



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

perheterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja huumausaineiden väärinkäyttäjien 12-vaiheinen terapia. Nuoret rikoksenteijät joutuvat vankilan asemesta nuorten hoidosta annetun lain erityissäännösten mukaisesti suljettuun nuorten laitoshoidon. ⁽¹⁸⁶⁾ Lisätietoja hoitotoimenpiteistä on sivulla 49.

Syrjäytyminen ja yhteiskuntaan sopeuttaminen

Määritelmät ja käsitteet

Viimeisen yhteiskunnallista epävakautta ja yhteiskuntaan sopeuttamista käsitelleen tutkimuksen (social precarity and integration) ⁽¹⁸⁷⁾ mukaan köyhyyden ja syrjäytymisen vaarassa olevan väestön osuus vaihtelee eri puolilla Eurooppaa 9:stä 22 prosenttiin (Eurooppa-neuvosto, 2001). Syrjäytyneinä pidetään henkilöitä, jotka eivät kykene osallistumaan täysipainoisesti talous-, yhteiskunta- ja siviilielämään ja/tai joiden tulot ja muut resurssit (henkilökohtaiset, perheen ja kulttuuriset) ovat niin riittämättömiä, että he eivät kykene nauttimaan elintasosta, jota heitä ympäröivässä yhteiskunnassa pidetään hyväksyttävänä (Gallie ja Paugam, 2002).

Syrjäytyminen voidaan näin ollen määritellä taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmäksi. Käsite on kaikissa yhteiskunnissa suhteellinen (CEIES, 1999) ja kuvaa yhteiskunnallisten ja taloudellisten tekijöiden kasautumista vuosien mittaan. Syrjäytymistä voivat edistää ongelmat, jotka liittyvät työntekoon, opetukseen ja elintasoon, terveyteen, kansallisuuteen, huumeidenkäyttöön, sukupuolten väliseen eriarvoisuuteen ja väkivaltaan (Eurooppa-neuvosto, 2001; kansalliset raportit, 2002).

Huumeidenkäyttöä voidaan pitää sekä syrjäytymisen seurauksena että sen synnä (Carpentier, 2002): huumeidenkäyttö voi heikentää elinolosuhteita, mutta toisaalta syrjäytymisprosessi saattaa olla synnä huumeidenkäytön aloittamiseen. Huumeidenkäytön ja syrjäytymisen välinen yhteys ei kuitenkaan ole syy-yhteys, koska kaikki huumeidenkäyttäjät eivät ole syrjäytyneitä (Tomas, 2001).

Kun tämä monitahoisuus otetaan huomioon, voidaan analysoida huumeidenkäyttöä syrjäytyneiden väestöjen keskuudessa ja tutkia huumeidenkäyttäjien syrjäytymistä (kaavio 22).

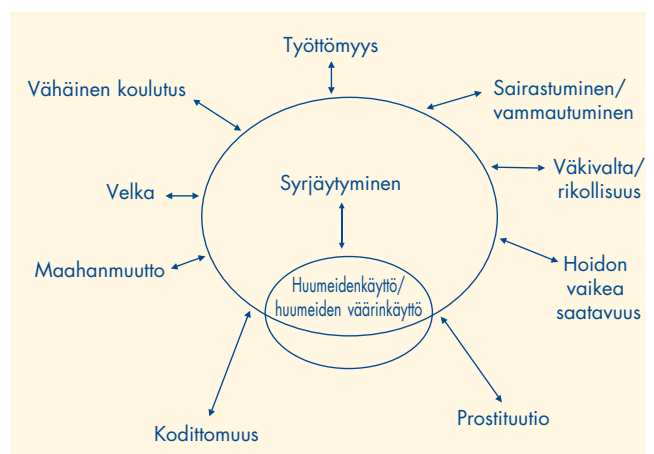
Huumeidenkäyttötavat ja käytön seuraukset syrjäytyneen väestön keskuudessa

Seuraavien väestöryhmien katsotaan yleensä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa olevan syrjäytymisvaarassa: vangit, maahanmuuttajat ⁽¹⁸⁸⁾, kodittomat, seksityöntekijät ja heikossa asemassa olevat nuoret. Syrjäytyneiden ryhmien keskuudessa esiintyvistä huumeidenkäytöstä ja niiden käyttötavoista esitettävien tietojen yhteydessä on otettava huomioon vinoutumat ja metodologiset rajoitukset, jotka johtuvat tietolähteiden ja vertailukelpoisen tiedon puutteellisuudesta Euroopan tasolla.

Vankeuden ja huumeidenkäytön välinen yhteys on paljastunut hyvin tiiviiksi (ks. myös s. 34). Suuri osa vangeista on käyttänyt huumeita jo ennen vankilaan joutumista, ja vangitsemisen syy liittyy usein huumeidenkäyttöön. Joillakin henkilöillä tilanne kehittyi päinvastaisesti, ja he ryhtyvät käyttämään huumeita vasta jouduttuaan vankilaan muista rikoksista. Tutkimusten mukaan 3–26 prosenttia Euroopan vankiloissa istuvista huumeidenkäyttäjistä alkaa käyttää huumeita vankilassa, ja 0,4–21 prosenttia vangituista injektioikästä on alkanut käyttää huumeita suonensisäisesti vankilassa. Huumeidenkäyttö on hyvin yleistä vankiloissa: jopa 54 prosenttia vangeista on ilmoittanut käyttäneensä huumeita vankilassa, ja jopa 34 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä huumeita suonensisäisesti vankilassa (Stoever, 2001; EMCDDA, 2002a).

”Mustien ja etnisten vähemmistöjen” ja huumeidenkäytön välinen suhde on epäselvempi, koska tietoja on niukasti saatavilla. Mikään tieteellinen näyttö ei viittaa siihen, että huumeidenkäyttö olisi yleisempää maahanmuuttajien kuin valtaväestön keskuudessa. Joissakin tiettyjen etnisten vähemmistöjen parissa tehdyissä tutkimuksissa on kuitenkin

Kaavio 22: Syrjäytymisen ja huumeidenkäytön välinen yhteys



⁽¹⁸⁶⁾ Ks. <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Eurobarometrin tutkimus 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ EMCDDA (2002b) määrittelee maahanmuuttajiksi ”mustat ja etniset vähemmistöt”, joihin sisältyvät EU-maissa asuvat erilaista syntyperää olevat maahanmuuttajat.

todettu korkeampia huumeiden ongelmakäyttäjien osuuksia näissä vähemmistöissä kuin valtaväestössä, kuten Suomessa inkeriläisten (joista 1–2 % arvioidaan olevan huumeiden-, erityisesti heroisiin käyttäjiä), Saksassa kurdien, Espanjassa romanien ja Alankomaissa useiden etnisten ryhmien keskuudessa (Vrieling et al., 2000) (189). Tähän saattaa olla syynä yhdistelmä yhteiskunnallisesti epäsuotuisia tekijöitä, kuten paikallisen kielen huono osaaminen, työttömyys- ja asumisongelmat, kehnot elinolosuhteet ja taloudellisten resurssien puute (kansalliset raportit, 2002).

Huumeidenkäyttötavoissa on eroja etnisten ryhmien välillä. Khatia käyttävät ilmoitusten mukaan vain somalit ja mustat afrikkalaiset, kun taas heroiniä polttavat Surinamesta ja Bangladeshista kotoisin olevat maahanmuuttajat. Huumeidenkäytön aloittamisikä taas vaikuttaa olevan alhaisempi Espanjan romanien keskuudessa (2–3 vuotta alhaisempi) kuin syntyperäisten espanjalaisten keskuudessa (Eland ja Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Myös kodittomien ilmoitetaan kuuluvan huumeidenkäytön riskiryhmään. Vaikka Euroopan tasolla ei olekaan saatavilla vertailukelpoisia tietoja kodittomuuden ja huumeidenkäytön välisestä suhteesta, monissa maissa on tehty erityisiä tutkimuksia, joiden mukaan huumeidenkäyttö on yleinen ongelma kodittomien keskuudessa (kansalliset raportit, 2002). Tanska, Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet, että 80 prosenttia tilapäismajoituksessa asuvista kodittomista on riippuvaisia huumeista, ja levinneisyysasteet ovat vielä korkeampia kaduilla asuvilla tai muista sosiaalisista ongelmista kärsivillä kodittomilla. Esimerkiksi Irlannissa tehdyn selvityksen mukaan 67 prosenttia kodittomista entisistä vangeista on riippuvaisia huumeista (Hickey, 2002). Kodittomien yleisimmin käyttämä huume on heroini, jonka jälkeen tulevat kokaiini ja huumeiden sekakäyttö. Kodittomien keskuudessa esiintyy paljon myös muunlaista riskikäyttäytymistä, kuten suonensisäistä huumeidenkäyttöä ja yhteisten neulojen käyttöä. (190)

Huumeidenkäyttö on yleistä heikossa asemassa olevien nuorten keskuudessa; levinneisyys on korkea perhe- ja sosiaaliongelmista tai kouluongelmista kärsineiden lasten keskuudessa. Huumeidenkäytön levinneisyys on korkea huumeriippuvaisten henkilöiden lasten keskuudessa: huumeita viimeisen vuoden aikana käyttäneiden vanhempien lapset ovat käyttäneet huumeita ainakin kerran elämässään huomattavasti suuremmalla todennäköisyydellä kuin lapset, jotka eivät kuulu heikossa asemassa olevaan väestöryhmään (37–49 % on

käyttänyt huumeita ainakin kerran verrattuna 29–39 %:iin sellaisista lapsista, joiden vanhemmat eivät käytä huumeita). (191) Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että lapset, jotka ovat kärsineet seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai väkivallasta perheen sisällä, alkavat muita todennäköisemmin käyttää huumeita aikuisiässä (Liebschutz et al., 2002). Portugalissa perheen sisäisen hyväksikäytön ja väkivallan nuorten uhrien ilmoitetaan alkavan seitsemän kertaa todennäköisemmin käyttää heroinia kuin valtaväestöön kuuluvien nuorten (Lourenço ja Carvalho, 2002). Yhdistyneessä kuningaskunnassa ”kotoaan karanneet nuoret” (192) näyttävät alkavan muita todennäköisemmin käyttää huumeita. Heistä huumeita on käyttänyt ainakin kerran 2–8 kertaa useampi kuin nuorista, jotka eivät ole koskaan karanneet kotoaan. Heidän yleisimpiä huumeitaan ovat crack, heroini ja liuottimet. Kouluongelmat ovat toinen riskitekijä, joka lisää huumeidenkäyttöä: huumeidenkäytön levinneisyys on korkea sellaisten lasten keskuudessa, jotka eivät käy koulua (Amossé et al., 2001), jotka käyvät koulukotia (Suomessa 40 %:lla koulukotinuorista ilmoitettiin olleen väärinkäyttöongelma jonkin aikaa, määrästä 16 % liittyi huumeisiin) (Lehto-Salo et al., 2002) ja joiden koulumenestys on heikkoa (Norjassa 13,5 %) (Vestel et al., 1997).

Seksityöntekijöiden keskuudessa huumeidenkäyttö on usein motiivi prostituutiolle, mutta se voi myös olla prostituution seuraus (kuten muidenkin huumeidenkäyttöön liittyvien tekijöiden kohdalla). Huumeidenkäyttötavat vaihtelevat sen mukaan, onko prostituutio alkanut ennen huumeriippuvuutta vai sen jälkeen. Italiassa katuprostituoitujen parissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa havaittiin, että kun seksityöntekijät alkavat käyttää huumeita käsitelläkseen prostituution liittyviä ongelmia, he käyttävät pääasiallisesti alkoholia sekä rauhoittavia ja muita psykoaktiivisia lääkkeitä; heroini taas on ensisijainen huume silloin, kun huumeriippuvuus on prostituution pääasiallinen syy (Calderone et al., 2001).

Muista syrjäytyneistä väestöryhmistä on vähemmän tutkimustuloksia ja tietoja; Tanska on ilmoittanut, että psykiatristen palvelujen potilaista 50–60 prosenttia on huumeriippuvaisia, mikä johtuu todennäköisesti huumaussaineiden helposta saatavuudesta ja siitä, että tällaiset potilaat ovat tottuneet käyttämään psykoaktiivisia lääkkeitä (kansallinen raportti, 2002).

Syrjäytymisen ja huumeidenkäytön välinen yhteys

Hoitoa saavan väestön sosiaalisista oloista on saatavilla jonkin verran tietoja. Huumeidenkäyttöön liittyviin sosioekonomisiin tekijöihin sisältyy matala koulutustaso,

(189) Taulukko 19 OL: Ensisijaisten riippuvuusongelmien (alkoholi, heroini, kokaiini, kannabis ja uhkapeli) jakautuminen Alankomaissa maahanmuuttajien ja syntyperäisten hollantilaisten välillä (verkkoversio).

(190) Yhdistyneen kuningaskunnan sisäministeriö on ilmoittanut, että yli kolmasosa maan kodittomista on käyttänyt heroinia suonensisäisesti ja viidesosa on käyttänyt crackia suonensisäisesti. Heistä yli 10 % on viimeisen kuukauden aikana todennäköisesti käyttänyt jonkun toisen ruiskua tai lainannut toiselle omaa ruiskuaan (Carlen, 1996; Goulden ja Sondhi, 2001).

(191) Englannissa ja Walesissa 4 848 nuoren parissa vuosina 1998–1999 tehdyn tutkimuksen mukaan (Goulden ja Sondhi, 2001).

(192) Yhdistyneen kuningaskunnan varapääministerin kanslian syrjäytymisyksikkö määrittelee ”kotoaan karanneiksi nuoriksi” alle 18-vuotiaat lapset tai nuoret, jotka viettävät vähintään yhden yön luvottomasti poissa kotoaan tai ilman huolenpitoa tai jotka heidän vanhempansa tai huoltajansa ovat pakottaneet lähtemään (Social Exclusion Unit, 2002).

aikainen koulunkäynnin lopettaminen ja keskeyttäminen, työttömyys, matalat palkat ja vaikeat työt, alhaiset tulot ja velkaantuminen, asumiseen liittyvä turvattomuus ja kodittomuus, kuolleisuus ja huumeisiin liittyvät sairaudet, terveydenhuollon heikko saatavuus ja sosiaalinen leimautuminen (taulukko 5).

Huumeidenkäyttäjien sosiaalisissa oloissa on merkityksellisiä eroja käytettävän aineen ja käyttötavan mukaan; huonoimmat olot ovat heroiinin ja opiaattien käyttäjillä sekä kroonisilla huumeriippuvaisilla.

Kaikista vuonna 2001 hoidossa olleista asiakkaista 47 prosenttia ei ollut koskaan käynyt koulua tai oli käynyt vain ala-asteen; myös korkeat koulunkäynnin aikaisen lopettamisen ja keskeyttämisen asteet ovat yleisiä huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Ensisijaisen huumeen ja maiden välillä on eroja⁽¹⁹³⁾: opiaattien (etenkin heroiinin) käyttäjillä on matalin koulutustaso (kansalliset raportit, 2002).

Epävakaisten sosiaalisten olojen takia huumeidenkäyttäjillä on myös työmarkkina-asemaan liittyviä ongelmia: työttömyysasteet ovat erittäin korkeita verrattuna valtaväestöön (47,4 % huumeidenkäyttäjistä verrattuna 8,2 %:iin⁽¹⁹⁴⁾ valtaväestöstä). Työtä on vaikea saada, ja huumeidenkäyttäjät pystyvät harvoin pitämään työpaikkaa pitkään tai edistymään uralla (DrugScope, 2000).⁽¹⁹⁵⁾ Epävakaa työmarkkina-asema voi johtaa taloudellisiin ongelmiin; huumeriippuvaisilla on usein matalat tulot jos

tuloja lainkaan (32–77 % hoidossa olevista asiakkaista elää sosiaalietuuksilla). Myös velkaantuminen on yleistä.

Huumeidenkäyttäjien elinolosuhteiden ilmoitetaan olevan usein erittäin kehnot: 10,4 prosentilla asiakkaista on epävakaa asumistilanne ja 7,5 prosenttia asuu laitoksessa. Lisäksi monet maat ovat ilmoittaneet korkeita kodittomuusasteita (jopa 29 %) huumeidenkäyttäjien keskuudessa.⁽¹⁹⁶⁾

Kansallisuuden osalta hoidossa olevat huumeidenkäyttäjät heijastavat väestörakennetta⁽¹⁹⁷⁾: asiakkaat ovat pääosin sen maan kansalaisia, jossa he hakeutuvat hoitoon, ja muista maista (Euroopasta tai sen ulkopuolelta) kotoisin olevien asiakkaiden määrä vastaa ulkomaalaisten osuutta väestössä. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että joissakin maissa asiakkaita ei saa rekisteröidä kansallisuuden tai etnisen alkuperän mukaan, ja tätä tietoa ei näin ollen ole aina saatavilla.

Suorien terveysvaikutusten lisäksi (ks. s. 24 ja 28) huumeidenkäyttäjien voi olla vaikea saada hoitoa, koska he suhtautuvat vastahakoisesti hoitopalvelujen kanssa asioimiseen tai koska heidän koulutustasonsa on alhainen, koska lääkintäpalvelujen valtavirta ei juurikaan hyväksy heitä ja koska heillä on ainutlaatuisia terveysongelmia, joihin ei ole saatavilla asianmukaista hoitoa.

Huumeidenkäyttäjät kärsivät lopuksi kielteisestä kuvasta yhteiskunnassa, ja tavallinen väestö ja julkiset viranomaiset saattavat kohdella heitä vihamielisesti. Wieniläisessä vankilassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että huumeidenkäyttäjät joutuvat usein poliisien ja muiden julkisten viranomaisten henkisen ja fyysisen väkivallan kohteeksi (Waidner, 1999).

Yhteiskuntaan sopeuttaminen

EU-maissa ja Norjassa on vahvistettu toimenpiteitä, joilla käsitellään huumeriippuvuusongelmista kärsivien ryhmien ja muiden ryhmien syrjäytymistä sekä huumeidenkäytön tai väärinkäytön yhteiskunnallisia seurauksia.

Euroopan unionin huumausainestrategian (2000–2004) (Euroopan unionin neuvosto, 2000) sekä yhteiskuntaan sopeuttamisesta EU-maissa ja Norjassa tehdyn erityisen tutkimuksen (EMCDDA, 2003b) perusteella yhteiskuntaan sopeuttaminen voidaan määritellä ”kaikenlaisiksi toimenpiteiksi, joilla huumeidenkäyttäjää sopeutetaan yhteisöön”.

Sopeuttamistoimet kohdistuvat sekä nykyisiin että entisiin huumeiden ongelmakäyttäjiiin, aina itsenäisesti elävistä, ”puhtaista”, entisistä narkomaaneista ja pitkäaikaisista metadonipotilaista erittäin heikossa asemassa oleviin kaduilla asuviin käyttäjiin. Hoitoa, sen enempää lääkinnällistä kuin psykososiaalistaakaan, ei välttämättä vaadita. Tämä tarkoittaa myös, ettei yhteiskuntaan

Taulukko 5: Hoidossa olevien asiakkaiden sosiaaliset olot (koulutus, työtilanne, asuminen) EU:n jäsenvaltioissa vuonna 2001

Sosiaaliset olot		Hoidossa olevat huumeidenkäyttäjät (pätevä %) ⁽¹⁾
Koulutus (n = 98 688)	Koulua käymätön / jättänyt opinnot kesken ala-asteella	8,0
	Ala-asteen koulutus	43,6
Työmarkkina-asema (n = 100 000)	Työtön	47,4
	Muutoin työmarkkinoiden ulkopuolella	9,6
Asuminen (n = 41 299)	Epävakaa asumistilanne	10,4
	Laitoksessa	7,5

⁽¹⁾ Prosenttiosuudet lasketaan kussakin kohdassa ilmoitettujen tapausten kokonaismäärästä; summa ei ole 100 prosenttia, sillä ainoastaan tämän kappaleen kannalta merkitykselliset arvot on ilmoitettu (koulua käymätön, työtön jne.); täydelliset luvut esitetään kaaviossa 55 OL: Koulutustaso kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain; kaavio 56 OL: Työmarkkina-asema kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain; ja kaavio 57 OL: Elinolosuhteet kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit – TDI-protokollan mukaiset tiedot 2001.

⁽¹⁹³⁾ Kaavio 55 OL: Koulutustaso kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).

⁽¹⁹⁴⁾ Keskimääräinen työttömyysaste 15 jäsenvaltiossa (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Kaavio 56 OL: Työmarkkina-asema kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).

⁽¹⁹⁶⁾ Kaavio 57 OL: Elinolosuhteet kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).

⁽¹⁹⁷⁾ Kaavio 58 OL: Asiakkaiden kansallisuus maittain (verkkoversio).

sopeuttaminen tapahtuu välttämättä hoidon jälkeen, vaan se voidaan toteuttaa hoidonsaannista riippumatta joko hoitoprosessin viimeisenä vaiheena tai erillisenä ja itsenäisenä jälkihoitona, josta vastaavat muut kuin hoitopalvelut, joilla on omat tavoitteensa ja keinonsa. Yhteiskuntaan sopeuttamisen palvelut eivät keskity yksinomaan laittomien huumeiden ongelmakäyttäjiiin, vaan ne voivat kohdistaa toimenpiteitäin kaikenlaisiin päihderiippuvaisiin (myös niihin, jotka ovat riippuvaisia alkoholista ja laillisista huumeista) tai jopa kaikkiin syrjäytyneisiin väestöryhmiin (kuten kodittomiin ja kaduilla eläviin ihmisiin).

EU-maiden sopeuttamistoimenpiteistä on mahdotonta esittää määrällistä yleiskatsausta, sillä termiä ”yhteiskuntaan sopeuttaminen” ei käytetä yhtenäisesti. Vaikka useita palveluja voikin toimia rinnakkain, maiden tasolla on tavallisesti yleiset ”palvelumuodot” yhteiskuntaan sopeuttamiselle. Niiden kohteena ovat

- kaikki syrjäytyneet väestöryhmät riippumatta siitä, onko niillä riippuvuusongelmia
- henkilöt, joilla on yleisesti riippuvuusongelmia
- erityisesti ja yksinomaan laittomien huumeiden ongelmakäyttäjät (kaavio 23). ⁽¹⁹⁸⁾

On vaikeaa esittää sosiaalisten integraatiopalvelujen saatavuutta määrällisesti tai arvioida tarjottavien palvelujen toimivuutta, vaikka kokemukset viittaavatkin siihen suuntaan, että palvelujen tarjonta ei ole riittävä. Esimerkiksi Saksa arvioi, että se tarvitsee noin 25 000 sopeuttamispaikkaa, mutta sillä on niitä vain noin 4 000. Itävallassa toteutetussa työllisyshankkeessa kirjattiin kaksi kertaa enemmän hakemuksia kuin vapaita paikkoja, ja keskimäärin 15 henkilön hakemukset jouduttiin epäämään päivittäin.

Yhteiskuntaan sopeuttamisen tukitoimet voidaan jaotella kolmeen pääluokkaan: koulutus (johon sisältyy harjoittelu), asuminen ja työllisyys.

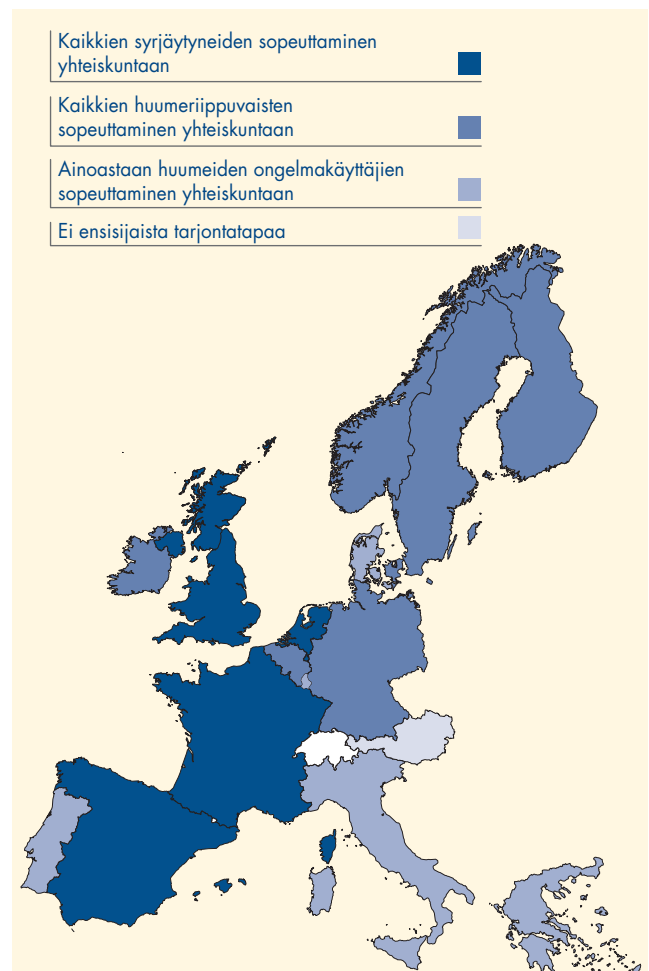
Useilla huumeidenkäyttäjillä on alhainen koulutustaso, ja useissa kansallisissa raporteissa kuvataan huumeiden ongelmakäyttäjien ja työmarkkinoiden välistä suhdetta huonoksi (Kreikka (Kavounidi, 1996), Tanska (Stauffacher, 1998), Alankomaat (Uunk ja Vrooman, 2001)). Toimet, joilla pyrittäisiin parantamaan akateemisia, teknisiä tai käytännön taitoja, parantaisivat näin ollen asiakkaiden mahdollisuuksia työmarkkinoilla.

Työllisyystoimenpiteet voivat saada useita eri muotoja: esimerkiksi sellaista yritystä, joka palkkaa huumeidenkäyttäjän kilpailukykyiseen työhön, voidaan tukea rahallisesti, kuten Kreikassa on tehty. Muita toimenpiteitä ovat muun muassa työvoimapalvelujen perustaminen, josta on esimerkkinä Vienna Job Exchange Itävallassa, ja asiakkaiden auttaminen omien yritysten

perustamisessa, mitä on tehty niin ikään Kreikassa samoin kuin Espanjassa osana ”itsensä työllistämisen edistämistä” koskenutta työllisyysohjelmaa (tällainen tuki menee osittain päällekkäin koulutuksen/harjoittelun kanssa).

Lopuksi majoittamisella tai asunnon etsimisessä auttamisella pyritään tuomaan vakautta asiakkaiden elämään. Asunnon tarjoaminen voi olla itsessään tukitoimi, mutta siihen liittyy usein psykososiaalista apua ja jonkinasteista seurantaa. Yksi esimerkki rinnakkaisesta psykososiaalisesta hoidosta on Tirolessa toimiva Haus am Seespitz, jossa toimii avoin majoitustiloissa kokoontuva asiakkaiden jälkihoitoryhmä. Belgiassa ”Habitations Protégées” tarjoaa sekä majoitusta että psykiatrista hoitoa. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa (Irlannin kansallinen raportti (Hickey, 2002)) 79 prosenttia naispuolisista ja 76 prosenttia miespuolisista entisistä vangeista ilmoitti, että sopivan asunnon löytäminen oli heidän suurin ongelmansa ja syy heidän syrjäytymiselleen, mikä viittaa siihen, että majoittaminen on tärkeä yhteiskuntaan sopeuttamisen tukitoimi.

Kaavio 23: Tärkeimmät tavat huumeiden ongelmakäyttäjien sopeuttamiseksi yhteiskuntaan EU:ssa ja Norjassa



Lähde: Reitoxin kansalliset raportit.

⁽¹⁹⁸⁾ Tarkempia tietoja ja maakohtaisia katsauksia esitetään tutkimuksessa ”Social reintegration in the European Union and Norway” (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).