamaan itsenäisemmän elämän. Kuntoutus tapahtuu säännöllisesti riippuvuushoito- ohjelman avulla. Kuntoutuksessa tuetaan ja edistetään asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä arjen tehtävistä ja samalla asiakkaan sosiaalisia suhteita tuetaan. (Päihde- ja mielenterveyskuntoutuskeskus x 2012.)

Yksityinen päihdehuollon laitos on yhteistyössä sosiaalipuolen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kanssa, sillä asiakkaat hakeutuvat kuntoutukseen sinne päihdekliniikoiden, mielenterveysyksiköiden tai sairaalan kautta. Yksityisen päihdehuollon laitoksen henkilökuntaan kuuluu hoitohenkilökunta ja viikoittain käyvä osa-aikainen lääkäri. (Päihdehuollon laitos x 2012.)

4.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi tarkoittaa koko aineistokäsittelyn prosessia eli sen alkuvaiheesta tulkinallisiin lopputuloksiin asti. Analyysissä tehdään aineiston erittelyä, luokittelua, kokonaiskuuvan luomista synteessissä ja tutkittavan ilmiön esittämistä uudessa perspektiivissä. Ennen aineiston litteroinnin tekemistä on hyvä valita etukäteen analysoinnin muoto. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Laadulliseen tutkimusmenetelmään perustuvien tutkimusten aineistot voidaan analysoida kuva- tai tekstimuotona (Vilkka 2005, 115). Haastatteluaineiston analysointi tapahtuu neljässä vaiheessa, jotka ovat aineiston purkaminen ja lukeminen, luokkien, teemojen ja mallien luominen ja kerättyjen asioiden tulkinta sekä raportointi (Wilson 2010, 255). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuu osittain samanaikaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 223).

Haastattelun jälkeen tutkimustuloksia litteroitiin tietokoneelle, mikä tarkoittaa nauhalla olevan haastateltuaineiston muuttamista tekstiksi (Hirsijärvi ym. 2010, 222). Litteroituja sivuja tähän opinnäytetyöhön kertyi yhteensä 42 sivua käyttäen kirjasin kokoa 11 ja riviväliä 1,5 sekä kaikkien nauhoitettujen haastattelujen kesto oli yhteensä 2 tuntia ja 53 minuuttia. Litterointi on mahdollista tehdä kerätystä aineistosta tai valitsemalla esimerkiksi teema- aiheiden mukaan (Hirsijärvi ym. 2010, 222). Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto litteroitiin kaikesta kerätystä aineistosta perustuen tiettyihin teemahaastatteluihin. Litteroinnin pitää vastata haastateltavien tutkimustulosten suullisia vastauksia ja tutkittavien asioille antaneita merkityksiä. Näin voidaan litteroinnissa välttää haastateltavien puheen muuttamista tai muokkaamista. Tutkijan tulee myös opinnäytetyössään ilmaista, miten litterointi vastaa haastateltavan puhetta. Haastateltavien puheen muuttamisen välttämiseksi haastatteluaineistoa litteroitiin mahdollisimman sanatarkasti tietokoneelle. Litteroinnin jälkeen luimme litteroitua tekstiä useamman kerran läpi ja sen jälkeen aloimme tehdä analysointia ja pohdintaa. (Vilka 2005, 116.)

Opinnäytetyössä käytettiin analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Sisällönanalysointi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota käytetään usein laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalysoinnissa haetaan merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia, joita on esitetty tässä opinnäytetyössä sanallisina tulkintoina. Sisällönanalyysi voidaan tehdä kahdella eri tavalla, aineistolähtöisellä ja teorialähtöisellä sisällönanalysoinnilla. (Vilka 2005, 139-140.) Aineistolähtöistä sisällönanalysointia on hyvä käyttää silloin, kun tutkittavasta asiasta ei ole tietoa tai aikaisempi tieto on hajanaista. Tämän opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalysoinnilla ja aineiston muotona käytettiin tekstimuotoa. Tutkimusaineiston analysointia varten luettiin litteroitu aineisto useamman kerran läpi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston sanat luokiteltiin niiden teoreettisen merkityksen mukaisesti. Analysointi muodostuu aineistolähtöiseen päättelyyn ja sitä ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Kategoriat johtautuvat aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Tutkimusaineistosta tulee luoda teoreettista kokonaisuutta niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teorit ohjaa analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Aineiston analysointi etenee kolmea vaihetta pitkin. Ensimmäinen vaihe on pelkistyminen, jossa haettiin aineistolta vastauksia tutkimustehtävien kysymyksiin ja karsittiin pois tutkimusaineistosta opinnäytetyön kannalta epäolennaiset asiat. (Kankkunen ym. 2009, 135; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26 & Vilka 2005, 140.) Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin termien mukaisesti. Pelkistymisvaiheen jälkeen tehtiin aineiston ryhmittelyä, jossa etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ryhmittelyssä käytettiin tekstiä korostavia värejä pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtenäisyyksien löytämisen helpottamiseksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaksi luokaksi ja sitä nimitettiin sisältönsä mukaisesti.

ti. Tässä vaiheessa aloitettiin aineiston tulkinta. Aineiston kolmas vaihe on abstrahointi, jossa yhdistettiin saman sisältöisiä luokkia, ja niistä muodostettiin yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26- 29.) Aineistonanalysointi oli uusi asia meille ja siihen käytimme enemmän aikaa kuin olimme odottaneet.

5 Tulokset

Tulokset saatiin meidän tekemällä teema-haastattelurungolla, jonka avulla saatiin haastateltua päihdehoitotyöntekijöitä. Tulokset perustuivat kahdeksan päihdetyöntekijöiden haastattelussa esille tuottamista ajatuksista, jotka käytiin läpi ongelmaryhmittäin sekä esitettiin kirjallisena muotona aineiston mukaisessa järjestyksessä. Haastateltavien ajatuksia olemme pyrkineet kuvaamaan mahdollisimman hyvin ja selkeästi. Haastattelukysymysten vastaukset vastasivat hyvin annettuja teema-aiheita ja raportoinnissa olemme käyttäneet haastateltavien vastauksien suoria lainauksia.

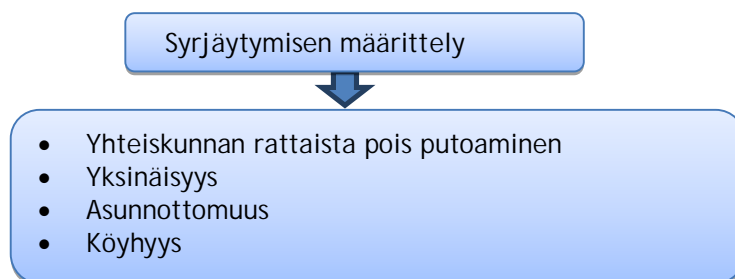
5.1 Syrjäytyminen

5.1.1 Syrjäytymisen määrittely

Suuriosa haastateltavista määritteli syrjäytymistä tilanteena, jossa ihminen on pudonnut jollain tavalla pois yhteiskunnan rattaista. Ihminen jää yksinäiseksi, jolloin hän eristäytyy sosiaalisista suhteista ja työelämästä sekä perheestä. Syrjäytymisessä ihminen on varaton ja asunoton tai hänellä on asunto, vaan hän jää yksin sen sisälle.

Ihminen on vetäytynyt omasta sosiaalisesta verkostostaan.

Ihmiset jää yksin ja ne ei käy töissä, ne ei käy missään, ne niin kuin enemmän yksin siellä kotona ja, että niillä ei kuin ole mitään, että niiden sosiaaliset suhteet kariutuu ja tämmöistä näin.



Kuvio 2: Syrjäytymisen määrittely

5.1.2 Syrjäytyneet ihmiset

Suuriosa hoitajista oli sitä mieltä, että syrjäytyneet ihmiset muodostuvat ihmisryhmistä, joihin kuuluvat päihteidenkäyttäjät, mielenterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset, työttömät ja eläkeläiset sekä vanhukset. Näiden ihmisryhmien lisäksi syrjäytymisryhmän muodostavat myös peruskoulun jälkeen jatko-opinnoista jääneet nuoret, koulukiusatut lapset ja nuoret, erityispiirteitä omaavat lapset, peliriippuvaiset ja ilman läheisiä olevat yksinäiset ihmiset. Lisäksi hoitajat olivat sitä mieltä, että syrjäytynyt ihminen voi olla kuka tahansa ihminen.

Nuoret, jotka ovat peruskoulun jälkeen eivät lähteneet mihinkään jatko-opintoihin, jonka takia ovat tippuneet työvoimatoimiston palveluista.

Kuka vaan suomalaislainen, joka tipahtaa kuka tahansa.

Monet päihteidenkäyttäjät on... ehkä ei niinkään ihan alkuvaiheessa tai monet käy vielä töissäkin, varsinkin kun sä oot narkomaani niin kyllä sä oot sitten syrjäytynyt yleensä. Työttömät ovat semmoisia saattaa löytyä, eläkeläisistä saattaa löytyä syrjäytyneitä, oikeistaan, jos sä et ole millään tavallaan tavallaan tuottavaa, että sinulla vaikka jotain psyykinen sairauskin niin, se saattaa aiheuttaa sen, että saat syrjäytymisen leiman.



Kuvio 3: Syrjäytyneet ihmiset

5.1.3 Syrjäytymisen alkaminen ja riskitekijät

Hoitajat sijoittivat syrjäytymisen alkamisajankohdan elämänkaaren muutosvaiheisiin, jotka nähtiin syrjäytymisen alkamisen suurina riskivaiheina. Syrjäytymisen alkamisajankohdat olivat lapsuus-, teini-, nuoruus-, aikuis- ja vanhuusiän siirtymävaiheet. Lapsuusiässä ympäristön olosuhteilla on suuri vaikutus siihen, miten lapsi sijoittuu yhteiskuntaan. Lapsuusiässä koulu- kiusaamisen, oppimisvaikeudet, seksuaalisen hyväksikäytön ja lapsen erityispiirteiden sekä vanhempien ongelmat nähtiin olevan altistavia tekijöitä syrjäytymiselle. Vanhempien ongelmat, yksinhuoltajuus ja rahapula vaikeuttavat nuorten pääsyä harrastuksiin ja ilman harrastusta vailla oleva nuori saattaa syrjäytyä ryhmästä. Hoitajan mukaan päihteiden käyttö oli yksi suu-

rimmista syrjäytymisen riskitekijöistä. Vanhempien päihdeongelmat saattavat heijastua helposti nuoriin tai nuori ajautuu päihteiden käyttöön joko itse tai kaveripiirin vaikutuksesta. Peruskoulun jälkeisen jatko-opintojen jättäminen tai opiskelun kesken jääminen aiheuttaa suurella todennäköisyydellä työttömyyttä aikuisiässä, jolloin työttömäksi jääminen on myös syrjäytymisen suuri riskitekijä. Vanhuusiässä syrjäytymistä katsottiin aiheuttavan läheisten kuolemien aiheuttama yksinäisyys. Muita hoitajien esille tuomia syrjäytymisen riskitekijöitä olivat mielenterveyshäiriöt, sosiaalisten taitojen puute, peliriippuvuus, yksinäisyys, ulkonäkö ja perussairaudet sekä eläkkeelle jääminen.

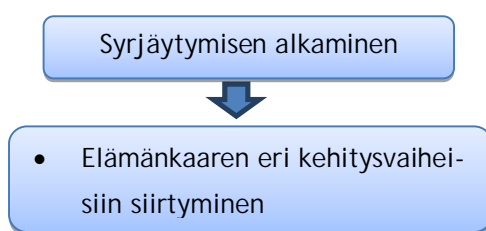
Joo niin siellä se lapsuuden perhe et mimmonen varhainen vuorovaikutus on ollu vanhempiin ja mimmonen emotionaalinen suhde on ollu ja tota noin niin onko ollu kuinka se kodin ilmapiiri kuinka turvallinen ja tasapainoinen.

No periaatteessa varmaan kun aloittaa koulun, että jos sinne tulee koulu-kiusaaminen ja sitten varmaan siis, kai se lähtee sieltä.

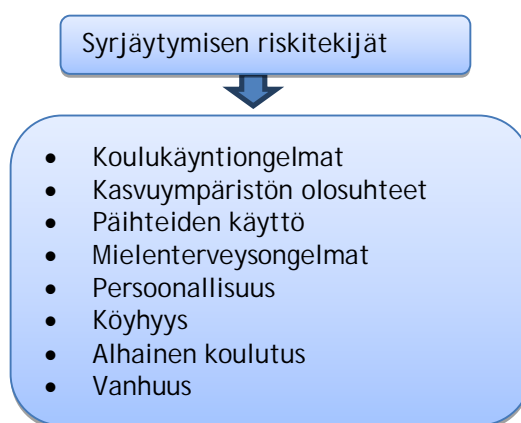
Useasti mitä minä mietin meidän asiakkaita, niin se lähtee jo sieltä varhaisteini-iästä tai viimeistään teini-iästä, kun aletaan yläluokille menemään, niin sieltä löytyy kyllä ensimmäiset oireet.

Siinä vaiheessa on ehkä suurin riski ajattelisi syrjäytyä on silloin, kun ei jatkaa opiskelua peruskoulun jälkeen tai mene työhön ja jää niin tyhjän päälle siinä vaiheessa, sitten kun tulee mieleen työttömyys niin kuin aikuisiällä, kun ihminen jää just vaikka työttömäksi.

Joko kuolee lähiomaiset vanhemmalla iällä ei oo ketään omaisia, ei oo ketään ystäviä ei oo ketään niin siinäkin voi syrjäytyä sitten kaikki kuolee ympäriltä.



Kuvio 4: Syrjäytymisen alkaminen



Kuvio 5: Syrjäytymisen riskitekijät

5.1.4 Syrjäytymisen ehkäisykeinot

Hoitajat olivat yksimielisesti sitä mieltä, että syrjäytymisen ehkäisy on koko elämän prosessi, joka on toteuduttava varhaisella puuttumisella. Syrjäytymisen ehkäisy on myös erityisen tär-

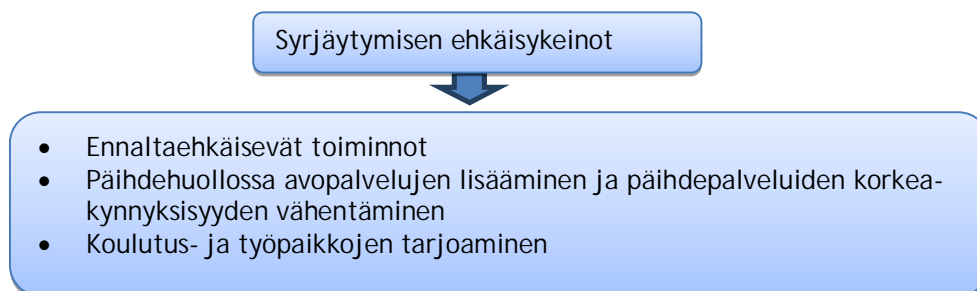
keä lähteä mahdollisimman varhaisesta elämän vaiheesta kuten lapsuusiästä. Lapsuudessa vanhempien ja koulun on tehtävä yhteistyötä ja heidän on puututtava koulukiusaamiseen ja oppimisvaikeuksiin. Oppimisvaikeuksista kärsivillä ja vilkkailla lapsilla on oltava mahdollisuus saada pienryhmäopetusta ja ongelmallisten vilkkaiden lasten on hyvä saada tukea samaa sukupuolta edustavalta opettajalta. Vanhempien tehtävänä on rohkaista lapsiaan löytämään kavereita ja kannustaa heitä harrastuksiin, jotta he eivät jäisi riippuvaiseksi peleistä. Koulussa on tarjottava tietoa koulukiusaamisesta ja päihteiden käytöstä ennakoivana työnä. Nuorisokahviloiden järjestäminen katsottiin myös syrjäytymisen ennaltaehkäisevänä keinona. Hoitajat olivat myös sitä mieltä, että ennakoivalla päihdetyöllä on suuri vaikutus syrjäytymisen ehkäisyyn. Päihdepalveluissa tulisi olla enemmän avopalveluja ja matalakynnyksisiä paikkoja, joihin päihdeikäyttäjien olisi helpompi hakeutua ja saada apua ilman leimautumista. Lisäksi päihdekuntoutuksen jälkeen päihdekuntoutujille on tarjottava koulutuspaikkoja ja mielekkäitä työpaikkoja, jotta heillä olisi mahdollisuus löytää oma paikkansa yhteiskunnassa eivätkä putoaisi sen ulkopuolelle.

Varhainen puuttuminen nämä kuviot, että ei kukaan voi tipahtaa siitä yhteiskunnan rattaista.

Se lähtee syrjäytyminen sieltä lapsuudesta, mikä on se vanhemmilla aika iso vastuu, että niin kuin laittaa lapsi harrastuksiin, sitten yrittää niitä kavereita ja sitten puuttuu koulukiusaamiseen, että koulun kanssa tehdään yhteistyötä.

Ennakoivalla päihdetyöllä on todella tärkeä merkitys ja semmoisia matalia paikkoja, että jos on ongelmia tai jotain, sä voit mennä puhumaan ilman leimaksi tulemistä.

Kukaan ei jää ilman koulupaikkaa, olisi jotain sitten kun lähet tai oot vaikka jossain kuntoutuksessa, että löytyisi joku semmoinen mielekäs jonkin sortin työpaikka tai jotain, että sä et koskaan niin kuin putoisi, että olisi mahdollisuuksia, jotta jokainen voi löytää oman paikkansa.



Kuvio 6: Syrjäytymisen ehkäisykeinot

5.1.5 Päihdekuntoutujien työhön paluun mahdollisuudet ja sen tukeminen

Hoitajien työkokemusten perusteella päihdekuntoutujilla on mahdollisuus palata työelämään. Työhön palaajien määrä ovat prosentuaalisesti hyvin pieni esim. 10-20 %. Hoitajat näkivät, että kuntoutuksen jälkeen työhön palaaminen on vaikeaa ja se vaatii motivaatiota, pitkää kuntoutusta ja tukitoimia. Työhön paluuta vaikeuttaa moniongelmaisuus, kaksoisdiagnoosi, retkahtaminen, koulutuksen puute ja pitkäjaksoinen poissaolo työelämästä sekä yhteiskunnasta.

Hoitajien mukaan päihdekuntoutujien työhön paluuta voidaan tukea monilla eri keinoilla, kuten järjestämällä koulutuksia, kursseja, työkokeiluja, työpajoja ja erilaisia projekteja. Päihdeikäyttäjien käyttämät päihdepalvelut tulisi olla yksilöllisesti suunniteltuja ja riittävän pitkiä sekä kattavia. Päihdekuntoutujien siirtyessä laitospalvelusta avopuolelle tai päästessään työelämään olisi tärkeää järjestää heille työvoimakoulutusta, jossa päihdekuntoutujia kohdataan yksilöllisinä ihmisinä ja kartoitetaan heidän vahvuuksia ja heikkouksia. Lisäksi koulutuksessa päihdekuntoutujilla tulisi olla mahdollisuus harjoitella taitojaan ja saada ohjausta ja neuvoja työntekoon. Huumeidenkäyttäjien kohdalla omahoitajan tai jonkun muun tukihenkilön läsnäolo tukee heidän asioiden selvittelyä työ- ja elinkeinovirastossa. Työ- ja elinkeinovirastossa päihdekuntoutujien työelämään siirtymistä tulisi järjestää porrastetusti, jolloin sen tulee lähteä mielekkään työkokeilun tai -harjoittelun kautta. Lisäksi työhön paluun tulisi tapahtua osa-aikatyönä tai osa-aikaeläkkeenä ensimmäisenä vuotena ja siihen olisi saatava tarpeeksi taloudellista tukea, jotta päihdekuntoutuja pääsee jaloilleen. Työpaikalla olisi tärkeää huomioida työntekijän tausta, että työelämään palanneelta päihdekuntoutujalta ei vaadittaisi samaa suoritusta kuin muilta.

Kyllä ne voi työelämään päästäkin, kyllä se vaatii aikaa paljon.

Ei hirveän paljon oo, 20 prosenttia.

Mahdollisuudet olisi palata työelämään kun saa vain riittävän tuen ja riittävän pitkän hoidon ja siihen just näkisi sen et lähtö kohta olisi se, että avopalvelut ja laitospalvelut kaikki palvelut, jotka asiakkaan äärellä on olisi riittävän pitkiä ja riittävän kattavia yksilöllisesti suunnitellen.

Niin, sehän olisi tärkeää et ymmärrettäis ihmisen taustat kun se lähtee työelämään et ei vaadittais ihan samaa suoritusta semmosilta ihmisiltä.



Kuvio 7: Päihdekäyttäjien työhön paluun mahdollisuudet

Kuvio 8: Päihdekäyttäjien työhön paluun tukeminen

5.2 Päihteet

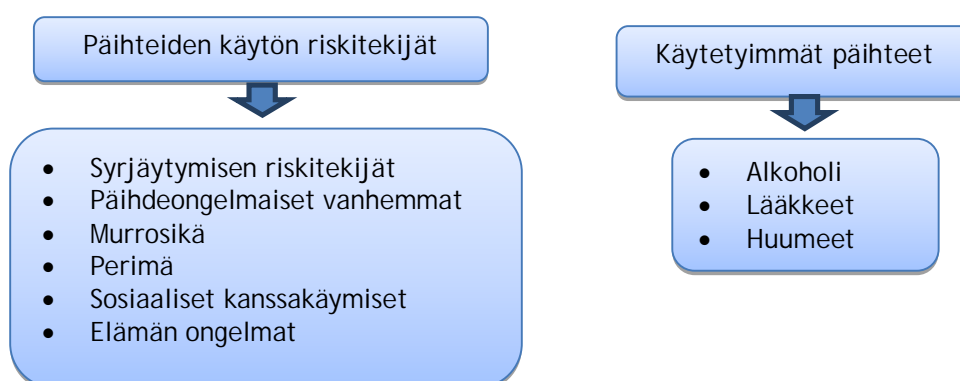
5.2.1 Päihteiden käytön riskitekijät ja käytetyimmät päihteet

Haastatteluissa ilmeni, että hoitajat mainitsivat päihteiden käytön riskitekijöiksi melkein samoja riskitekijöitä kuin syrjäytymisessä. Suuriosa hoitajista mainitsi päihteiden käytön riskitekijöiksi lapsuuden rankat kokemukset, epäonnistuminen koulussa ja harrastuksissa, perimä, vanhempien päihteiden käyttömallin omaksuminen, kaveriporukka, kokeiluhalu, riippuvuus ja fyysiset sekä psyykkiset sairaudet. Hoitajat näkivät, että päihteidenkäyttäjien perheiden lasten lisäksi päihderiippuvuutta voi esiintyä myös ”normaalien” perheiden lapsissa. Vanhempien päihteiden käyttömallin omaksuminen näkyy useimmin huumeidenkäyttäjillä, joiden vanhemmat ovat olleet yleensä rikkinäisistä ja väkivaltaisista perheistä. Kaveriporukan vaikutus päihteiden käyttöön nähtiin siinä, että porukassa on halua kokeilla ja ottaa mallia muista. Epäonnistuneeseen elämään haetaan yleensä lohtua päihteistä, joihin ihminen saattaa helposti jäädä koukkuun ja riippuvuudesta on vaikea sitten päästä eroon. Muita mainittuja päihteiden käytön riskitekijöitä olivat elämänkaaren kehitysvaiheiden kriisit, oman identiteetin löytäminen, kaveriporukassa hyväksynnän hakeminen, stressit, sosiaaliset seurat, nautinnon ja rohkeuden hakeminen, pettymykset, surut, läheisten kuolemat, lohdun hakeminen pahaan oloon, onnistumisen palkitseminen ja todellisuudesta pakeneminen. Käytetyimmät päihteet olivat alkoholi, lääkkeet ja huumeista amfetamiini, kannabis, Subutex ja sieni.

Että no siellä on syrjäytymisen syyt, mutta sehän saattaa olla, mä ajattelin sillee, että siis saattaa olla tosiaan se opittu malli sieltä perheestä.

Niitä tulikin jo tossa se on sama kun tossa syrjäytymisessä et kaikki niin kun elämän eri vaiheet niin ku kehitysvaiheet jo murrosikä aikuistuminen tämmöset voi altistaa sitten ihan elämän kriisit pettymykset, surut, kuolemat kaikki tunteisiin liittyvät käsittelyt lääkitään, sitten on sairaudet, sitten ihan kokeilun halu ihan vilpittömästi halua lähtee ja ensimmäiset vuodet on niin ku elämän suurin juttu, kun pääsee viikonloppuna ryypäämään.

Ihmisethän hakee seuraa kun he lähtevät ravintolaan juomaan ja se kuuluu niin kun suomalaiseseen ihmiseen ja se kuuluu niin kun osa sitä arkea ja sitä elämää.



Kuvio 9: Käytetyimmät päihteet

Kuvio 10: Päihteiden käytön riskitekijät

5.2.2 Päihteiden käytön ja mielenterveyden yhteys, yleisimmät päihteidenkäyttäjien mielenterveyshäiriöt

Hoitajilla oli käsitys, että päihteiden käytöllä ja mielenterveydellä on suuri yhteys ja ne kulkevat tiiviisti käsi kädessä. Päihteiden käytön ja mielenterveyden yhteys nähtiin siinä, että päihteidenkäyttäjillä esiintyy mielenterveyshäiriötä ja taas mielenterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset hakevat helposti helpotusta päihteistä. Näin ollen hoitajat ajattelivat päihteiden käytön aiheuttavan mielenterveyshäiriötä ja mielenterveyshäiriöt altistavan päihteiden käytölle. Näissä häiriöissä ei ole selkeää kaavaa siitä, kumpi esiintyy ensin, sillä molemmat häiriöt vahvistavat toisiaan. Yleisimmät mielenterveyshäiriöt päihteidenkäyttäjillä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoosit. Lisääntyneen kannabiksen käytön arveltiin lisänneen skitsofreniaan sairastumistumista.

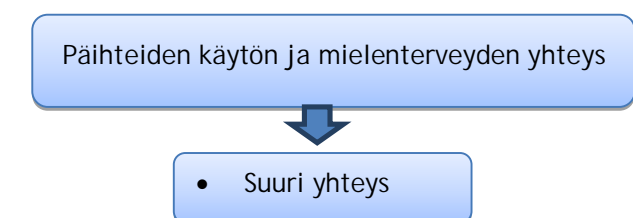
Harva tapa, kellä päihteidenkäyttäjillä ei ole hirveä psyykeongelmaa, psyykeongelmaan juodaan tai päihdeongelmasta syntyy psyykeongelmaa.

Ne kulkevat aivan käsi kädessä, että ei ole päihteidenkäyttäjää, jolla ei ole mielenterveysongelmaa.

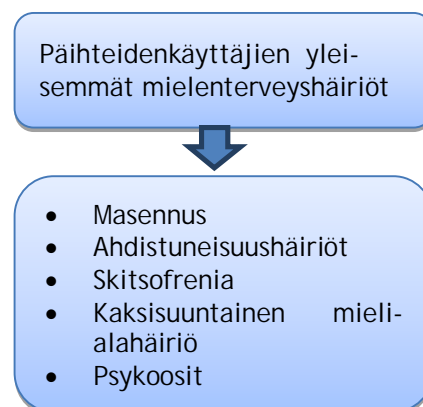
Kaikilla, ketä, mä olen hoitanut, on tää niin sanottu, sitä ei voi sanoa kumpi on ensin... jossain kohdassa niin löytyy se selkeä kaava, mutta se, kun ne menee niin kuin kumpi ruokkii toisiaan.

Masennushan on kaikilla lähestulkoon.

Skitsofrenia on valtavasti lisääntynyt, sen takia koska nyt on paljon kannabiksen käyttäjiä ja kannabishan altistaa skitsofrenia ja se näkyy meillä.



Kuvio 11: Päihteiden käytön ja mielenterveyshäiriöiden yhteys



Kuvio 12: Päihteidenkäyttäjien yleisimmät mielenterveyshäiriöt

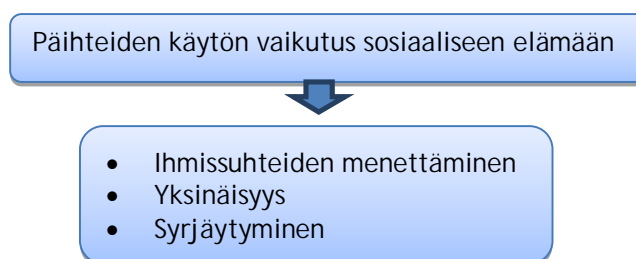
5.2.3 Päihteiden käytön vaikutus sosiaaliseen elämään

Päihteiden käytöllä yleensä haetaan sosiaalisia suhteita, mutta se aiheuttaa myöhemmin yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. Päihteiden käyttö kaventaa sosiaalisia suhteita siten, että ihminen menettää perheensä, läheisiään ja raittiita kavereitaan. Päihteidenkäyttäjät liikkuvat päihteidenkäyttäjien porukassa, minkä vuoksi heidän sosiaaliset suhteensa koostuvat aluksi ainoastaan päihteidenkäyttäjistä. Myöhemmin päihdekäyttäjä menettää myös päihdekaveriensa ja sitten jää yksin käyttämään päihteitä, koska kaverisuhteet näiden päihdekavereiden kanssa eivät ole perustuneet aitoihin ihmissuhteisiin. Lisäksi yksin jäämisen syy on se, että päihteidenkäyttäjät eivät tule hyvin toimeen keskenään heidän päihdeongelmiensa ja niiden aiheuttamien muiden elämän ongelmien takia.

Normaaleihin ihmisiin ei ole minkäänlaista suhdetta, kun ei tiedetä, mitä ne on.... ja perheisiin tällaisiin, niin sillat on poltettu alta ja, että ei ole kuin se käyttäjäporukkaa.

Kun se päihteiden käyttö rupee olemaan niin kokonaisvaltaista ja niin rankkaa niin kyl hän se sosiaalinen elämä kaventuu kaventumistaan.

Aluksi varmaan se sosiaalistaa sen avulla saa kavereita sä voit mennä tuolla ravintoloissa milloin voit viettää sellaista sosiaalista elämää. Jatkossa perhe menee ehkä suhteet läheisiin, työpaikka kaikki sosiaalinen elämä on vaakalaudalla kun päihteet tulee kuvioihin.



Kuvio 13: Päihteiden käytön vaikutus sosiaaliseen elämään

5.3 Päihdepalvelujärjestelmä

5.3.1 Päihdepalvelujärjestelmän ja eri tahojen välisen yhteistyön toimivuus

Hoitajien mukaan heidän yhteistyö muiden päihdepalvelutahojen kanssa on toiminut hyvin perustuen siihen, että heillä ja muiden päihdepalvelutahojen työntekijöillä on hyvät verkostot ja viikoittaisesti pidettävät palaverit. Yhteistyössä ongelmana on se, että heillä ja muilla päihdepalvelutahojen työntekijöillä on eri näkemykset asiakkaiden kuntoutusjakson pituuden tarpeesta. Suuriosa hoitajista ajatteli, että päihdepalvelut yleisesti toimivat hyvin. Siitä huo-

limatta hoitajat toivat esille useita ongelmia päihdepalveluissa, kuten mielenterveys- ja päihdepalvelujen hajanaisuus ja päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus. Päihde- ja mielenterveyspalveluja yritetään yhdistää. Monissa kunnissa ne ovat edelleen toisistaan erillään hajanaisessa palvelujärjestelmässä ja tämän takia niiden välinen yhteistyö ei toimi keskenään. Haastattelua toteutuneessa yksityisessä päihdehuollon laitoksessa hoidetaan kaksoisdiagnoosiasiakkaan molempia ongelmia eli päihde- ja psyykeongelmia. Kuntoutuksen jälkeen potilaan lähtiessä päihdehuollon laitoksesta potilaalla on kaksi hoitotahoa. Asiakkaan kaksoisdiagnoosin takia hoitotahot saattaa pallotella asiakasta keskenään ja lopulta ei tiedetä, mihin tahoon asiakkaan pitäisi kuulua. Hoitajat kehuivat Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskusta, Emppia, jossa mielenterveys- ja päihdepalvelua toteutetaan saman katon alla. Toisena yhteistyötä heikentävänä tekijänä nähtiin päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus, joka heikentää heidän välisen tietojen kulkua ja myös vaikeuttaa asiakkaan luottamuksen syntymistä hoitotahojen työntekijöihin.

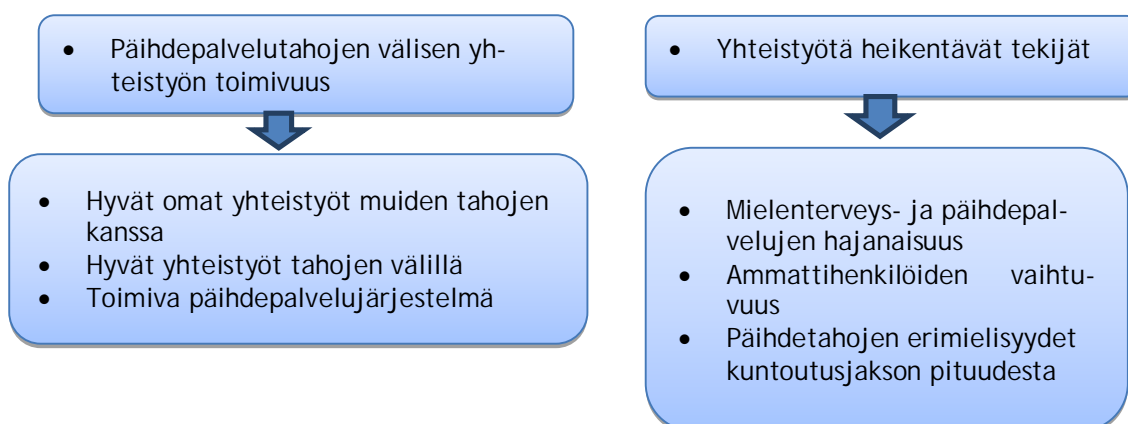
Päihdepalvelujärjestelmä toimii melko hyvin, kun päihteidenkäyttäjillä on motivaatiota ja tietoa hakeutua hoitoon. Päihteidenkäyttäjien tietoisuuden lisäämiseksi tulisi olla laajempi päihdepalveluiden verkosto, jonka avulla saataisiin päihteidenkäyttäjät mahdollisimman varhaisessa vaiheessa päihdepalveluiden piiriin.

Meillä toimii, meillä on tosi hyvät verkostot ja meillä on ihan viikoittain näitä hoitopalavereja, aina kun tulee jotain, soitellaan ja kysellään kuulumisia.

Ainoa vaikeus oikeastaan on se, mikä monessa kunnassa näkyy, siellä on jaettu, psyykepuoli hoidetaan täällä ja päihdepuoli täällä ja sitten ne ei kommunikoi keskenänsä.

Mun mielestä on toiminut ihan hyvin, että joskushan se on..ne ei näe sitä, mitä me nähdään, kun asiakas on tässä näin, niin tota, että se meidän kanta, että jos me katotaan, että asiakas tartee pitempää kuntoutusta, mutta siten jos kun kunta ei näe sitä, että se vaan he haluaa avohoitoon, siinä ei ehkä toimi siten.

Isoin haaste on se että näissä viroissa sosiaalityöntekijät päihdetyöntekijät on hirmuinen vaihtuvuus eli se tieto ei välttämättä kulje niin kun sen pitäisi ja tilanteet vanhenee ja uusista tilanteista ei välttämättä olla kartalla, eli se ei ole asiakkaan kannalta hyvä ensinnäkin päihteidenkäyttäjän, mielenterveyskuntoutujan on äärimmäisen vaikeaa luoda luottamussuhdetta kehenkään, kun hän saa sen luotua johonkin päihdetyöntekijään tai sosiaalityöntekijään, niin kohta se on jo se seuraava tulokas ja sä joudut monesti kertaamaan niitä asioita ja se tuo sitä raskautta siihen että ei enää jaksaa mennä vastaanotoille.



Kuvio 14: Päihdepalvelutahojen välisen yhteistyön toimivuun

Kuvio 15: Yhteistyötä heikentävät tekijät

5.3.2 Päihde- ja mielenterveyshuoltolain keskeisten periaatteiden ja vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteutuminen päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa

Hoitajat eivät olleet hyvin tietoisia päihde- ja mielenterveyshuoltolain keskeisten periaatteiden ja vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisesta päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa heidän vähäisen lakiasiaan perehtymisen vuoksi. Ainoastaan yksi hoitaja koki, että päihdehuolto- ja mielenterveyslain pääpiirteet toteutuvat käytännössä. Osa hoitajista oli työkokemusten perusteella sitä mieltä, että asiakkaan itsemääräämisoikeudet eivät aina toteudu kaikissa heidän hoitoonsa liittyvistä asioista. Hoitopaikan suunnittelussa asiakas ei voi valita itselleen sopivaa ja mieluisaa kuntoutuspaikkaa, vaan viranomaiset päättävät hänen puolestaan. Valtakunnallisella tasolla päihde- ja mielenterveys-työssä on paljon ristiriitoja ja tehdään hienoja suunnitelmia, jotka eivät toteudu käytännössä. Osa asiakkaista tietää heidän omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan paremmin kuin hoitajat. Hoitajat kokivat, että päihdeikäyttäjät eivät saa asiallista kohtelua perusterveydenhuollossa ja hoitajan asenne vaikuttaa ratkaisevasti siihen.

Tällainen tulee usein vastaan, asiakas haluaa hoitoon tiettyyn paikkaan, tavallaan viranomaiset päättää heidän puolesta.

Mun mielestä he eivät helposti hyvin pääse kuntoutukseen, raha ratkaisee aika paljon.

Tuntuu, että niillä ei hansaa itsemääräämisoikeutta eikä he ovat alinta kastia ...että tuntuu, että he päihdeasiakkaiden kohtelu ei ole mitään.

Päihde- ja mielenterveyslain periaatteiden vastaiset toiminnot päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa



- Itsemääräämisoikeuden toteuttamattomuus kuntoutuspaikan valinnassa
- Kuntoutuspaikkojen korkeakynnyksisyys
- Hoitajien huono asenne päihdeasiakkaita kohtaan perusterveydenhuollossa

Kuvio 16: Päihde- ja mielenterveyslain periaatteiden vastaiset toiminnot päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa

5.3.3 Lohjan kaupungin päihdepalvelujärjestelmä ja sen erot lähikuntien päihdepalvelusta

Hoitajat olivat tietoisia Lohjalla järjestetyistä päihdepalveluista. He kokivat päihdepalvelujen olevan suppeita ja riittämättömiä Lohjan asukaslukuunsa nähden. Päihdepalvelujen riittämättömyys nähtiin siinä, että Lohjan päihdepalveluita käyttävät Lohjan lisäksi siihen kuuluvien lähikuntien asukkaat ja myös Lohjalla päihteidenkäyttäjien määrä on suuri asukaslukuun nähden. Hoitajat kokivat Lohjan päihdepalveluista puuttuvan omakatkaisuhoitoasema ja kolmannen sektorin palvelut sekä tukiasumispalveluiden olevan vähäisiä. Lohjan sairaalan osastolla annettava katkaisuhuolto koettiin sopimattomaksi ja riittämättömäksi hoidoksi päihdeasiakkaille. Päihdeklินิกassa annettavat palvelut koettiin myös riittämättömiksi suuren asiakasmäärän vuoksi. Lohjalla on yleistä, että kuntoutuksen jälkeen asiakas palaa takaisin samaan ympäristöön, mistä hän on lähtenyt kuntoutukseen. Näin ajateltuna tukiasumispalveluja ei tarjota riittävästi päihdekuntoutujille.

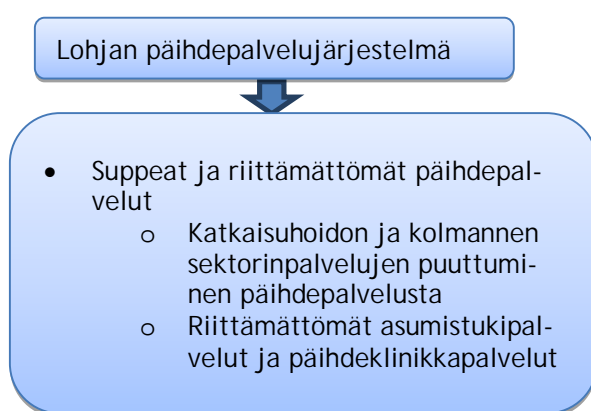
Isommissa kunnissa on enemmän päihteidenkäyttäjiä ja niissä on myös enemmän tarjottavia päihdepalveluja ja vaihtoehtoja palveluista kuin pienemmissä kunnissa. Näin ollen isojen kaupunkien päihdepalveluihin verrattuna Lohjan päihdepalvelut eivät ole kattavia eivätkä monipuolisia. Hoitajilla oli tietoa ainoastaan Espoon ja Savonlinnan päihdepalveluista, joihin he vertasivat Lohjan päihdepalveluja. Hoitajien mukaan Espoon päihde- ja mielenterveyskeskus Empun palvelut toimivat hyvin, koska saman katon alla tarjotaan sekä päihde- ja mielenterveyspalveluja. Hoitajien mukaan Savonlinnassa järjestetyt päihdepalvelut ovat kattavia ja paljon monipuolisempia kuin Lohjalla, koska siellä tarjotaan enemmän ohjausta ja tukea päihteidenkäyttäjille sekä heille on järjestetty erilaisia tukiasumispalveluja.

Tää on sitten Lost elikkä ja tähän on yhdistetty Lohja, Siuntio, Inkoo, Karjaa ja tavallaan kaikkien näiden kuntien palvelut on keskitetty Lohjalle, Ei herää kysymys, miten he pystyy, oikeasti tuntuu tosi vähäiseltä, niin kuin se Lohjan tarjoamat päihdepalvelut, miten resurssit riittävät ennaltaehkäisevään päihdetyöhön, panostaisi siinä tavallaan pystytäisiin hoitamaan jotain akuutteja ..mulla on sellainen tuntuma, että ei ole riittävästi.

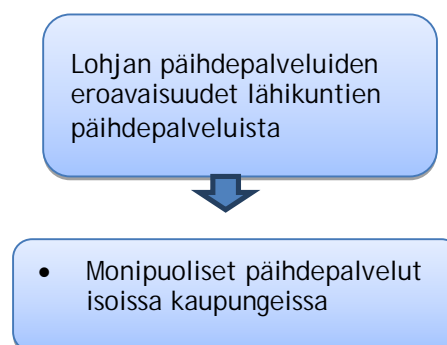
Ei, siis meillähän ei ole omaa katkoa ollenkaan... katkaisuhuoltopaikkaa. Nehän asiakkaat Lohjan sairaalassa ihan normaaliosastolla katkaisussa ja se on sitten aivan väärä paikka.

Päihdepuolelle ei mitään tukiasumisjuttua tai mitään muuta, kehitysvamman puolelle on ja... niin se Helppi on ainoa, mitään muuta meillä ei oikeastaan ole, eli Lohjalla on tosi huonosti ja täällä on kuitenkin paljon porukkaa.

Ehkä varman isoimmissa kaupungeissa on enemmän tarjontaa kuin Lohjalla.



Kuvio 17: Lohjan päihdepalvelujärjestelmä



Kuvio 18: Lohjan päihdepalveluiden eroavaisuudet lähikuntien päihdepalveluista

5.3.4 Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät

Hoitajien mukaan päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttaa suuresti kunnan rahatilanne ja sen käytötapa, mistä johtuen päihdeasiakkaat ovat täysin eriarvoisessa asemassa päihdepalveluiden saannissa. Avopalveluihin pääsy koettiin helpommaksi kuin laitoshoittoon. Isommissa kunnissa päihteidenkäyttäjät pääsevät helpommin hoitoon päihdepalveluihin ja he saavat kuntoutukseen pidempiä hoitokasjoja kuin pienissä kunnissa. Lisäksi isojen kuntien päihdeasiakkaat saavat maksusitoumuksen kuntoutukseen niin kauan kuin he tarvitsevat kuntoutusta.

Hoitajat pitivät päihdepalvelun pääsyyn vaikuttavina tekijöinä myös hoitohenkilökunnan ohjaamisvalmiudet, asenne, potilaan oma motivaatio ja pitkät jonot päihdepalveluihin. Pitkät jonot päihdepalveluihin katsottiin heikentävän potilaan motivaatiota hoitoon. Hoitajilla tulee olla tietoa oman kunnan päihdepalvelujärjestelmästä, jotta he voivat ohjata päihdeasiakkaita oikean palvelun piiriin. Perusterveydenhuollossa lääkäreiden valmiudet ja hyvät ammattitaidot auttavat potilaiden päihteiden käytön tunnistamista. Lisäksi hoitajien ja lääkäreiden tulee aktiivisesti motivoida päihteidenkäyttäjiä hakeutumaan hoitoon ja auttaa heitä asioiden hoitamisessa. Hoitajat katsoivat päihdepalveluiden kynnyksisyyttä nostaa myös päihdeasiakkaiden päihdepalveluiden väärinkäyttöä.

Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat myös päihteidenkäyttäjän päihdehistoria ja perhetausta. Perheelliset päihteidenkäyttäjät pääsevät helpommin hoitoon päihdepalveluihin ja saavat myös pitkät maksusitoumukset kuntoutukseen. Kunnat eivät rahoita pitkäaikaisten päihteidenkäyttäjien hoitoon yhtä paljon kuin vasta-aloittaneiden päihteidenkäyttäjien hoitoon.

Huumeiden- ja alkoholinkäyttäjät ovat eriarvoisessa asemassa päihdepalveluiden saannissa, sillä huumeidenkäyttäjät eivät pääse yhtä helposti hoitoon avopuolelle kuin alkoholinkäyttäjät. Lisäksi huumeidenkäyttäjien pääsyn hoitoon avopuolelle riippuu paljon heidän asuinkunnastaan, jotkut kunnat maksavat jatkohoitoa ja toiset eivät.

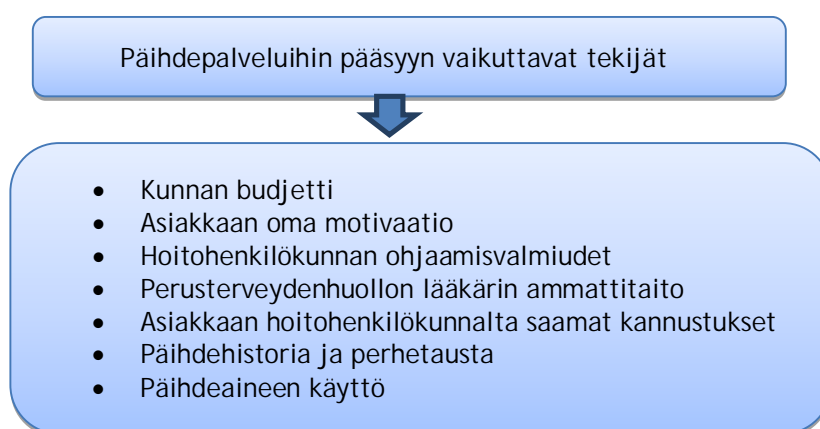
Ei saa, se riippuu ihan kunnan rahasta, kunnan määrärahoista, sosiaalitoimesta, kunnan vauraudesta ja se miten kunta priorisoi, mihin ne pistävät rahaa.. eli hyvin eriarvoisessa asemassa.

Suurin, yksi asia on se, asiakkaan oma motivaatio.

Katkollehan pääsee, mutta monet tekee sen, että he kävisivät päivän syömässä hyvin ja nukkumassa, ottavat lääkkeitä ja lähtevät takaisin kadulle, sinulla pitää olla tosi motivaatio siihen.

Raha, ja sitten tämän ihmisen ammattitaito ja sitkeys ja tän asiakkaan puolen asioiden ajaminen se vaikuttaa hirveästi.

Sinne terveyskeskuslääkärin puoleen pitäis enemmän aktivoida sitä, että kun ne huomaa, että jollakin on niin tehdä heti semmoinen seula, et minkä verran päihteitä käyttää ja todeta. "että sulla on liika tätä ja nyt pitäis mennä hoitoon ja näin tää on varmaan semmoinen mitä vois kehittää.



Kuvio 19: Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät

5.3.5 Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämisen keinot

Hoitajien mukaan päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyttä voidaan vähentää kuntien järjestämällä päihteidenkäyttäjille nykyistä enemmän päihdepalveluja erityisesti avopalveluja ja muuttamalla päihdepalvelujärjestelmää selkeämmäksi ja helposti käytettäväksi päihteidenkäyttäjille. Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämiseksi päihdepalvelut tulisi sijoittaa lähellä asiakkaita ja avopalveluiden aukioloajat tulisi olla nykyistä pidempiä. Päihdeasiakkaan päihdeettömyyden savuttamiseksi kunnan tulee satsata riittävästi rahaa asiakkaan hoi-

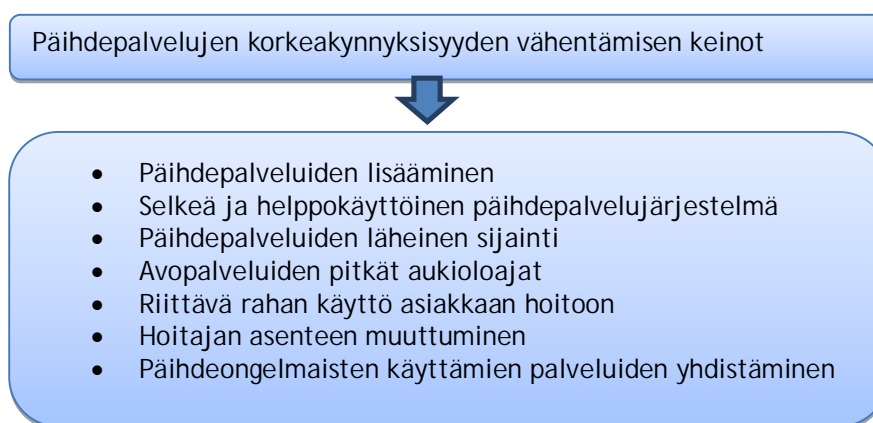
toon ja hänen on saattava ainakin puolen vuoden maksusitoumus kuntoutukseen. Päihdepalveluissa hoitajien asenteet tulisi muuttua suvaitsevaisemmiksi päihteidenkäyttäjien kohtaan. Lisäksi päihteidenkäyttäjien käyttämät palvelut tulisi yhdistää saman katon alle.

Turha pyrografia pois, ihan turhan vaikeata, turhan hierarkista toimintaa.

Pitäisi olla paikkoja, johon päihteidenkäyttäjien on helppoa mennä. Palvelut vietäisiin mahdollisimman lähelle asiakasta, jotta asiakkaan on helppo mennä.

Pyrkii yhdistää, sehän on hyvä kanssa, koska harvalla on pelkkä tai sitten ajatellaan kaksoisdiagnoosiasiakkaita niin, ei tarvi käydä kymmenessä paikassa, kun ne ovat saman katon alla samat palvelut ja sellaiset.

Sillä, että hoitajan asenteet muuttuvat.



Kuvio 20: Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämisen keinot

6 Pohdinta

6.1 Eettisyys

Kasvokkain haastattelussa eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. Tutkijan kuuluu tietää tutkimuseettisistä kysymyksistä ennen tutkimusta. Kaikki tutkimukset kohtaavat eettisiä ratkaisuja, jotka tulevat esille kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Tutkimuksen tarkoituksen pitää tarkastella tieteellisen tiedon etsimisen ohella ja tutkittavan asian inhimillistä parantavaa näkökulmalta. Suunnitelmassa täytyy saada tutkittavien suostumus ja saada aikaan luottamuksellisuutta sekä ottaa huomioon tutkimuksen aiheuttamat seuraukset tutkittaville. (Hirsijärvi ym. 2009. 19- 20.) Haastattelusuostumusta varten laadittiin Lohjan Laurean ammattikorkeakoulun ohjeiden pohjalta lupahakemuksen, jonka toimitettiin organisaatioon. Haastattelutilanteessa on selvitettävä tutkittavien henkilöiden tietojen luottamuksellisuus ja myös otettava huomioon haastatte-

lun aiheuttamat seuraukset, kuten stressi ja muutokset minäkuvassa. (Hirsijärvi ym. 2009. 19-20.) Haastattelun alussa kerrottiin haastateltaville vaitiolovelvollisuudesta ja nauhan hävittämisestä. Purkamisessa luotettavuus pitää myös toteutua, jolloin kirjallisen litteroinnin tulee noudattaa haastateltavien kertomia asioita. Litteroinnissa purettiin sanatarkasti nauhalla olleet haastattelut tietokoneelle. Analysoinnissa haastattelut analysoitiin syvällisesti ja kriittisesti. Haastateltavien kuuluu tietää kertomuksensa tulkinnasta. Raportoinnissa huomioidaan luottamuksellisuus ja julkaistujen raporttien seuraukset haastatteleville ja heitä koskeville ryhmille tai instituutioille. (Hirsijärvi ym. 2009. 19- 20.) Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen lähetimme valmiin opinnäytetyön yhteistyökumppanille luettavaksi.

Tutkimuksessa äänitallennusta käytettäessä haastatteluaineiston salassapito turvataan allekirjoittamalla vaitiolositoumuksen äänitallennuksen käsittelemisestä. Haastattelun litteroinnissa haastateltavien päihdetyöntekijöiden nimet salattiin peitenimillä. Opinnäytetyön valmistuksessa haastattelujen ääninauhat hävitettiin. (Kuula 2006. 129.)

6.2 Luotettavuus

Määrällisen ja laadullisen tutkimusten luotettavuus eroaa hieman toistaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 166). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi ei ole yhtä selkeää kuin Määrällisessä tutkimuksessa (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1998, 215). Toisaalta joidenkin tutkijoiden mielestä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen kriteerit eivät eroa toisistaan (Nieminen 1998, 215).

Yleisiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat luotettavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudessa olemme kuvanneet tulokset selkeästi, jotta lukija ymmärtää analyysin tekemisen ja työmme vahvuudet sekä rajoitukset. Siirrettävyydessä olemme yrittäneet huolellisesti kuvata tutkimusaineistoa, sen keruuta ja analyysia. Haastatteluaineiston raportoinnissa olemme käyttäneet autenttisia suoria lainauksia, minkä avulla varmistetaan opinnäytetyön luotettavuutta ja lukijalle annetaan mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Vahvistettavuudessa käytettiin opinnäytetyön aihetta vastaavia tutkimuksia, joista saatiin tukea tutkimusaineistomme tulkinnoille (Willberg 2009, 7).

Laadullinen tutkimus on luotettava silloin, kun tutkimuksen tutkittava kohde ja tutkittu teoriatiieto ovat yhteensopivia, eivätkä epäolennaiset ja satunnaiset tekijät ole vaikuttaneet teorian tuottamiseen (Viikka 2005, 158-159). Varto (1992) ja Eskola & Suoranta (2000) tarkoittavat luottamuksella sitä, että vastaavatko tutkittavan aiheen käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinnat tutkittavan käsityksiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen toteuttaminen ja luotettavuus pidetään samana tapahtumana. Lopulta tutkimuksessa luotettavina kriteerinä toimii tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, sillä arvioinnin kohde perustuu tutkijan

tutkimuksessa tekemiin tekoihin, valintoihin ja ratkaisuihin. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. (Vilka 2005, 158-159.) Tähän perustuen arvioitiin koko ajan opinnäytetyön luotettavuutta suhteessa teoriaan, analysoinnin tapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, tulkintaan ja johtopäätöksiin.

Kummallakaan opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa kokemusta näin laajasta opinnäytetyön tekemisestä. Aluksi laadullisen tutkimuksen tekeminen vaikutti vaikealta. Tutustuminen tutkimuslähteisiin ja etenevä opinnäytetyöprosessi auttoivat opinnäytetyön tekemistä. Laadullisessa tutkimuksessa teorian tieto on hyvin merkityksellistä ja sen takia tutkimuksessa tulee olla teoriaosa. Tutkimuksissa teorian tietoa tarvitaan siihen, että käsitetään menetelmät, tutkimuksen etiikka ja luotettavuus sekä mielletään tutkimuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 18.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin runsaasti aiheeseen liittyvää kotimaista teorian tietoa, jota oli helppo löytää eri lähteistä. Kotimaisten lähteiden pääasiallinen käyttö perustuu siihen, että päihde- ja mielenterveyshoitotyö toteutuu Suomessa eri tavalla kuin muissa maissa ja tarkoitus oli toteuttaa opinnäytetyö Pumpu-hankkeen 5/2011-2/2014 mukaisesti.

Opinnäytetyön suunnitelmaosan valmistumisen jälkeen työ lähetettiin Läntisellä Uudellamaalla sijaitsevaan yksityiseen päihdehuollon laitokseen haastatteluluvan saamiseksi ja hoitajilla oli mahdollisuus tutustua työn suunnitelman sisältöön ennen haastattelua. Hoitajat eivät ehdineet tutustumaan suunnitelmaan heidän kiireisen työaikataulunsa vuoksi, tästä huolimatta haastatteluissa hoitajat vastasivat hyvin ja teorialähtöisesti haastattelukysymyksiin. Ainoaksi tietämättömyydeksi nousi se, että hoitajat eivät osanneet vastata päihdehuolto- ja mielenterveyslakia ja vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa koskeviin kysymyksiin. Osa hoitajista ei ollut perehtynyt päihde- ja mielenterveyslakiin, eikä heistä monella ollut tietoa Sosiaali- ja terveysministeriön laatimasta vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta. Haastatteluissa hoitajien vastaukset tukivat toisiaan, sillä suurimmassa osassa haastattelukysymyksistä hoitajat toivat esille samoja asioita. Lisäksi hoitajien haastatteluissa tuli esille paljon samoja asioita kuin tämän työn teoriaosassa, tämän vuoksi haastattelutuloksia oli helppo verrata teorialuoksiin.

6.3 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimukset

Haastattelutuloksemme vastasivat hyvin aiheesta aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia. Hoitajien mukaan syrjäytyminen on yhteiskunnan rattaista putoamista, yksinäisyyttä, varattomuutta ja asunnottomuutta. Korhonen (2002) on tutkinut asunnottomuutta Helsingissä tutkimuksessaan, jossa asunnottomien ihmisten elämässä on ollut köyhyyttä, syrjäytymistä, päihteitä ja mielenterveysongelmia. Korhosen (2002) tutkimus vahvistaa hoitajien määrittämiä syrjäytymisen käsitettä siten, että syrjäytymisessä ihminen on asunoton ja varaton.

Niemien ja Viinikan (2006) ja Ponsiluoman ja Yli-Rahnaston (2007) pro gradu-tutkielmat osoittivat, että lapsilla on suuri riski joutua syrjäytyneiksi yleisimmin oppimisvaikeuksien, käyttäytymishäiriöiden, sosiaalisen kyvyttömyyden ja kiusaamisen vuoksi. Näitä lapsuusiän syrjäytymisen riskitekijöitä ilmeni myös tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa. Kahdessa edellä mainitussa tutkimuksessa ja tässä opinnäytetyössä pienryhmäopetus koettiin auttavan oppimisvaikeuksista ja käyttäytymishäiriöistä kärsivien lasten oppimista. Ponsiluoman ja Yli-Rahnaston (2007) pro gradussa sekä tässä opinnäytetyössä lapsen perhetausta ja harrastuksettomuus nähtiin vaikuttavan myös lapsen syrjäytymiseen. Perhetausta nähtiin vaikuttavan lapsen sosiaaliseen osallistumiseen siten, että perheen ongelmat heikensivät lapsen mahdollisuuksia ja kykyä osallistua toimintaan. Harrastuksettomuus koettiin syrjäyttävän lapsen ryhmästä.

Tarkasteltaessa Laitisen (2003) pro gradua huomattiin, että hänen tutkimustuloksissaan ilmeni samanlaisia syrjäytymisen riskitekijöitä kuin tässä opinnäytetyössä. Molemmissa esiintyviä syrjäytymisen riskitekijöitä koulukiusaaminen, oppimisvaikeudet, koulutuksen puute, työttömyys, päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat.

Hoitajat pitivät tärkeimpinä päihteiden käytön riskitekijöinä syrjäytymisen riskitekijät, koska he mainitsivat päihteiden käytön riskitekijöiksi samoja riskitekijöitä kuin syrjäytymisessä. Edellisestä voidaan pohtia, että syrjäytyminen ja päihteiden käyttö ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa siten, että syrjäytyminen saattaa helposti johtaa päihteiden käyttöön ja vastaavasti päihteiden käyttö syrjäytymiseen. Tätä päätelmää vahvistaa Mattila-Aallon (2010) pro gradu-tutkielma, jossa moniongelmaisten ja huono-osaisten huumeidenkäyttäjien taustalla on ollut pitkälle edennyt syrjäytyminen, asunnottomuus, psyykkiset ja fyysiset sairaudet sekä vankilakierre. Lisäksi huumeidenkäyttäjillä on ollut elämässään turvattomuutta, kuulumattomuuden tunnetta, seksuaalista hyväksikäyttöä, väkivaltaa, vanhempien päihdeongelmaa ja psyykkistä sairautta, jotka ilmenivät syrjäytymisen ja päihteiden käytön riskitekijöinä myös tämän opinnäytetyön tuloksissa.

Päihdepalveluihin pääsystä hoitajat ovat olleet sitä mieltä, että hoitoon pääseminen vaihtelee kunnittain. Hoitoon pääsyyn suurimpina vaikuttavina tekijöinä nähtiin kunnan rahatilanne ja sen käyttötapa. Isoimmissa kunnissa koettiin kunnan tarjoavan enemmän päihdepalveluja kuin pienissä kunnissa ja niihin pääsy oli helpompaa myös isoimmissa kunnissa. Samanlainen tulos on saatu myös Ikolan (2010) pro gradu-tutkielmassa ja Nuorvalan ym. (2004) tutkimuksessa, jossa avopalveluihin pääsyn nähtiin vaihtelevan eri kunnissa. Opinnäytetyön tulosten mukaan avohoitoon pääsee helpommin kuin laitoshoitoon, toisaalta Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n tutkimuksessa sekä avohoitoon että laitoshoitoon oli vaikea päästä pitkien jonojen vuoksi. Nuorvalan ym. (2004) tutkimuksen mukaan kunnat käyttävät rahansa päihdepalveluihin

suhteessa tarpeisiin eri tavoin, vaikka taloudellisten resurssien takia palveluja ei saa kärsiä, jos hoidon tarve on osoitettu.

Hoitajien näkemyksistä ilmeni että, päihdepalvelun pääsyyn vaikuttavat kunnan rahatilanteen lisäksi päihdepalvelujärjestelmä, hoitohenkilökunnan asenne ja asiakkaan oma motivaatio. Samanlaisia tutkimustuloksia ovat tuoneet esille Höltän (2006), Törmän (2009) tekemät pro gradu-tutkielmat sekä Nuorvalan ym. (2004) tutkimus. Tämän opinnäytetyön ja Höltän pro gradu-tutkielmassa sekä Nuorvalan ym. tutkimuksessa päihdepalvelujärjestelmästä johtuvat päihdepalvelun pääsyyn vaikuttavia tekijöitä olivat henkilökunnan ammatti- ja ohjaamistaito sekä päihdepalvelujen saannin epätasa-arvoisuus. Höltän (2006) pro gradu-tutkielma on osoittanut, että myös päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat erillään toisistaan päihdepalvelujärjestelmässä. (Hölttä 2006, 29.)

Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n (2005) tutkimuksessa on osa samoja päihdepalveluihin pääsyä vaikeuttavia tekijöitä kuin tämän opinnäytetyön tuloksissa ja Höltän (2006) sekä Törmän (2009) tekemissä pro gradu-tutkielmissä. Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n tutkimuksessa asiaa on tutkittu laajemmalta näkökulmalta. Tässä opinnäytetyössä ja Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n (2005) tutkimuksessa esiintyviä samoja päihdepalveluihin pääsyyn vaikeuttavia tekijöitä ovat pitkät jonot päihdepalveluihin, hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja asenteen puute ja päihdeasiakkaiden päihdepalvelujen väärinkäyttö sekä päihdepalvelujärjestelmä. Tässä opinnäytetyössä ja Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n (2005) tutkimuksessa katsottiin päihdepalveluihin pitkien jonojen heikentävän päihdeasiakkaiden motivaatiota hoitoa kohtaan. Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n (2005) tutkimuksessa ammattihenkilöiden puutteet osaamisessa ja asenteissa katsottiin johtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan resurssipulasta ja vähäisestä päihdetyöntekijöiden mahdollisuuksista päästä koulutukseen, minkä takia päihteidenkäyttäjien asiat jäivät vähemmälle huomiolle. (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ja Sosiaalikehitys Oy:n ja Pikassos Oy:n tutkimuksessa ilmenee, että päihdepalveluiden pääsy oli hyvin vaikeaa mielenterveyshäiriötä omaavien päihteidenkäyttäjien ja huumeidenkäyttäjien kannalta. Näille asiakasryhmille päihdepalveluihin pääsyä vaikeuttivat heidän huono toimintakyky, tukihenkilöiden puute, huono asema yhteiskunnassa, eriytyvät päihdepalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelujen hajanaisuus ja kuntien tarjoamat erilaiset päihdepalvelut. Edellä mainituissa tutkimuksissa ja tässä opinnäytetyössä todettiin, että huono-osaisilla päihteidenkäyttäjillä on suuri riski kuntoutumisen jälkeensä palata samoihin ympäristöihin, mistä he ovat lähteneet kuntoutukseen.

Törmän (2009) pro gradu-tutkielma osoittaa, että päihdepalvelut eivät ole huono-osaisten huumeidenkäyttäjien kannalta riittävän matalankynnyksisiä. Huumeidenkäyttäjien jatkohoi-

toon pääsyä vaikeuttaa joustamaton päihdepalvelujärjestelmä, menettelytavat ja palvelujen työnjaot sekä huumeidenkäyttäjien heikkoudesta toimia hoitojärjestelmän vaatimalla tavalla. Samankaltaisia tuloksia tuli esille myös tässä opinnäytetyössä, jossa koettiin päihdepalveluihin pääsyn olevan helpompaa alkoholinkäyttäjille kuin huumeidenkäyttäjille.

Palvelujärjestelmä sopii yhdestä pähteestä riippuvaisille asiakkaille ja myös niille asiakkaille, joilla on vain yksi selkeä sairaus (Törmä, 2007, 107). Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden syrjäytymistä päihdepalveluista voidaan ehkäistä tiivistämällä palveluverkkoja ja tehostamalla asiakas-kohtaista palveluohjausta sekä selkeyttämällä ja vahvistamalla asiakkaan asemaa. Palveluohjauksen tehostamiseen tarvitaan pysyviä resurssilisäyksiä ja palvelupolitiikan uudenlaista määrittelyä ja ohjausta. (Kaukonen 2005, 218-220.)

Ikolan (2010) pro gradu -tutkielmassa koettiin, että asiakkaan itsemääräämisoikeus ei toteudu heidän hoitoaan koskevassa päätöksenteossa, mikä näkyy myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus nähtiin kuntoutuspaikan valinnassa. Ikolan pro gradu -tutkielmassa ja tässä opinnäytetyössä tuli esille, että päihdeasiakkaita kohdellaan eri tavoin päihdepalveluissa. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan päihdeasiakkaat saivat huonoa kohtelua perusterveydenhuollossa, kun taas Ikolan pro-gradu-tutkielmassa päihdeasiakkaat saivat huonoa kohtelua laitoshoidossa ja hyvää kohtelua avohoidossa.

Tulokset vastasivat hyvin myös opinnäytetyön aiheeseen liittyviin teoretietoihin. Tulosten ja teoretietiedon perusteella voidaan sanoa, että mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Tämä perustuu ajatukseen, että mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toistensa riskitekijöitä. Potilaan elämäntilanteesta riippuu, kumpi häiriöistä esiintyy ensin potilaalla.

Haastattelujen perusteella tulokset osoittavat, että Lohjan päihdepalvelut koettiin olevan isojen kuntien ja Savonlinnan päihdepalveluihin nähden riittämättömiä oman ja sen liitännäiskuntien asukaslukunsa sekä suuren päihdeidenkäyttäjien määrän vuoksi. Päihdepalveluista Lohjalta puuttui katkaisuhuoltoasema ja kolmannen sektorin palvelut. Päihdekliniikka koettiin liian kuormittuneeksi suuren asiakasmääränsä vuoksi sekä tukiasumispalvelujen olevan vähäisiä. Hoitajien näkemysten mukaan Lohjan kaupungin olisi hyvä laajentaa päihdepalvelujaan ja kehittää palvelut monipuolisiksi sekä kattavammiksi. Lohjan alueelle olisi hyödyllistä järjestää oma katkaisuhuoltoasema, kolmannen sektorin palvelut sekä lisätä asumistukipalveluja. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalvelut olisi hyvä sijoittaa samassa toimipisteessä.

Pitkäaikaistyöttömien ja vaikeasti työllistyvien työelämään osallisuutta varten sosiaali- ja terveysministerin vuoden 2012–2015 Kaste-ohjelmassa painotetaan aikuissosiaalityön menetelmi-

en kehittämistä ja sosiaalisen työllistymisen sekä kuntoutuvan työtoiminnan lisäämistä. Kaste-ohjelman mukaan syrjäytymisen riskiryhmien (mielenterveys- ja päihdekuntoutujat) koulutusmahdollisuuksiin ja työllistymisiin tulee erityisesti kiinnittää huomiota. Tulosten perusteella päihdekuntoutujien työhön paluuta tukevia mahdollisuuksia olivat pitkäkestoiset ja kattavat päihdepalvelut, henkilökohtaisen avustajan saaminen virastoissa, työkokeilujen, -pajojen, koulutuksien, kurssien ja projektien järjestäminen, porrastettu ja joustava työ sekä riittävä taloudellinen tuki.

Särkelän (2009) pro gradu-tutkielmassa huono-osaisina ja syrjäytyneinä pidettiin päihteidenkäyttäjiä, toimeentulotuen saajia, asunnottomia ja vankeja, jotka kuuluivat syrjäytyneeseen ihmisryhmään myös tässä opinnäytetyössä. Edellä mainitussa pro-gradu-tutkielmassa ja tässä opinnäytetyössä oli samoja toimintamalleja, joilla voitaisiin parantaa syrjäytyneiden ihmisten yhteiskuntaan osallistumista. Niitä toimintamalleja olivat palvelujen korkeakynnyksisyyden vähentäminen muuttamalla palvelut helppokäyttöisiksi, siirtämällä palvelut lähelle asiakasta, parantamalla ammattihenkilöiden yhteistyötä, muuttamalla ihmisten asenteita suvaitsevammiksi syrjäytyneitä ihmisiä kohtaan ja syrjäytyneiden ihmisten voimavarojen huomioiminen muun muassa oman elämän päätöksenteossa ja työvoimakoulutuksessa.

Perälä (2012) on tutkinut väitöskirjassaan huumeidenkäyttäjien aiheuttamien haittojen vähentämisen politiikan käytänteitä ja periaatteita terveysneuvontatoiminnassa, joka on tarkoitettu suomensisäisesti huumeita käyttäville. Tutkimukseen on käytetty aihetta käsitteleviä artikkeleja, joita oli neljä. Tutkimus suoritettiin eräässä Etelä-Suomen terveysneuvontapisteessä vuonna 2003- 2007 välillä. (Perälä 2012, 51, 83.) Tutkimuksessa haastateltiin 19 terveysneuvontapisteen työntekijää ja 20 huumeidenkäyttäjää asiakasta, jotka olivat iältään 20-60-vuotiaita. Asiakkaiden käytetyimmät päihteet olivat alkoholi, lääkkeet ja huumeista; Subutex, Amfetamiini, kannabis ja Subutex, jotka tämän opinnäytetyön tuloksissa kuuluivat käytetyimpiin päihteisiin. (Perälä 2012, 52.)

Tutkimus toi esille, että terveysneuvontapisteet ja niissä tapahtuva haittojen vähentämisen politiikka on osa monien huumeidenkäyttäjien elämää. Huumeidenkäyttäjät ja työntekijät kokivat terveysneuvontapisteet hyödyllisiksi, sillä niistä huumeidenkäyttäjät olivat saaneet apua ja tukea selviytymiseensä sekä uudenlaisia onnistuneita haltuunottoja. Haittojen vähentämispolitiikalla voidaan lisätä syrjäytyneiden huumeidenkäyttäjien luottamusta yhteiskuntaan kuuntelevilla ja osallistuvilla työtavoilla. (Perälä 2012, 5.)

Tutkimuksia on tehty vähän kuntien järjestämien päihdepalvelujen välisistä eroavaisuuksista. Jatkossa tämän opinnäytetyön tutkittua aihetta voisi kehittää selvittämällä muidenkin kuntien päihdepalvelujärjestelmää ja niiden välisiä eroavaisuuksia, mikä auttaisi saamaan yleistettävää tietoa päihteidenkäyttäjien päihdepalveluiden saamisesta eri kunnissa. Samaan aiheeseen

liittyvissä seuraavissa opinnäytetoissa voisi käyttää isompaa otosta haastatteleamalla sekä julkisten että yksityisten päihdepalveluiden työntekijöitä. Näin ajateltuna voidaan saada monipuolisia ja luotettavia tuloksia. Kaikkien Suomen kuntien päihdepalvelujärjestelmien selvittämiseen ei riitä yksi tutkimus, vaan siinä tarvitaan useita tutkimuksia, koska kuntien määrä on suuri ja kuissakin kunnissa on useita ja erilaisia päihdepalveluja, kuten julkiset ja yksityiset päihdepalvelut.

Lähteet

Alatupa, S., Karppinen, K., Keltikangas-Järvinen, L & Savioja, H. 2007. Koulu, syrjäytyminen ja sosiaalinen pääoma : löytyykö huono-osaisuuden syy koulusta vai oppilaasta? Helsinki: Edita Prima Oy.

Ajankohtaista KOHOssa. 2012. Lohjan kaupunki. Viitattu 5.6.2012
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=2294&kieli=246>

Alkoholi. 2011. Päihdelinkki. Viitattu 8.3.2012
<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>

Alkoholijuomien kulutus 2010. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 5.5.2012.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr16_11.pdf

Bennett, M. 1996. Marketing tourism products: concepts, issues, cases. Lontoo: International Thomson business press.

Espoon - A klinikka. 2012. Katkaisuhoidot. Viitattu 4.6.2012
<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/espoo/katkaisuhoidot>

Havio, M, Inkinen, M, Partanen & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Hilden, S-M. 2005. Tupakasta vierottajan opas: motivoinnin avulla eroon tupakkariippuvuudesta. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2010. päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Huttunen, M. 2011. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveysportti. Viitattu 08.03.2012
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=p%E4ihteet

Huumeet. 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 08.03.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet

Huumeongelman hoito. 2006. Käypä hoito. Viitattu 8.3.2012.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksien_naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusa_a=p%C3%A4ihteet

Hyvinvointipalvelut. 2008. Järvenpään sosiaalisairaala. Viitattu 5.6.2012
<http://www.hyvinvointipalvelut.fi/portal/palveluhakemisto/palveluntarjoaja/?id=1627>

Hyvinvointipalvelut. 2008. Ridasjärven päihdehoitokeskus. Viitattu 5.6.2012
<http://www.hyvinvointipalvelut.fi/portal/palveluhakemisto/palveluntarjoaja/?id=3494>

Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä vain häirikkö" Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Tampereen yliopisto Pro gradu. Viitattu 8.6.2012
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01228.pdf>

Ikola, P. 2010. Päihdepalveluiden nykyisyys ja tulevaisuus. Nuorten mielipiteitä päihdepalveluista. Jyväskylän yliopiston Pro gradu. Viitattu 17.5.2013
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24314/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201006082011.pdf?sequence=1>

Iltanen, S. 2012. Sähköpostin käyttö oppilaitoksen sisäisessä viestinnässä. Laurea- ammatti-korkeakoulu. Viitattu 8.6.2012

Iltanen, S. 2012. Palvelupäälikön haastattelu. 29.5.2012. Lohjan Päihdekliniikka. Lohja.

Inkeroinen, T & Partainen, A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. Helsinki: Stakesin monistamo.

Jaakkonen, P & Rautiainen, S. 2008. Päihtyneistä potilaista suurin osa työikäisiä miehiä. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 13.03.2012
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9_2008/muut_artikkelit/paihtyneista_potilaista_suurin_o/

Kankkunen, P & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaukonen, O. 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Viitattu 11.6.2012
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/39A16991-5846-4D22-A063-4E2F73E4144D/0/053kaukonen.pdf>

Kekki, K. & Kajander, P. 2008. Päihdestrategia työohjaajana. Helsinki: Valopaino oy.

Kekki, T & Partanen, A. 2008. Päihdepalvelujen seudullinen kehitys. Helsinki: Stakes.

Korhonen, E. 2002. Asunnottomuus Helsingissä. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Korhonen, U. 2009. Irti riippuvuudesta. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Koski-Jännes, A. 2005. Riippuvuus yksilön ongelmana. Päihdekliniikka. Viitattu 09.03.2012
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/143-riippuvuus-yksilon-ongelmana>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.3.2012.
<http://pre20090115.stm.fi/is1067674780175/passthru.pdf>

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. 2012. Tilastokeskus. Viitattu 27.03.2012
<http://stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Laitinen, M. 2003. Syrjäytyminen valokeilassa - Työkyvyttömyysstatukselle pyrkineiden lahte-laisten pitkäaikaistyöttömien asiakirja-analyysi. Tampereen yliopisto Pro gradu. Viitattu 12.6.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=11453>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Finlex. Viitattu 4.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteeet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (Toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lohja 1.1.2013. 2012. Uusilohja. Viitattu 4.6.2012
<http://www.uusilohja.fi/>

Lohjan kaupunginhallitus ja Nummi- Pusulan kunnanhallitus ehdottavat liitosta ilman Siuntiota. 2012. Uusilohja. Viitattu 4.6.2012
http://www.uusilohja.fi/ajankohtaista.asp?id_tiedote=53&kieli=246

Lääkkeet ja sekäkäyttö. 2012. Irti Huumeista ry. Viitattu 6.6.2012
http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet/laakkeet_ja_sekakaytto

Lämsä, A. L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulun yliopisto. Viitattu 09.03.2012
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290213/isbn9789514290213.pdf>

Mattila-Aalto, M. 2010. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi: Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Helsingin yliopisto. Viitattu 2.7.2012
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50629/kuntoutu.pdf?sequence=2>

Mäkelä, M., Nieminen, J & Törmä, S. 2005. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Pikassos Oy & Sosiaalikehitys Oy. Viitattu 10.9.2012
http://pikassos.fi/aineistot/doc_download/1-hoito-ja-palvelujaerjestelmaen-kynnykset-paeihdeongelmaisten-kannalta

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo. Helsinki: Yliopistopaino.

Mäkelä, R. 2005. Masennus. Päihdekliniikka. Viitattu 09.03.2012.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/141-masennus>

Mäkelä, R. 2006. Ahdistuneisuus ja pelkotilat. Päihdekliniikka. Viitattu 09.03.2012.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/142-ahdistuneisuus-ja-pelkotilat>

Mönkäre, S. 2005. Sosiaaliturvaa ei voi siirtää markkinoiden vastuulle. Valtioneuvosto. Viitattu 4.4.2012
<http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/puheet/puhe/fi.jsp?oid=135677>

Niemi, L. & Viinikka, M. 2006. Ei huolta huomisesta. Laaja- alainen erityisopetus ja tulevaisuuskasvatus koulutuksellisen syrjäytymisen ehkäisijänä. Tampereen yliopiston Pro gradu. Viitattu 22.5.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01360.pdf>

Nuorvala, Y., Halmeaho, M & Huhtanen, P. 2007. Verukkeiden verkossa. Teoksessa Hänninen, S., Karjalainen, J & Lehtelä, K-M. (Toim.) Pääsy kielletty! Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Onnela, T. Pyhä huumesota: huume politiikan pelkoja ja utopioita. 2001. Helsinki. Visio Paunonen, M & Vehviläinen - Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY - Kirjapainoyksikkö.

Perälä, R. 2012. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huume hoidossa. Etnografinen tutkimus huume ongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000- luvun Suomessa. Helsingin yliopiston Pro gradu. Viitattu 6.6.2013
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30102/haittoje.pdf?sequence=1>

Piispa, M. Kujasalo, A. Laari, L. Lindeberg, M. Opari, P. Tella, S & Varamäki, R. 2007. Päihdebarometri: Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Viitattu 11.6.2012
http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2007/2007_002.pdf

Ponsiluoma, H & Yli-Rahnasto, H. 2007. "Se on sitä, että jää yksin" opettajien käsityksiä yksilöistä, ryhmästä ja syrjäytymisestä koulussa. Tampereen yliopiston Pro gradu. Viitattu 22.5.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01727.pdf>

Pumppu-hanke 5/2011- 2/ 2014. 2012. Laurea Lohja. Viitattu 27.3.2012.
http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankeet/Documents/pumppu_A4_suomi.pdf

Pumppu-hanke. 2012. Pumppu- hanke. Viitattu 27.3. 2012
<http://pumppu-hanke.blogspot.com/>

Päihdehuoltolaki. 1986. Finlex. Viitattu 3.4.2012
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihdehuollon laitos x. 2012

Päihdehuollon laitoksessa x tapaamiskeskustelu. 22.3.2012. Päihdehuollon laitos x. Länsi-Uusimaa

Päihdeongelmaisten katkaisuhuutoyksikkö. 2009- 2012 Raaseporin kaupunki. Viitattu 4.6.2012
<http://www.raasepori.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveydenhuolto/paivystys/kiireellinen-paihdehoito>

Päihdepalvelujen laatusuosituksat. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. Viitattu 5.5.2012
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Päihderiippuvuus. 2007. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8,3.2012
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus/

Päihderiippuvuus on sairaus. 2007. Terveysten - ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.3.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Viitattu 30.3.2012
<http://www.vastapaino.fi/vp/images/tekstinaytteet/951-768-169-0.pdf>

Rönkä, S & Virtanen, A. 2009. Huumeetilanne Suomessa 2009. Viitattu 11.6.2012
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/47699564-6dd8-4381-973a-0d441c4fd5ba>

Sanaskodin päihde- ja mielenterveyskuntoutus. 2012. Sanaskoti. Viitattu 24.3.2012
<http://www.sanaskoti.fi/toiminta>

Seppälä, P. 2005. Päihdekäyttö osa kulttuuria. Päihdelinkki. Viitattu 08.03.2012
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/391-huumeidenkaytto-osana-kulttuuria>

Sininauhaliitto. 2012. Karismakoti. Viitattu 5.6.2012
<http://www.sininauhaliitto.fi/?document=11787192>

Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehitysohjelma. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.3. 2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.6.2012

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lspesite.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suutari, M. 2001. Vallattomat marginaalit. Nuorisotutkimusseura. Viitattu 08.03.2012

http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisut/vallattomat_marginaalit.pdf

Syrjäytymisen kuva. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.03.2012

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/syrjaytymis/osa3.htm>

Särkelä, M. 2009. Päihteidenkäyttö ja yhteiskunnallisen osallisuuden ongelmat. päihdelinkki. Viitattu 09.03.2012

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/122-paihteidenkaytto-ja-yhteiskunnallisen-osallisuuden-ongelmat>

Särkelä, M. 2009. Miten huono-osainen voi olla osallinen? Tarkastelussa päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, vankien ja asunnottomien osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus. Jyväskylän yliopisto Pro gradu. Viitattu 17.5.2013

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21271/URN_NBN_fi_jyu-200907071760.pdf

Terveydenhuoltolaki. 2010. Finlex. Viitattu 4.4.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Terveyttä, turvaa ja tasa- arvoa. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.6.2012

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11822.pdf

Tuomi, J & Sarajarvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Työvoimatutkimuksen keskeisimmät tunnusluvut sukupuolen mukaan vuosina 2009-2011. 2012. Tilastokeskus. Viitattu 12.6.2012

http://www.stat.fi/til/tyti/2011/13/tyti_2011_13_2012-03-09_tau_001_fi.html

Törmä, S. 2007. Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa Hänninen, S., Karjalainen, J & Lehtelä, K-M. (Toim.) Pääsy kielletty! Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Törmä, S. 2009. Huono-osaisimmat päihteiden käyttäjät ja matala kynnyks. Sosiaalikehitys oy:n julkaisuja.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vuokila-Oikonen, P & Halonen, A-E. 2011. Rakentamassa ammattikorkeakouluyhteisöä. Helsinki: Diakonian ammattikorkeakoulu.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdettyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 28.5.2012

<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

Wilson, J. 2010. Essentials of business research. London: Sage Publications Ltd.

Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? 2. painos. Keuruu: Otava.

Yliluoma, A. 2012. LOST- yhteistyö alkoi 1.1.2009. Viitattu 4.6.2012
http://palvelut.lohja.fi/lost/LOST_vanha.p

Kuviot

Kuvio 1: Syrjäytymisen prosessimalli: Jyrkänen (1986), Takalan ja Jahnukaisen (2001) pohjalta	11
Kuvio 2: Syrjäytymisen määrittely	39
Kuvio 3: Syrjäytyneet ihmiset	40
Kuvio 4: Syrjäytymisen alkaminen	41
Kuvio 5: Syrjäytymisen riskitekijät	41
Kuvio 6: Syrjäytymisen ehkäisykeinot	42
Kuvio 7: Päihdekäyttäjien työhön	44
Kuvio 8: Päihdekäyttäjien työhön paluun tukeminen	44
Kuvio 9: Käytetyimmät päihteet	45
Kuvio 10: Päihteiden käytön riskitekijät	45
Kuvio 11: Päihteiden käytön ja mielenterveyshäiriöiden	45
Kuvio 12: Päihteidenkäyttäjien	45
Kuvio 13: Päihteiden käytön vaikutus sosiaaliseen elämään	46
Kuvio 14: Päihdepalvelutahojen välisen	48
Kuvio 15: Yhteistyötä heikentävät tekijät	48
Kuvio 16: Päihde- ja mielenterveyslain periaatteiden vastaiset toiminnot päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa	49
Kuvio 17: Lohjan päihdepalvelujärjestelmä	50
Kuvio 18: Lohjan päihdepalveluiden eroavaisuudet lähikuntien päihdepalveluista	50
Kuvio 19: Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavat tekijät	51
Kuvio 20: Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämisen keinot	52

Liitteet

Liite 1: Sisällön analyysi	68
Liite 2: Teemahaastattelurunko.....	74
Liite 3: Saatekirje.....	75

Sisällön analyysi

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
<p><i>"Ihmiset jää yksin ja ne ei käy töissä, ne ei käy missään, ne niin kuin enemmän yksin siellä kotona ja, että niillä ei kuin ole mitään, että niiden sosiaaliset suhteet kariutuu ja tammoista näin."</i></p>	<p>Ihminen jää yksinäiseksi, jolloin hän eristäytyy sosiaalisista suhteista ja työelämästään sekä perheestään.</p>
<p><i>"monet päihdeidenkäyttäjät on... ehkä ei niinkään ihan alkuvaiheessa tai monet käy vielä töissäkin, varsinkin kun sä oot narkomaani niin kyllä sä oot sitten syrjäytynyt yleensä. Työttömät ovat semmoisia saattaa löytyä, eläkeläisistä saattaa löytyä syrjäytyneitä, oikeistaan, jos sä et ole millään tavallaan tavallaan tuottavaa, että sinulla vaikka jotain psyykinen sairauskin niin, se saattaa aiheuttaa sen, että saat syrjäytymisen leiman."</i></p>	<p>Syrjäytyneet ihmiset muodostuvat ihmisryhmistä, joihin kuuluvat päihdekäyttäjät, psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset, työttömät ja eläkeläiset ja vanhukset.</p>
<p><i>"kai se on jos..katsotaan, että se lähtee syrjäytyminen sieltä lapsuudesta, mikä on se vanhemmilla aika iso vastuu, että niin kuin laittaa lapsi harrastuksiin, sitten yrittää niitä kavereita ja sitten puuttuu koulukiusaamiseen, että koulun kanssa tehdään yhteistyötä."</i></p>	<p>Syrjäytymisen ehkäisy on erityisen tärkeä lähteä lapsuusiästä. Vanhempien tehtävänä on rohkaista lapsiaan löytämään kavereita ja kannustaa heitä harrastuksiin ja puuttua koulukiusaamiseen sekä tehdä koulun kanssa yhteistyötä.</p>
<p><i>"mutta sehän saattaa olla, mä ajattelin sille, että siis saattaa olla tosiaan se opittu malli sieltä perheestä...elikkä se ja tämä on semmoinen, että näkyy narkomaanilla hyvin useasti, että siellä isä ja äiti ollut rikkinaiset perheet, siellä perheessä väkivalta kaikkea tämmöstä, eihän tiedä, muunkalaista elämää, koska lapsi ajattelee, se miten van-</i></p>	<p>Vanhempien päihdekäytönmallin omaksuminen näkyy useimmin huumeidenkäyttäjillä, joiden vanhemmat ovat olleet yleensä rikkinaisesta ja väkivaltaisesta perheestä.</p>

<i>hemmat toimii, ne toimii aina oikein ei lapset kyseenalaista."</i>	
<i>"Aluksi varmaan se sosiaalista sen avulla saa kavereita sä voit mennä tuolla ravintoloissa milloin voit viettää sellaista sosiaalista elämää. Jatkossa perhe menee ehkä suhteet läheisiin, työpaikka kaikki sosiaalinen elämä on vaakalaudalla kun päihteet tulee kuvioihin."</i>	Päihteiden käyttö kaventaa sosiaalisia suhteita siten, että ihminen menettää perheensä, läheisiään ja raittiita kavereitaan.
<i>että joskushan se on..ne ei näe sitä, mitä me nähdään, kun asiakas on tässä näin, niin totta, että se meidän kanta, että jos me katoaan, että asiakas tarttee pitempää kuntoutusta, mutta siten jos kun kunta ei näe sitä, että se vaan he haluaa avohoitoon, siinä ei ehkä toimi site."</i>	Yhteistyössä ongelmana on se, että heillä ja muilla päihdetahojen työntekijöillä on eri näkemykset asiakkaiden kuntoutusjakson pituuden tarpeesta.
<i>"Ehkä isoin haaste on se että näissä viroissa sosiaalityöntekijät päihdetyöntekijät on hirmuinen vaihtuvuus eli se tieto ei välttämättä kulje niin kun sen pitäisi ja tilanteet vanhenee ja uusista tilanteista ei välttämättä olla kartalla. Eli se ei ole asiakkaan kantalta hyvä ensinnäkin päihteiden käyttäjä, mielenterveyskuntoutujan on äärimmäisen vaikeaa luoda luottamus suhdetta kehenkään kun hän saa sen luotua johonkin päihdetyöntekijään tai sosiaalityöntekijään niin kohta se on jo se seuraava tulokas ja sä joudut monesti kertaamaan niitä asioita ja se tuo sitä raskautta siihen että ei enää jaksaa mennä vastaanotoille."</i>	Merkittävä yhteistyötä heikentävä tekijä on päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus, joka heikentää heidän välisten tietojen kulkua ja myös vaikeuttaa asiakkaan luottamuksen syntymistä hoitotahojen työntekijöihin.

<p><i>"suurin, yksi asia on se, oma asiakkaan oma motivaatio...,että oikeasti hän haluaa sitä elämän muutosta....ja se on kans yksi, miksi on niin vaikea päästä, katkollehan pääsee, mutta monet tekee sen, että he kävisi päivän syömässä hyvin ja nukkumassa, ottavat lääkkeitä ja lähtevät takaisin kadulle..niin että sinä pääset katkolta jatkokuntoutukseen, sinulla pitää olla tosi motivaatio siihen..ja se oma usko ja semmoinen, että ihan oikeasti haluan tehdä jotain."</i></p>	<p>päihdepalveluiden kynnyksisyyttä nostaa myös päihdeasiakkaiden päihdepalveluiden väärinkäyttö.</p>
<p><i>"toi oma terveyskeskuslääkäri ohjaako se miten aktiivisesti näitä. en mä oo koskaan kuulu että joku tulisi tänne ja sanois että minun oma terveyskeskuslääkäri ohjasi minut katkolle tai hoitoon, et liian vähän kuulee sitä. että sinne terveyskeskuslääkärin puoleen pitäis enemmän aktivoida sitä että kun ne huomaa että jollakin on niin tehdä heti semmon seula et minkä verran päihteitä käyttää ja todeta että sulla on liika tätä ja nyt pitäis mennä hoitoon ja näin tää on varmaan semmonen mitä vois kehittää."</i></p>	<p>Lääkäreiden tulee aktiivisesti motivoida päihdeasiakkaita hakeutumaan hoitoon</p>
<p><i>"jos on pitkän linjan alkonkäyttäjä sanotaan tämmönen 60 paremalla puolella oleva henkilö niin hyvin harvoin satsataan enää sellaiseen se on ihan karu totuus et se on tämmöstä on niinku ihan nenän edestä annetaan paitat nuoremmille vaikka toinen olisi pitkään jo halunnut apua mut ei kannata enää satsata ku ei tuu verorahoja tälläsestä."</i></p>	<p>Kunnat eivät rahoita pitkäaikaisten päihdekäyttäjien hoitoon yhtä paljon kuin vastaaloittaneiden päihdekäyttäjien hoitoon.</p>
<p><i>"palvelut vietaisin mahdollisimman lähelle asiakasta, jotta asiakkaan on helppo mennä, että ei se olisi tosiaan sille, pitäisi soittaa sinne ja sinne ja jonottaa hullun lailla ennen kuin saat ajan ja sitten sun pitää mennä sinne ja sinne. Niinpä just tehdään samat asiat</i></p>	<p>Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämiseksi päihdepalvelut tulisi sijoittaa lähellä asiakkaita ja päihdepalvelujärjestelmää muutettaisiin selkeämmäksi ja helposti käytettäväksi päihdekäyttäjille</p>

<i>kuin helpompi tulla.”</i>	
------------------------------	--

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
Ihminen jää yksinäiseksi, jolloin hän eristäytyy sosiaalisista suhteista ja työelämästään sekä perheestään.	Sosiaalisesta suhteista ja työelämästä sekä perheestä eriytyvä yksinäinen ihminen
Syrjäytyneet ihmiset muodostuvat ihmisryhmistä, joihin kuuluvat päihdekäyttäjät, psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset, työttömät ja eläkeläiset sekä vanhukset.	Päihdekäyttäjät, psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset, työttömät ja vanhukset
Syrjäytymisen ehkäisy on erityisen tärkeä lähtöä lapsuusiästä. Vanhempien tehtävänä on rohkaista lapsiaan löytämään kavereita ja kannustaa heitä harrastuksiin ja puuttua koulukiusaamiseen sekä tehdä koulun kanssa yhteistyötä.	Ongelmiin puuttuminen elämän varhaisessa vaiheessa
Vanhempien päihdekäytönmallin omaksuminen näkyy useimmin huumeiden käyttäjillä, joiden vanhemmat ovat olleet yleensä rikkinäisestä ja väkivaltaisesta perheestä.	Vanhemmilta omaksuttu päihdekäyttömalli
Päihteiden käyttö kaventaa sosiaalista suhdetta siten, että ihminen menettää perheensä, läheisiään ja raittiita kavereitaan.	Perheen, läheisten ja kavereiden menettäminen
Yhteistyössä ongelmana on se, että heillä ja muilla päihdetahojen työntekijöillä on eri näkemykset asiakkaiden kuntoutusjakson pituuden tarpeesta.	Päihdetahojen eri näkemykset asiakkaiden kuntoutusjakson pituuden tarpeesta
Merkittävä yhteistyötä heikentävä tekijä on päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri	Päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus

vaihtuvuus, joka heikentää heidän välisten tietojen kulkua ja myös vaikeuttaa asiakkaan luottamuksen syntymistä hoitotahojen työntekijöihin	
Päihdepalveluiden kynnyksisyyttä nostaa myös päihdeasiakkaiden päihdepalveluiden väärinkäyttö	Päihdepalveluiden väärinkäyttö
Lääkäreiden tulee aktiivisesti motivoida päihdeasiakkaita hakeutumaan hoitoon ja auttaa heitä asioiden hoitamisessa.	Lääkärikäynnillä asiakkaan motivoiminen hakeutumaan hoitoon
Kunnat eivät rahoita pitkäaikaisten päihdekäyttäjien hoitoon yhtä paljon kuin vastaaloittaneiden päihdekäyttäjien hoitoon.	Asiakkaan päihdehistoria
Päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyden vähentämiseksi päihdepalvelut tulisi sijoittaa lähellä asiakkaita ja päihdepalvelujärjestelmää muutettaisiin selkeämmäksi ja helposti käytettäväksi päihdekäyttäjille	Päihdepalvelut lähellä asiakasta ja päihdepalvelujärjestelmän muuttaminen selkeämmäksi ja helppokäyttöiseksi

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Sosiaalisista suhteista ja työelämästä sekä perheestä eriytyvä yksinäinen ihminen	yksinäisyys
Päihdekäyttäjät, psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset, työttömät, vanhukset	päihdekäyttäjät, mielenterveyshäiriöiset, työttömät, vanhukset
Ongelmiin puuttuminen elämän varhaisessa vaiheessa	ennalta ehkäisevät toiminnot
Yksilöllisesti suunnitellut ja riittävät pitkät päihdepalvelut	pitkäkestoinen ja yksilöllinen kuntoutus
Vanhemmilta omaksuttu päihdekäyttömalli	päihdeongelmaiset vanhemmat
Perheen, läheisten ja kavereiden menettäminen	ihmissuhteiden menettäminen

Päihdetahojen eri näkemykset asiakkaiden kuntoutusjakson pituuden tarpeesta	päihdetahojen erimielisyydet kuntoutusjakson pituudesta
Päihde- ja sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus	ammattihenkilöiden vaihtuvuus
Päihdepalveluiden väärinkäyttö	asiakkaan motivaatio
Lääkärikäynnillä asiakkaan motivoiminen haakeutumaan hoitoon	asiakkaan hoitohenkilökunnalta saamat kannustukset
Asiakkaan päihdehistoria	päihdehistoria
Päihdepalvelut lähellä asiakasta ja päihdepalvelujärjestelmän muuttaminen selkeämmäksi ja helppokäyttöiseksi	päihdepalveluiden sijainti ja selkeä sekä helppokäyttöinen päihdepalvelujärjestelmä

Liite 2

Teemahaastattelurunko

Haastattelu kysymykset

Syrjäytyminen

- Mitä tarkoitetaan syrjäytymisen käsitteellä?
- Ketkä ovat syrjäytyneitä ihmisiä?
- Missä elämän vaiheessa syrjäytyminen alkaa kehittymään?
- Mitkä ovat syrjäytymisen/päihteidenkäyttäjien syrjäytymisen riskitekijöitä?
- Millä keinoilla voidaan ehkäistä syrjäytymistä?
- Millä todennäköisyydellä päihdekuntoutujat voivat palata työelämään ja miten heidän työhön paluuta voidaan tukea?

Päihteet

- Mitkä tekijät ajavat ihmisiä päihteiden käyttöön?
- Mitkä ovat käytetyimmät päihteet asiakkailla?
- Miten päihteiden käyttö ja mielenterveys kulkevat käsi kädessä?
- Mitkä ovat yleisimmät mielenterveyshäiriöt päihteiden käyttäjillä?
- Miten päihteiden käyttö vaikuttaa sosiaaliseen elämään?

Päihdepalvelujärjestelmä

- Mitä mieltä olette nykyisestä päihdepalvelusta? Toimiko se hyvin?
- Toteutuuko päihde- ja mielenterveyshuoltolain keskeiset periaatteet ja vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma päihdepalvelujärjestelmässä ja potilaan hoidossa? Miten se toteutuu?
- Onko Lohjan kaupunki järjestänyt riittävästi päihdepalveluja sen asukasluvuunsa nähden ja millä tavalla?
- Miten Lohjan kaupungin järjestämät päihdepalvelut eroavat lähikunnista?
- Mitkä tekijät vaikuttavat päihdepalveluihin pääsyyn
- Miten voidaan vähentää päihdepalvelujen korkeakynnyksisyyttä

Liite 3

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Lohjan Laurean ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on päihdekäyttäjien käsityksiä päihdeidenkäyttäjien syrjäytymisestä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on karkoittaa päihdetyöntekijöiden käsityksiä päihdekäyttäjien syrjäytymisestä heidän työssään. Lisäksi tutkimuksemme avulla tuodaan esille, miten eri kuntien tarjoamat päihdehuollon palvelut eroavat toisistaan vertaamalla Lohjan päihdepalveluja muihin lähikuntiin ja kuinka päihdeidenkäyttäjien syrjäytyminen esiintyy niissä. Tavoitteena on selvittää päihdeidenkäyttäjien syrjäytymistä yhteiskunnassa ja kuntien järjestämien päihdepalvelujen eroavaisuuksia.

Opinnäytetyön aineiston keräys toteutetaan teemahaastattelun muodossa. Haastattelumuodoista olemme valinneet yksilö- ja parihaastattelun. Tarkoituksena on tehdä teidän yöhoitajille yksilöhaastattelu ja muille hoitajille parihaastattelu. Haastattelussa huomioidaan luotettavuutta, jolloin haastateltavien henkilöllisyys ei näy opinnäytetyössä. Opinnäytetyömme ohjaavat opettajat ovat ----- ja ----- -- , joiden sähköposti osoitteet ovat seuraavat:

Mikäli teillä tulee kysyttävää opinnäytetyöstämme tai haastattelusta, vastaamme mielelläämme kysymyksiinne.

Toivomme, että kaikki pystyisivät osallistumaan haastatteluihin.

Ystävällisin terveisin,

Päivi Lokkila

044-xxxxxxx

paivi.lokkila@laurea.fi

Shawbo Memarisara

050-xxxxxxx

shawbo.memarisara@laurea.fi

