

Tarja Orjasniemi
(toim.)

Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä

– kohdeilmioitä, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja



Sisällys

Johdantoluku	5
------------------------	---

I Päihdetyö ja naiset

1 Johdantoluku: Huumeita käyttävät naiset	13
Inka Lempinen, Katja Rounioja ja Sanna Äijälä	
2 Korvaushoito huumeongelmaisen äidin ja lapsen tukena	24
Inka Lempinen	
3 Äitien näkemyksiä Oulun kaupungin päihdepalveluista ja korvaus- hoidosta sekä niiden kehittämistä	50
Katja Rounioja	
4 Päihdeettömyysryhmä osana vauvaperheille suunnattua päiväperhe- kuntoutusta	64
Sanna Äijälä	
5 Päihdeongelmainen nainen pienen syrjäkunnan sosiaalityön asiakkaana	79
Riitta Kostamo	

II Päihdetyö ja nuoret

6 Johdantoluku: Nuoret ja päihteiden käyttö - varhaisen puuttumisen keinot	94
Jenni Kärki, Jaana Lalli ja Marja-Leena Heiskanen	
7 Nuorten päihteidenkäyttöön puuttumisen malli Metsolassa	106
Jaana Lalli	
8 Nuorten päihteiden käytön varhaisen puuttumisen toimintaohjeistus Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalla	124
Jenni Kärki	

- 9 Päihdearvion toteutus arviointijaksolla kriisi- ja arviointiyksikkö
Komsiossa 141
Katri Sarre ja Minna Lassila
- 10 Päihteiden puheeksi ottaminen ja yhteistyö sosiaali- ja terveysalan
oppilaitoksessa Rovaniemellä. 149
Maarit Ulkuniemi
- 11 Ennalta ehkäisevää päihdetyötä nuorten parissa Kuusamossa 162
Marja-Leena Heiskanen

III Ryhmät ja vertaistuki päihdetyössä

- 12 Johdantoluku: Menetelmiä päihderiippuvuudesta toipumiseen 176
Sirpa Tiensuu
- 13 Päihderiippuvaisten vertaistuki virtuaalikeskusteluryhmässä 181
Sirpa Tiensuu
- 14 ”Tämä se on sitä terapeuttia!” - Osallistujien kokemuksia toiminta-
päivistä Taivalkoskella 206
Johanna Kurtti
- 15 Kirkon diakoniatyö osana päihdetyötä: Päihde- ja mielenterveys-
kuntoutujien syrjäytymisen ehkäisy -projekti Kiimingin seurakunnassa . . 221
Seija Lomma
- 16 Tyttöryhmätoiminta Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä 242
Tiina Hukkanen
- 17 Voimaannuttava painonhallintaryhmä osana päihdekuntoutumista 252
Laila Lauhikari

IV Päihdetyön menetelmien kehittäminen

- 18 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen voimapuu päihdeongelmaisten
kuntoutusmenetelmänä 258
Mari Sipola
- 19 Toiminnallinen päihdetyö 279
Arja Leinonen
- 20 Etävastaanotolta ohjausta ja tukea elämäntapamuutokseen 299
Marja Kehus

- 21 Akupunktio päihdetyössä - Korva-akupunktio hoitomenetelmänä 322
Saija Joki-Erkkilä ja Saija Kujala
- 22 Päihdetukikeskustelujen kehittäminen Rovaniemen yhdyskunta-
seuraamustoimistossa. 346
Liisa Ravaska
- 23 Neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmät päihdetukiasumisen
kuntoutuksen prosessissa 366
Mari Isokoski

V Päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaanto

- 24 Unihuolto osana päihdehoitoa 377
Maria Myllykoski
- 25 Päihdeongelmainen potilas somaattisella vuodeosastolla 396
Kati Huomo
- 26 Ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja
rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä 411
Kirsi Kumpulainen

VI Päihdetyön paikalliset kehittämisstrategiat ja yhteistyön rajapinnat

- 27 Perehdyttäminen näkyväksi - Perehdytyskansion kokoaminen
Raahen Seudun Hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla. 431
Laura Manninen
- 28 Taivalkosken päihdetyön menetelmällinen ja käytännöllinen kehys
sekä kehittämisen tarpeita 440
Mervi Pihlaja
- 29 Päihdehuollon ja virkavallan välinen yhteistyö opioidikorvaushoidossa . . 459
Pirjo Tomperi
- 30 Kempeleen kunnan päihdepalveluiden kehittäminen 475
Heli Antikainen
- 31 Päihde- ja mielenterveysongelmaisten tukiasuminen ja asumispalvelut
Kuusamossa 486
Hanna Jormakka-Keränen

Johdantoluku

Moniammatillisen päihdetyön erikoistumisopintojen tavoitteena oli vahvistaa päihdetyötä tekevien tietotaitoa ja osaamista sekä kehittää päihdetyön menetelmiä. Menetelmien kehittämisen lähtökohtana oli oma työ, siitä nousevat kehittämisen tarpeet ja työyhteisön toiveet.

Päihdetyön opinnot osana niin yliopisto- kuin ammattikorkeakouluopintoja ovat edelleen hajanaisia. Lääkäriksi, sairaanhoitajaksi, sosiaalityöntekijäksi tai sosiaalialan työntekijäksi voi edelleen valmistua saamatta tietoa päihdeilmiöistä, päihdetyöstä tai sen menetelmistä. ESR-rahoitteeseen *Päihdetyön Moniammatilliset Erikoistumisopinnot* -koulutusprojektiin (60 op) osallistuneet ovat kokeneet yleisesti tämän puutteen ja nimesivät sen koulutukseen hakeutumisen syyksi. Osalla omasta ammattiin valmistumisesta oli jo aikaa, joten osaamisen päivittäminen koettiin tärkeäksi.

Päihdeongelmia ei voi olla kohtaamatta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uudet päihtet, uudet käyttäjäryhmät, ongelmien monimutkaistuminen ja kietoutuminen muihin ongelmiin ja syrjäytymisproblematiikkaan asettavat entistä enemmän haasteita päihdetyölle. Myös itse päihdetyön kentän muutokset; päihde- ja mielenterveystyön yhdistyminen ja työn moniammatillistuminen vaativat työntekijöiltä uutta ammatillista orientaatiota ja asiantuntemuksen laajentamista.

Päihdetyö paikantuu entistä selkeämmin moniammatilliseen kenttään, useamman tieteen ja profession rajapinnoille. Päihdetyö ja päihdetyön asiantuntemusta tarvitseva työ määrittyy monesta eri näkökulmasta. Päihdetyö laajana määritelmänä voidaan pitää sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään päihdehoidon, päihdekuntoutuksen ja päihdesosiaalityön. Päihdehoito määrittyy hoito- ja lääketieteen näkökulmasta, päihdesosiaalityö paikantuu sosiaalityöhön ja päihdekuntoutus tuo mukaan kuntoutuksen monitieteellisen näkökulman. Päihdetyön sisältö on perinteisesti jaettu korjaavaan ja ennalta ehkäisevään työhön, jossa ennalta ehkäisevä päihdetyö laajenee myös muiden ammattikuntien ja viranomaisten tehtäväksi kuten esimerkiksi nuoriso- ja koulutoimeen. Ehkäisevä päihdetyö edistää päihdeettömiä elintapoja, vähentää ja ehkäisee päihdehaittoja ja pyrkii ymmärtämään ja hallitsemaan päihdeilmiöitä.

Päihdetyön laaja-alaisuus tulee ilmi myös Päihdehuoltolaissa, jonka mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.

Erityisen tärkeää oli koulutukselle asetettu tavoite päihdetyön käytön kehittämisestä ja tuotetun tiedon levittäminen päihdetyön kentälle. Tähän tarpeeseen vastaa tämä verkkojulkaisu, joka sisältää suuren osan koulutuksessa tuotetuista kehittämistöistä. Verkkojulkaisuun on otettu mukaan siihen suostumuksensa antaneiden töitä. Osa töistä karsiintui pois päällekkäisten näkökulmien takia. Lopulliseen julkaisuun valikoituneet sisältävät tiedon tarpeen lisäämisen näkökulman (esimerkiksi naisten päihteiden käyttö ja siihen vastaaminen) tai innovatiivisuuden näkökulman (esimerkiksi uusien menetelmien kehittäminen). Julkaisun artikkelit ovat toimitettuja (muokattuja ja lyhennettyjä) versioita opiskelijoiden kehittämistöistä.

Julkaisussa kuuluu asiakkaan ääni. Se kertoo työntekijöiden positiivisesta asiakaslähtöisestä työtteestä niin käytännön tasolla kuin tutkimus- ja kehittämistyössä. Tämän lisäksi julkaisussa on vahva työntekijän ääni, joka asettuessaan asiakkaan puolelle, jää usein itse päihdetyön tekijänä muiden ammattien marginaaliin. Asiakkaan marginaalinen asema palvelujärjestelmässä heijastuu päihdetyötä tekevien asemaan ja statukseen. Tämä ei koske pelkästään työyhteisöissä esiintyviä asenteita ja suhtautumista päihdetyöhön ja sen asiakkaisiin vaan resurssien jakoa sekä asioiden ja palveluiden järjestämisen priorisointia kunnissa.

Julkaistu koostuu kuudesta osa-alueesta: I) Päihdetyö ja naiset, II) Päihdetyö ja nuoret, III) Ryhmät ja vertaistuki päihdetyössä, IV) Päihdetyön menetelmien kehittäminen, V) Päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaanto ja VI) Päihdetyön paikalliset kehittämisstrategiat ja yhteistyön rajapinnat. Jokaisessa osa-alueessa on käytäntöjen ja menetelmien kehittämisen ulottuvuus.

Päihdetyö ja naiset -luvun aloittaa Inka Lempisen, Katja Ruoniojan ja Sanna Äijälän artikkeli *Huumeita käyttävät naiset*. Se kuvaa naisten huumeongelmaa kulttuurisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta sekä päihdeongelmaisten naisten hoidon erityisyyttä. Johdantoluvun lähteet löytyvät kirjoittajien omien artikkeleiden lähdeluettelosta. Toinen artikkeli on Inka Lempisen *Korvaushoito huumeongelmaisen äidin ja lapsen tukena*. Artikkelit kuvaa huumeriippuvaisen äidin korvaushoitoa kokonaisuudessaan:

äidin asiakuutta raskauden aikana sekä lapsen synnyttyä. Se tarkastelee huumeiden käytön vaikutuksia raskauteen ja sikiöön sekä äidin ja lapsen saamaa tukea korvaushoidon aikana. Näkökulma on korvaushoitoyksikön antaman avun ja tuen lisäksi yhteistyöverkostossa.

Katja Rouniojan artikkeli *Äitien näkemyksiä Oulun kaupungin päihdepalveluista ja korvaushoidosta sekä niiden kehittämisestä* kuvaa Oulun kaupungin päihdepalvelujärjestelmää ja äitien näkemyksiä nykyisestä palvelujärjestelmästä.

Sanna Äijälän artikkeli *Päihdeettömyysryhmä osana vauvaperheille suunnattua päiväperhekuntoutusta* kuvaa kahden ohjaajan vetämän vauvaperheille suunnatun ryhmän työskentelyä äitien kokemana. Ryhmän tapaamiset muodostuvat 12 teeman ympärille, joista äidit antavat palautetta toiminnan edelleen kehittämiseksi. Riitta Kostamon artikkeli *Päihdeongelmainen nainen pienen syrjäkunnan sosiaalityön asiakkaana* kuvaa päihdeongelmaisen naisen päihdepalveluita ja asiakuutta pienessä syrjäkunnassa.

Nuoret ja päihdeet -osion ensimmäinen artikkeli Jenni Kärjen, Jaana Lallin ja Marja-Leena Heiskanen kehittämishankkeille perustuva *Nuoruus elämänvaiheena, päihdeet ja varhainen puuttuminen*. Tämänkin johdantoluvun lähteet löytyvät kirjoittajien omien artikkeleiden lähdeluettelosta. Osion ensimmäinen artikkeli on Jaana Lallin artikkeli *Nuorten päihdeiden käyttöön puuttumisen malli Metsolassa*. Lalli kuvaa laitoksen sijoitetun nuorten päihdeiden käyttöön puuttumisen mallin kehittämistä Metsolan lastenkodin nuorten vastaanottoyksikössä. toimintamallin kehittämiseksi on koettu olevan pitkään tarvetta. Jenni Kärjen artikkeli *Nuorten päihdeiden käytön varhaisen puuttumisen toimintaohjeistus Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalla* kuvaa otsikoin mukaisesti varhaisen puuttumisen mallin kehittämistä opiskelijoiden terveysasemalla.

Katri Sarren ja Minna Lassilan yhdessä kirjoittama *Päihdearvion toteutus arviointijaksolla kriisi- ja arviointiyksikkö Komsiossa* kuvaa päihdearvionmallin kehittämistä kriisi- ja arviointiyksikkö Komsion arviointijaksolla.

Maarit Ulkuniemen artikkeli *Päihdeiden puheeksi ottaminen ja yhteistyö sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa Rovaniemellä* kuvaa opiskelijoiden päihdeiden puheeksi ottoa ja päihdetyön yhteistyötä sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa. Yhteistyö haastaa oppilaitoksia organisaatioina antamaan tilaa yhteiselle työskentelylle ja dialogisemmalle vuorovaikutukselle. Kirjoittajan näkökulma toisen asteen päihdetyöhön on sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen kuraattorin rooli.

Marja-Leena Heiskanen artikkeli *Ennalta ehkäisevää päihdetyötä nuorten parissa Kuusamossa* tarkastelee nuorten parissa tehtävää ehkäisevän päihdetyötä ja sen kehittämistä Kuusamossa. Artikkelin perustuu Kuusamon ennaltaehkäisevän päihdetyöryhmän jäseniltä kerättyyn haastatteluai- neistoon, jossa kartoitettiin ehkäisevän päihdetyön keinoja ja kehittämisen tarpeita.

Julkaisun kolmas osio on Ryhmät ja vertaistuki päihdetyössä. Sen johdantolukuna toimii Sirpa Tiensuun ensimmäinen artikkeli *Menetelmiä päihderiippuvuudesta toipumiseen*, jossa hän pohtii toipumisen lähtökoh-
tia ja menetelmiä. Lyhyen johdantoluvun lähteet löytyvät kirjoittajan toisen artikkelin lähdeluettelosta. Osion toinen artikkeli *Päihderiippuvaisten ver-
taistuki virtuaalikeskusteluryhmässä* on myös Sirpa Tiensuun kehittämis-
tehtävälle pohjautuva, jossa tekijä kuvaa päihderiippuvuudesta toipumista
ja sitä, minkälaista tukea verkossa tapahtuva virtuaalikeskustelu voi toi-
pumiseen antaa. Tarkastelun kohteena on pääasiassa alkoholia päihteenä
käyttävät ja Suomi24.fi-palvelun Alkoholi-keskustelukanavan keskustelut.

Johanna Kurtin artikkeli *”Tämä se on sitä terapijaa!” – Osallistujien
kokemuksia toimintapäivistä Taivalkoskella* kuvaa ryhmämuotoista toi-
mintaa osana matala kynnyksen palveluiden kehittämistä Taivalkoskella.

Seija Lomman työ *Kirkon diakoniatyö osana päihdetyötä: Päihde-
ja mielenterveyskuntoutujien syrjäytymisen ehkäisy -projekti Kiimingin
seurakunnassa* kuvaa kirkon diakoniatyötä päihdetyössä ja Kiimingin
seurakunnan syrjäytymisen ehkäisyhanketta kotona asuvien mielenterveys-
ja päihdeongelmaisten elämänlaadun parantamiseksi. Hankkeen tavoitteena
on luoda paikkakunnalle matalan kynnyksen ryhmämuotoisia palvelui-
ta. Tekijä pohtii myös ongelmiin liittyvää häpeän tunnetta sekä työntekijän
asenteiden merkitystä päihde- ja mielenterveystyössä.

Tiina Hukkasen artikkeli *Tyttöryhmätoiminta Rovaniemen etsivässä
nuorisotyössä* kuvaa tyttöryhmän toimintaa osana ehkäisevää päihdetyötä
etsivässä nuorisotyössä. Pienryhmätoiminnan tavoitteena oli saada nuo-
rille päihdeettömiä hyvinolon kokemuksia hyvässä ja turvallisessa seurassa,
luoda nuorille hyvät puitteet vertaistukeen sekä saada pienryhmätoiminta
toimivaksi käytännöksi Rovaniemen etsivään nuorisotyöhön.

Laila Lauhikarin työ *Voimaannuttava painonhallintaryhmä osana
päihdekuntoutumista* kuvaa painonhallintaryhmää päihdekuntoutumisen
osana Pudasjärvellä. Päihdekuntoutujan motivoiminen laihduttamiseen ja
liikkumiseen tukee päihdeistä irtipysymistä

Julkaisun IV Päihdetyön työmenetelmät osion aloittaa Mari Sipolan
työ Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen voimapuu päihdeongelmaisten kun-
toutusmenetelmänä Voimapuu-kuntoutusmallia, joka on kehitetty Kemin
A-klinikalla voimavara- ja ratkaisukeskeisenä menetelmänä, joka auttaa
päihdeongelmasta kuntoutumisessa. Mallia voidaan soveltaa myös muiden
riippuvuuksien tai ongelmien hoidossa. Voimapuu-kuntoutusmallissa pai-
notetaan asiakkaan omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä asiantuntijuutta
ja kykyä löytää itselleen toimivat kuntoutumisen keinot. Mallin taustalla
käytetään ratkaisukeskeistä ja voimavaroihin suuntautunutta työskentelyo-
tetta, joka on konkreettista, käytännönläheistä ja helpottaa jokaisen osallis-
tumista ryhmässä työskentelemiseen.

Arja Leinosen artikkeli *Toiminnallinen päihdetyö* tarkastelee päihdetyötä, jossa keskeisenä on toiminta. Toiminnallisen päihdetyön lähtökohta on ajatus siitä, että päihteet tuovat mielihyvän tunteen ja päihteiden kanssa menee paljon aikaa ja että, tämä mielihyvä saavutetaan jotenkin muuten, toiminnan kautta ja päihteiden käytön sijaan henkilö saa muuta tekemistä. Päihteistä luopumisen tai vähentämisen lisäksi yksilö saavuttaa positiivisia tuloksia myös muilla elämänlaatua huonontaneilla osa-alueilla.

Marja Kehuksen työ *Etävastaanotolta ohjausta ja tukea elämäntapamuutokseen* käsittelee otsikkonsa mukaisesti etävastaanoton käyttöä elämäntapaohjauksessa. Se tuottaa innovatiivista tietoa asiakaslähtöisen näkemyksen pohjalta etävastaanoton soveltuvuudesta ja teknisestä toimivuudesta elämäntapaohjauksen yhteydessä. Elämäntapaohjauksen viitekehyksenä toimivat ratkaisukeskeisiä menetelmiä ja motivoiva haastattelu.

Saija Joki-Erkkilän ja Saija Kujalana yhdessä tekemä työ *Akupunktio päihdetyössä – Korva-akupunktio hoitomenetelmänä* kuvaa kiinalaisen lääketieteen ajattelua ja akupunktiota sekä korva-akupunktion käyttöä hoitomenetelmänä päihdetyössä. Kirjoittajat ovat suorittaneet Nadan korva-akupunktio mielenterveys- ja päihdetyössä -koulutuksen ja aloittaneet korva-akupunktior ryhmät Kalajoen kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön yksikössä. Akupunktior ryhmän myötä he ovat saaneet sekä hyviä tuloksia että hyvää palautetta asiakkailta. Artikkelissa luodaan katsaus myös korva-akupunktiosta käytöstä tehtyihin tutkimuksiin, joita ei menetelmän käytön yleistymisestä huolimatta ole tehty laajalti.

Liisa Ravaskan työ *Päihdetukikeskustelujen kehittäminen Rovaniemen yhdyskuntaseuraamustoimistossa* kuvaa päihdetukikeskustelujen sisältöjen kehittämistä osana yhdyskuntaseuraamuksissa tehtävää päihdetyötä. Sisältöjen kehittäminen perustuu Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjauksiin vuodelle 2012–2016. Yhdyskuntaseuraamuksissa tehtävän päihdetyön osa-alueet ovat arviointi, motivointi, puheeksiotto, hoitoonohjaus, päihteettömyyteen tukeminen ja retkahdusten käsittely. Artikkelissa esitellään kognitiivisen, narratiivisen, ratkaisukeskeisen ja motivoivan työotteen sekä eri erilaisia apuvälineitä tukikeskustelujen tueksi.

Mari Isokosken työ *Neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmät päihdetukiasumisen kuntoutuksen prosessissa* kuvaa päihdetukiasukkaiden kuntoutusta ja neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmiä osana sitä. Päihdetukiasuminen tarkoittaa omatoimista suoriutumista tukeväksi asumismuodoksi henkilölle, joka tarvitsee kuntouttavaa tai muuta tukea itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi. Neuropsykiatrisen valmennus on ohjaustyöhön perustuva arjen hallintaa tukeva kuntoutusmenetelmä, joka jalkautuu asiakkaan kaikkiin elinympäristöihin.

Julkaisun viides osio V Päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaanto ja sen aloittaa Maria Myllykosken työ *Unihuolto osana päihdehoitoa*. Artikkelissa

kuvaa unihuoltoa, unettomuuden hoitoa osana päihdehoitoa päihdehuollon yksikössä. Univaikeudet ja päihteiden käyttö liittyvät kiinteästi yhteen. Työ kuvaa unta fysiologisena ilmiönä, pohtii unettomuutta ja päihteiden vaikutusta uneen. Työ kuvaa unettomuuden lääkinällistä hoitoa ja sen haasteita potilaan hoidoosa.

Kati Huomon työ *Päihdeongelmainen potilas somaattisella vuodeosastolla* kuvaa päihdeongelmaisen potilaan kohtaantoa ja sen kehittämistä somaattisella vuodeosastolla. Se tarkastelee niitä haasteita, joita päihdeongelmainen potilaana asettaa vuodeosaston hoitotyölle. Somaattisella vuodeosastolla hoitohenkilökunnan asiantuntemus on somaattisessa osamisessa. Päihdeongelmat ja psyykkiset sairauden ovat hoitohenkilökunnalle vieraampia. Päihdeongelmainen potilas saatetaan nähdä osastolla välttämättömänä pahana, joka vaatii pitkän ja kalliin hoitojakson.

Kirsi Kumpulaisen työ *Ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä* kuvaa ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta työyhteisössä. Artikkelin pohjautuu kolmen ammattiautoilijan haastatteluun. Haastatteluissa nousee esiin selkeästi kaksi teemaa: työyhteisön suhtautuminen alkoholin käyttöön sekä alkoholi-ongelmien ennaltaehkäisy. Työyhteisön yleinen ilmapiirissä alkoholi-ongelmiin suhtautumiseen vaikuttaa työyhteisön yleinen suhtautuminen alkoholiin, työpaikan yhteiset säännöt sekä esimiesten suhtautuminen. Alkoholi-ongelmien ehkäisyssä tärkeiksi tekijöiksi nousivat alkoholi-ongelmien puheeksiotto sekä työterveyshuollon että alkolukkojen toimivuus.

Julkaisun viimeinen osio on VI *Päihdetyön paikalliset kehittämissstrategiat ja yhteistyön rajapinnat*. Osion aloittaa Laura Mannisen työ *Perehdyttäminen näkyväksi – Perehdytyskansion kokoaminen Raahen Seudun Hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla*. Artikkelin kuvaa perehdyttämistyötä ja perehdyttämiskansion kokoamisprosessia Raahen hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla. Prosessin tavoitteena oli helppo- ja selkeälukuisen sekä tiiviin perehdyttämiskansion kokoaminen uusien työntekijöiden ja harjoittelijoiden perehdyttämistä varten.

Mervi Pihlajan työ *Taivalkosken päihdetyön menetelmällinen ja käytännöllinen kehys sekä kehittämisen tarpeita* kuvaa Taivalkosken päihdepalveluita ja menetelmiä eri yksiköissä sekä mallintaa päihdeongelmaisen aikuisasiakkaan kuntoutuksen polku Taivalkoskella. Työ on osa Taivalkosken kunnan tulevaa mielenterveys- ja päihdestrategiaa ja lisäksi työtä voidaan käyttää oppaana paikallisiin päihdepalveluihin. Tekijä pohtii myös paikallisen päihdetyön kehittämisen tarpeita.

Pirjo Tomperin artikkeli *Päihdehuollon ja virkavallan välinen yhteistyö opioidikorvaushoidossa* kuvaa korvaushoitoyksikön ja poliisin välisen yhteistyön kehittämistä. Kirjoittaja pohtii millä tavalla lainsäädännön antaminen oikeuksin ja edellytyksin on mahdollista muuttaa hoitotyön käytäntöjä

niin, että yhteistyö poliisin kanssa voisi olla hoidollisesti vaikuttavaa. Työ esittää kehitysehdotuksia, joita voitaisiin siirtää käytäntöön.

Heli Antikaisen työ *Kempeleen kunnan päihdepalveluiden kehittäminen* kuvaa Kempeleen kunnan päihdepalvelujärjestelmää ja sen kehitystä viime vuosina. Kuntaliitokset Oulun alueella ovat tuoneet myös muutoksia Kempeleen kunnan päihdepalveluihin. Kirjoittaja tarkastelee palvelujärjestelmän kehittämistä uudessa tilanteessa sairaanhoitajan näkökulmasta.

Verkkojulkaisun päättää Hanna Jormakka-Keräsen työ *Päihde- ja mielenterveysongelmaisten tukiasuminen ja asumispalvelut Kuusamossa*. Artikkelitarkastelee Kuusamon päihde- ja mielenterveysongelmallisille tarjottua tukiasumista ja asumispalveluita. Kuusamossa on suhteellisen pitkät juuret tukiasumisen tiimoilta ja erityisesti mielenterveyskuntoutujien kuntoutuspolkuja on kehitetty vuosien varrella.

Julkaisu antaa kattavan kuvan päihdetyön niin käytäntöjen ja menetelmien kehittamisestä kuin toimintaympäristön ja palvelujärjestelmien muutoksista ja niihin liittyvistä haasteista. Tämä julkaisu antaa välineitä päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamiseen, mutta myös päihdetyön kehittämisen- ja strategiatyöhön. Sitä voi suositella päihdetyötä tekeville mutta myös ammattilaisille, jotka työssään tarvitsevat päihdetyön asiantuntemusta.

I

PÄIHDETYÖ JA NAISET

1 Johdantoluku: Huumeita käyttävät naiset

Inka Lempinen, Katja Rouninoja ja Sanna Äijälä

Artikkeli kuvaa naisten huumeiden käyttöä kulttuurisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta, sekä äitien ja raskaana olevien naisten käytön erityisyyttä.

Suomessa naisten alkoholin käyttöä on tutkittu huomattavasti enemmän kuin naisten huumeiden käyttöä. Ilmiönä naisten huumeiden käyttöä on ollut jo pitkään Suomessa, mutta se on ollut julkisuudessa vähällä huomiolla. Tutkimusten mukaan alkoholin ja huumeiden päihteiden käytössä on sukupuoleen liittyvää samankaltaisuutta. Naisten päihteenkäytön ongelmallisuutta korostetaan ja äitiyteen liittyvät tekijät ovat keskeisiä. Naisen tehtävät perheessä lasten synnyttämiseen ja perheestä huolehtimiseen ovat tuoneet vahvan tunnelatauksen naisten päihdekäyttöä kohtaan, niin alkoholin kuin huumausaineidenkin osalta.

Raskauden aikainen päihdekäyttö on noussut keskusteluun vasta, kun alkoholinkäytön aiheuttamat sikiöpämuodostumat tulivat esille. Raskaana olevista naisista arviolta kuutisen prosenttia on päihderiippuvaisia. Määrällisesti tämä koskettaa vuositasolla noin 3000 syntyvää päihteille altistunutta lasta (Raskaana olevien... 2009). Huumausaineiden käyttäjistä arviolta kolmasosa on naisia. Huumeita käyttävien raskaana olevien naisten osuus päihde- ja mielenterveyshäiriöiden kokonaisuudessa on vielä varsin marginaalinen, mutta mikäli lääke- ja huumausaineiden käyttö yleistyy edelleen, ongelmat tulevat lisääntymään ja muuttumaan yhä monimuotoisemmiksi. Näin tulee tapahtumaan, sillä huumeiden käytön osuus nuorten naisten keskuudessa on kasvussa (Pidä kiinni...).

Epäsäännöllistä, päihdekeskeistä elämää viettävälle naiselle raskaus saattaa tulla yllätyksenä ja raskaus voi edetä pitkälle ennen kuin se edes havaitaan. Perusterveydenhuollon ja äitiysneuvolan tehtävänä on havaita riskikäyttäytyminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja on kerrottava päihteidenkäytön vaikutuksista niin sikiöön kuin häneen itseensäkin sekä pyrittävä löytämään päihteettömään elämäntapaan kannustavia tukitoimia. Päihdeäidit ovat haasteellinen joukko äitiyshuollossa, usein he ovat

nuoria ja huonosti kouluttautuneita. Useimmat tupakoivat ja ovat sekakäyttäjiä. Tämän lisäksi erilaisten tautien ja infektioiden riski on suuri ja psyykkiset ongelmat ovat yleisiä.

Päihdeäitien raskaudet ovat aina riskiraskauksia ja yleensä suositellaankin raskauden seurantaäitiyspoliklinikalla, missä sikiön ja äidin vointia seurataan tarkemmin ja hänelle annetaan spesifiä informaatiota huumeiden vaikutuksista raskauteen ja sikiöön. Äitiä tulee kehottaa ottamaan yhteyttä paikalliseen päihdehuoltoon, missä tehdään tarkempaa arviointia jatkohoidon suhteen. Jatkohoitona voidaan ajatella äidin voinnin ja käyttöhistorian huomioon ottaen joko vieroitushoitoa tai korvaushoitoa sekä niihin liittyvää psykososiaalista kuntoutusta. Kumpaankin tehdään arviot päihdehuoltoon erikoistuneessa yksikössä. Lähtökohta on, että kontrolloitu hoitotilanne on aina parempi vaihtoehto syntyvälle lapselle kuin hoidotta jättäminen ja mahdollinen hallitsematon katukäyttö. Hoidon tavoitteena on äidin vieroitusoireiden ja huumeainehimojen helpottuminen, elämän tasoittuminen ja normalisoituminen sekä päihhteettömyys. Äidissä halutaan herättää aito kiinnostus päihhteettömyyttä ja omaa lastaan sekä molempien hyvinvointiaan kohtaan. Säännölliseen hoitoon päässeiden äitien lapset syntyvät useimmiten paremmassa kunnossa kuin hoitamattomien äitien ja lisäksi heidän oma fyysinen terveydentilansa usein kohenee aktiivisen seurannan tuloksena. (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 611–612.)

Hoitoa pyritään järjestämään äidille mahdollisimman pian ja raskaana oleva yleensä ohittaakin hoitojonon ja pääsee vieroitus- tai korvaushoitoon välittömästi. Koska kyseessä on syntymättömän lapsen terveys ja henki, viranomaisilla on velvollisuus puuttua asiaan havaittuaan raskaana olevan päihdeidenkäyttäjän tilanteeseen. Tulevaa äitiä on rohkaistava ja ohjattava päihdepalvelujen piiriin.

Päihdeongelmaisen äidin raskaus sekä lapsen syntymä että vanhemmuus edellyttävät tiivistä raskauden seurantaäitiystyötä viranomaisten, erityisesti päihdehoidon ja lastensuojelun sosiaalityön kanssa. Jos tuleva äiti haluaa pitää lapsen, on tilannetta tarkasteltava ensisijaisesti sikiön hyvinvoinnin kannalta unohtamatta kuitenkin äitiä

Päihdeongelmainen tuleva äiti tarvitsee paljon tukea selviytyäkseen raskaudesta ja äitiydestä. Mikäli asiakkaan oma hoitomotivaatio puuttuu, on ennuste huono, riippumatta siitä, mitä kautta hakeutuu päihdepalvelujen pariin. Tämän lisäksi tulevien vanhempien on oltava tietoinen siitä mitä tapahtuu, mikäli todetaan äidin tai perheen olevan kykenemätön hoitamaan uutta tulokasta.

Päihdeäidin korvaushoidossa on otettava monia asioita huomioon. Korvaushoidon rooli äidin ja lapsen hoidon tukena on olla informatiivisena, kannustavana mutta myös kontrolloivana yksikkönä, josta tehdään yhteistyötä jatkuvasti lastensuojelun sosiaalityön ja muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnan järjestämään riittävän ja asiallisen hoidon päihdeongelmalliselle (Päihdehuoltolaki 41/1986). Perustason palvelut Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä koostuvat päihdeongelman tunnistamisesta sekä hoidon tarpeen arvioinnista. Perustasolla tuetaan ja autetaan akuuteissa ongelmissa sekä ehkäistään ongelmien vaikeutumista. Perustasolla hoidetaan myös pidemmissä hoitjaksoissa päihdeongelmaisia yhteistyössä erikoistason yksiköiden kanssa sekä tarvittaessa ohjataan päihdeongelmaisia myös erikoistuneisiin palveluyksiköihin. Perustason yksiköistä terveyskeskuksissa toteutetaan myös terveyskeskukselle vastuulle kuuluvaa terveysneuvonnan järjestämistä huumeiden käyttäjille. Viime vuosien aikana myös opioidiriippuvaisten lääkkeellistä korvaushoitoa on toteutettu terveyskeskuksissa (Partanen & Holopainen 2012, 78).

Erikoistason hoitoyksiköissä toteutetaan katkaisuhoidon avo- tai laitospalveluna vieroitusoireiden hoidossa. Terapeuttinen hoito, elämänhallintaa lisäävä kuntouttava hoito, kuten myös haittojen ja kärsimysten vähentäminen sekä avo- että laituskuntoutuksena kuuluu erikoistason hoitoyksikön toimiin (Partanen & Holopainen 2012, 78).

Huumeiden käytön kehitys ja tilanne

Huumeiden käyttö voidaan jakaa kolmeen erilaiseen kategoriaan: kokeiluun, ongelmakäyttöön sekä viihdekäyttöön (Salasuo & Rantala 2002, 42). Tässä tutkimuksessa keskitytään ongelmakäyttöön sekä sen seurauksiin naisille ja heidän äitiydelleen. Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan käytännössä ”suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin ja/ tai amfetamiinien pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä” (Vuosisraportti 2005).

Viimeisin ongelmakäyttäjien arvio on vuodelta 2005 ja sen mukaan myös ongelmakäytön kasvu pysähtyi 2000-luvun alkupuoliskolla. Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrä oli vuonna 2009 14 500–19 100 henkilöä eli koko maan osalta 0,6–0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Ongelmakäyttäjistä kolme neljäsosaa on amfetamiinin käyttäjiä ja yksi neljäsosa opioidien käyttäjiä. Suosituin opioidi on Bubrenorfiini eli subutex. Sukupuolittain tarkasteltuna ongelmakäyttäjistä miehiä oli noin 70–80 prosenttia. (Partanen ym. 2007, 4; Huumausainepoliittinen kertomus 2009, 12–13; Forsell ym. 2010, 53.)

Opiaattien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneiden huumeiden käyttäjien keskuudessa on koko ajan kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Samaa aikaa sekä kannabiksen että amfetamiinin käyttäjien osuus on laskenut. Vuonna 2009 opiaatit olivat yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ensisijainen ongelmapäihde (55 %) ja näistä merkittävin oli Bubrenorfiinin (33 %) osuus. Suurin osa vuonna 2009 hoitoon hakeutuneista oli ollut jo

aikaisemmin päihdehuollon asiakkuudessa sillä ainoastaan 12 prosenttia hoitoon hakeutuneista oli ensikertalaisia. (Väänänen & Ruuth 2010, 2.)

Ongelmakäyttöön johtava haittojen kasaantuminen ilmenee ensi kertaa huumehoitoon hakeutumista koskevien tietojen mukaan arviolta 3–5 vuoden viiveellä ongelmapäihteen käytön aloittamisesta. Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumekuolematilastoissa silmiinpistävintä on kuolemiin liittyvien Bubrenorfiini-löydösten määrän kasvaminen vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta sataan tapaukseen vuonna 2008. (Forsell 2010, 58–60.)

2000-luvun lopulla päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä, yksineläviä ja nuoria aikuisia. Asiakkailla oli matala koulutustausta ja he kärsivät yleisesti työttömyydestä. Useampi kuin joka kymmenes oli asunnoton. Lähes kaikki huumeasiakkaat olivat Suomen kansalaisia. Alle 20-vuotiaita huumehoidon asiakkaista oli 38 prosenttia. Yli 67 prosenttia huumeasiakkaista oli käynyt HIV, hepatiitti B ja hepatiitti C kokeissa. (Väänänen & Ruuth 2010, 1–2.)

Historiallisesti ja kulttuurisesti äitiys ja päihteet ovat toisensa poisulkevat asiat. Runsaan sadan vuoden ikäisessä suomalaisessa sukupuolijärjestelmässä ja nationalistisissa aatteissa raittiit äidit ja terveet lapset ovat kansakunnan perusta. Huumeet ja päihteiden sekakäyttö ovat puolestaan uudempia ongelmia, eikä niillä ole Suomessa samanlaista kansallista merkitystä kuin alkoholilla. Huumeiden käyttö on viime vuosina yleistynyt juuri hedelmällisessä iässä olevien nuorten aikuisten naisten keskuudessa, ja sen ennakoidaan aiheuttavan jatkossakin riskitilanteita. Äitien päihdeongelmasta on tullut tunnustettu ja dokumentoitu sosiaalinen ongelma, jonka parhaasta ratkaisusta kiistellään. (Nätkin 2006a, 10–17.)

Monet tutkijat ja huumehoidon asiantuntijat ovat todenneet, että vain pieni osa kokeilleista jää ”koukkuun”. Ongelmakäytön taustalla on usein muita syitä kuin käytetyn aineen psyykkinen tai fyysinen addiktiivisuus. Siirtyminen kovempiin aineisiin on enemmän elämäntyylistä kuin aiemmin käytetyistä aineista kiinni. (Murto 2002, 182.)

Useissa tutkimuksissa huumeita käyttävien naisten taustoista löytyy masennusta, köyhyyttä, ammattitaidottomuutta ja muuta marginalisointia. Samoin niistä löytyy traumaattisia kokemuksia jo ennen huumeiden käytön aloitusta. Usein nämä kokemukset liittyvät väkivaltaan, joko miehen naiseen kohdistamaan väkivaltaan tai hoivaajan lapseen kohdistamaan väkivaltaan. Taustalla saattaa olla myös inestiä, perheen alkoholiongelmaa tai varhaislapsuudessa koettuja suuria menetyksiä kuten vanhempien avioeroa ja läheisten kuolemaa. (Nätkin 2006b, 49; Väyrynen 2007, 93.) Usealla Väyrysen (2007, 98) tutkimuksen naisella oli kuollut yksi tai useampi heille läheinen ihminen. Menetyksiin liittyy surun, hyljätyksi tulemisen ja turvattomuuden tunteita.

Joissakin tutkimuksissa naiset pitivät näitä kokemuksia merkityksellisinä huumeiden käyttöön ajautumiselleen (Väyrynen 2007, 93). Joissakin tutkimuksissa naiset taas eivät kokeneet huumeiden käytön aiheutuneen taustastaan vaan olleen heidän oma valintansa. Tällöin naiset kuitenkin kertoivat huumeiden käytön avulla pystyneensä hallitsemaan mielialojaan ja tunteitaan. Huumeiden käytön ja menneiden tapahtumien välillä oli siis yhteys, mutta huumeiden käyttö ei ollut menneiden kokemusten itsestään selvä seuraus. (Sariola 2006, 147.)

Naisten kertomuksissa masentuneisuus, väkivalta ja huumeiden käyttö kietoutuvat kudelmaksi, jonka kautta paha oloa työstetään ulos sekä tiedostamatta että tietoisesti erilaisin psyykkisin oirein ja häiriökäyttäytymisenä. Psykkiseen pahaan oloon ja ahdistukseen huumeet tarjosivat nopean helpotuksen, pakopaikan, jossa ahdistukset ja kivut voi nopeasti, mutta vain hetkellisesti turruttaa (Väyrynen 2007, 99–100). Siten päihteitä käytettiin itselääkintänä, jolloin ne saattoivat toimia psyykkisenä ja jonkin aikaa toimivana arkielämän selviytymiskeinona (Nätkin 2006b, 49).

Huumeet auttavat naisia ohittamaan ja turruttamaan aiemmat ikävät kokemukset, mutta samalla niiden käytön myötä traumaattiset kokemukset lisääntyvät entisestään. Osa Väyrysen (2007, 183) haastattelemista naisista oli kokenut alistamista sekä seksuaalista, fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa, jotka olivat syöpyneet syvälle heidän ruumiiseensa. Näiden naisten kertomuksista ilmenivät ne vaikeudet, joita traumaattisten kokemusten käsitteilyyn liittyy. Näiden kokemusten uhriksi joutuminen riistää oikeuden omaan ruumiiseen ja aiheuttaa itsehalveksuntaa, elämän merkityksellisyyden kaatoamista ja tunteiden piilottamista. Itseinhoa pahentaa huumeriippuvuudesta juontuva häpeä ja syyllisyys aiheuttaen itsetunto-ongelmia ja privatisoitumista. (Väyrynen 2007, 184.)

Samankaltaisia tuloksia on saatu myös nuorten huumeidenkäytöstä. Virokankaan (2004, 27) tutkimuksen nuorten kuvauksista päihteiden käytöstään oli hänen näkemyksen mukaan huomattavissa myös eräänlainen pahoinvointiproblematiikka. Siinä päihteiden avulla yritettiin selviytyä epämiellyttävistä tunteista ja positiivisten tunteiden puutteesta, huonosta itsetuottamuksesta ja vajavaisesta kyvystä selviytyä esimerkiksi koulunkäynnistä sekä liittymisen ja yhteenkuuluvuuden tunteiden puuttumisesta.

Kuvauksissa nuorten päihteiden käytön syistä, ensimmäisen käyttökerran syyksi määriteltiin yleisimmin oma tahto ja kokeilunhalu, huume-kulttuurin- ja elämän kiehtovuus sekä huumeiden helppo saatavuus kave-reilta. Päihteiden käytön syynä nuoret kuvasivat pään sekoittamisen huvia vuoksi. (Virokangas 2002, 136; 2003A, 202; 2004, 27; Väyrynen 2007, 76–77.) Nuoret kuvasivat huumeiden vaikutuksen alaisena olon positiivisina puolina emotionaalisesti ja sosiaalisesti jännittävän, hauskan ja mielenkiintoisen olon. Nuoret liittivät päihteiden käyttöön juhlimisen ja yksin-

kertaisesti olemisen normaalien asioiden ulkopuolella. (Virokangas 2004, 38; 2002, 131–139.)

Virokankaan (2002, 131–139; 2004, 25) tutkimuksessa nuoret jakoivat olemisen puheessaan kahteen kategoriaan päihteiden käytön mukaan. Selvänä olemisen tulkittiin normaalina ja päihteiden vaikutuksen alaisena olemisen poikkeavana käyttäytymisenä. Nuorten puheissa normaali elämä näyttäytyi lähinnä negatiivisina asioina. Normaali elämä kuvattiin päihteettömyyden lisäksi mielenkiinnottomana, ikävystyttävänä ja ei-haluttavana. Siihen liitettiin myös masennus, itsetuhoinen ja paskamainen olotila sekä elämisen mielenkiinnottomuus ja pakollinen osallistuminen ikävystyttäviin rutiineihin. Toisaalta normaaliuden hyvinä puolina nuoret kuvasivat sitä, ettei tarvitsisi koko ajan miettiä mistä saa rahaa eikä pelätä poliisia. Normaaliuteen liitettiin myös rauhassa oleminen ja se, että saisi tehdä töitä.

Väyrysen (2007) tutkimuksessa huumeet näyttäytyvät tyttöjen kertomuksissa kiellettyinä, vaarallisina ja pelottavina. Nämä määritelmät tekivät huumeista ja huume kuvioista tytöille kiehtovia. Yksi tytöistä kuvasi kokeilunhaluaan käsitteellä ”pelkokuume”. Toinen koki erilaisuuden tavoittelunsa vuoksi olevansa jollakin tapaa kieroutunut. Erottautumisen ja jännittävyuden rinnalla ja niihin kytkeytyen huumeita käyttävät miehet ja huume kuvioiden miesvoittoisuus olivat merkittäviä huumeisiin houkuttavia tekijöitä tyttöjen kertomuksissa (Väyrynen 2007, 76–81.)

Kun huumeet tai muut päihteet ovat olleet ensimmäisistä seksisuhteista asti poistamassa estoja, seksi ilman päihteitä on hämmentävää. Seksikokemuksia kun on totuttu stimuloimaan ja säätelemään huumeita käyttämällä. Tämän seurauksena oma identiteetti ei ole koskaan päässyt kehittymään. Joidenkin naisten kohdalla huumeet asettuvat myös keinoksi kohottaa itsetuntoa. Huumeet kemiallisina aineina antavat alkuvaiheessa hyvän olon kokemuksia ja illusion kauneudesta. Huumeisiin kätkeytyy lupauksia vapaudesta, kauneudesta ja nautinnosta. Nämä lupaukset ovat kuitenkin pettäviä. Aineiden vaikutuksen loputtua kuva itsestä on entistä negatiivisempi. (Väyrynen 2007, 86–92.)

Kiinnittyminen huumeisiin ja huumemaailmassa eläminen

Kuten monessa muussakin asiassa myös huume kuvioihin kiinnijääminen tapahtuu prosessinomaisesti ja huomaamatta. Siirryttäessä kokeilusta säännölliseen huumeiden käyttöön sidokset huume kuvioihin lisääntyvät. (Väyrynen 2007, 101.) Huume kuvioihin kiinnittymisvaiheessa korostuu kuitenkin vapaehtoisuus. Tällöin on vielä olemassa sidoksia normaaliin elämään ja aineiden käytöstä nautitaan. (Väyrynen 2007, 103.)

Virokankaan (2004, 27) tutkimuksessa nuoret kokivat huumeiden käytön etenemisen tapahtuneen ilman omaa vaikutusvaltaansa, erinäisten

”pakkojen” ohjaamina. Nuoret selittivätkin omaa huumeiden käyttöään joutumisten, kiinnijäämisten ja kohteeksi joutumisten kautta. Nuorten kertomuksissa asiat ikään kuin soljuivat nuoren elämässä muiden toimijoiden, olosuhteiden tai kontrollitoimenpiteiden ohjaamina. (Virokangas 2004, 27.)

Väyrysen (2007, 102) tutkimuksessa naisten elämässä kiinnittymistä on seurannut kiinnijääminen huume kuvioihin ja niihin liittyviin toimintoihin, käytäntöihin ja yhteisöihin. Tässä vaiheessa huume kuvioihin kytkeytyvät lupaukset pettävät yksi toisensa jälkeen ja elämä kapeutuu aineiden käytön ja hankinnan ympärille (Väyrynen 2007, 102–103). Riippuvuusvaiheessa vaihtoehdottomuus ja pakonomaisuus ohjaavat toimintaa. Naiset kertovat olevansa yllättäen väkivaltaisissa ja kaottisissa tilanteissa, joista huumeiden käytön positiiviset tekijät ovat kaukana. (Väyrynen 2007, 105–106.)

Huumeriippuvaisessa elämäntavassa huumeiden käyttö täyttää suurimman osan naisten jokapäiväistä elämää ja päivittäisiä rutiineja. Se tarkoittaa kyvyttömyyttä ottaa osaa tavalliseen elämään sekä ulkopuolista oloa. Heidän täytyy tehdä jatkuvasti työtä saadakseen rahaa huumeisiin. He näpistelevät, tekevät seksityötä, käyvät huume kauppaa ja tekevät luottokorttipetoksia. Lisäksi heidän pitää löytää huumetta tunteakseen itsensä normaaliksi. Päihteiden käyttö näyttäytyy kuitenkin yksilökohtaisena ja muista erillisenä. Elämäntapa on usein myös lyhytjänteistä ja siitä puuttuu tulevaisuuden suunnittelu. (Sariola 2006, 148; Virokangas 2004, 38; 2002, 131–139.)

Riippuvuus huumeista ja kiinnijääminen huume kuvioihin ruumiillistuu myös mentaalisesti. Väyrysen (2007, 111–114) tutkimuksessa naisten kertomuksista oli havaittavissa, että nukkuminen, syöminen ja omasta ulkonäöstä huolehtiminen unohtuvat, kun aineiden käyttö on kaiken toiminnan keskipiste. Siten naisten kyky tiedostaa muutoksia ulkonäössään vähenee. Joskus tilanne menee niin pitkälle, että tila voidaan liittää anorektisen ruumiin kokemiseen. Pakon omaisessa huumeiden käytöstä johtuvassa laihoodessa on kyse itsensä unohtamisesta sekä oman tilanteen ja kehon kontrolloimattomuudesta.

Naisten välinpitämättömyys omasta kehosta näkyy heidän suhtautumisessaan tartuntatauteihin ja niiltä suojautumiseen. Naisten kuvauksissa tartuntataudit merkityksellistyvät osana kovien huumeiden käyttäjien elämää. Elämän kaottisuus ja vahva riippuvuus aineista merkitsevät itsekontrollin vähenemistä myös käyttövälineiden puhtauden suhteen. Toisista käyttäjistä sen sijaan huolehditaan ja heitä informoidaan tartuntatautien vaaroista. (Väyrynen 2007, 112–113.)

Riippuvuus huumeista aiheuttaa myös ongelmia ajan ja paikan orientaatiossa. Aineiden käytöstä johtuva sekavuustila vääristää ja katkaisee kyvyn havainnoida omaa tilaa ja toimintaa. Huume kuvioista tulee pakokauhun ja pelon paikka. Huumevelat ja huumeista johtuva sekavuus voimistavat pe-

lon tunteita ja elämä alkaa olla painajaismaista. Pelkojen todenperäisyyttä on vaikea erottaa huumeiden käytöstä johtuvan paranoidisuuden vuoksi. (Väyrynen 2007, 114, 130.)

Sariolan (2006, 156) tutkimuksen skotlantilaiset naiset joutuivat kantamaan kolminkertaisen taakan yrittäessään hallita huumeidenkäyttöään, lasten hoitoa ja epäilyjä selviytymisestä. Monesti leima käännutti naiset pois avun luota, jota he olisivat saattaneet haluta tai tarvita. He kokivat, etteivät voineet luottaa sosiaalityöntekijöihin ja käytössä olevat lastensuojelutoimenpiteet vain rikkoisivat heidän perheensä.

Joskus äitiys ei onnistu vaan huumeet menevät naisten elämässä tärkeysjärjestyksessä lapsen edelle. Ojasen (2006, 119) tutkimuksessa erään naisen oma äiti oli ottanut lapsen huollettavakseen. Nainen totesi haastattelussa, että hänen lapsensa ensimmäiset elinvuodet ovat hänelle monilta osin hämärän peitossa. Hän yritti kovasti hyvittää lapselle poissaoloaan viemällä tälle varastamia tavaraita. Lapsen kanssa sovitut tapaamiset eivät kuitenkaan useimmiten toteutuneet, kun aineenhakureissu osuikin samaan ajankohtaan. Narkomaanin arjessa ei vain ollut tilaa äitiydelle. (Ojanen 2006, 119.)

Ongelman kohtaaminen ja huumeista irtautuminen

Jossakin vaiheessa käyttöä ollaan tilanteessa, että ulkopuoliset tahot huolestuvat nuoren elämästä ja pyrkivät vaikuttamaan tilanteeseen. Pääsääntöisesti puuttumisiin reagoidaan suuttumuksella, vihalla ja uhmalla huolenkantajasta riippumatta. Usein puuttumista seuraa uhmakkuus, jonka seurauksen esimerkiksi aineita vedetään entistä enemmän tai muuten osoitetaan sitoutumattomuus tarjottuun tukeen. Näiden toimien tarkoitus on osoittaa huolta kantaville tahoille heidän voimattomuutensa asian tilan suhteen. (Väyrynen 2007, 146.)

Ulkoapäin tulevat vaatimukset pakottavat kuitenkin katsomaan itseä uusin silmin ja arvioimaan omaa tilannetta ja toimintaa. Nuori ei ole usein valmis kohtaamaan näkyviäkään ongelmia, koska hän haluaa pitää kiinni autonomiastaan. Tämän vuoksi puuttuvan tahon tuki- ja kontrolliryitykset vesittyvät usein vastustusreaktioihin. Näyttääkin siltä, että jos kuntoutus merkityksellistyy vastentahtoisena autonomiaa kaventavana kontrollitoimintana, se aiheuttaa vastareaktion uhmakasta käyttäytymistä. (Väyrynen 2007, 146–149.) Viranomaisten tulisikin miettiä, miten asiat esitetään, jotta vältyttäisiin selkeältä vastakkainasettelulta. Ideaalitalanteessa nuori itse heräisi haluamaan muutosta omaan elämäänsä ja tilanteeseensa.

Lopulta tilanne saattaa edetä niin pahaksi, että naisten kosketuspinnat itseen katkeavat lähes täysin. Tämä konkretisoituu ruumiillisesti fyysisenä kuihtumisena ja mentaalisenä sekavuutena – täydellisenä irrallisuutena it-

sestä ja ympäröivästä todellisuudesta. Väyrysen (2007, 155) tutkimuksen naiset kertoivat psykooseista, harhaisuudesta ja kyvyttömyydestä paikantaa itseään ympäristöönsä ja merkityksellistää elämäänsä.

Nätkinin (2006b, 29) mukaan päihteitä käyttävä äiti voi nähdä raskaudessa uuden mahdollisuuden sekä toivoa ja uskoa, että lapsi irrottaa hänet aineista ja uusi ja parempi elämä alkaa. Väyrysen (2007, 157, 184) haastatteleuille äideille raskaus oli ollut käännteentekevä tilanne, joka pysäytti ja pakotti arvioimaan oman tilanteen uudelleen. Huumeisiin kiinnijääminen merkitsee sitä, että kosketus omiin tunteisiin katoaa. Ympärillä tapahtuvia kauheuksia ei pysähdytä miettimään vaan ne ohitetaan. Huumekuvioista irti pyrittäessä tilanne muuttuu ja tunteet alkavat muistuttaa itsestään. Tällöin ne voivat nousta pintaan hallitsemattomina ja pelottavina.

Huumeiden käytöstä irtautuminen merkitsee naisille usein myös koke-musta leimautumisesta ja epäonnistumisesta ihmisenä. Huumekuvioiden kiinnittymisvaiheen omavalintainen ja positiivisesti erilaisuutta korostava identiteetti muuttuu irtautumisvaiheessa negatiivisesti eroa korostavaksi leimatuksi identiteetiksi. Huumeiden käytön irtautumisvaiheessa itsensä näkeminen huorana, narkkarina tai juoppona vaikeuttaa valtakulttuuriin palaamista. Naiset arvioivat itseään muiden silmin ja kokevat näkemänsä vastenmielisenä ja hävettävänä. (Väyrynen 2007, 171–172.)

Hyväksikäytön, väkivallan ja alistamisen kokemukset siirtyvät likaisuuden ja epäonnistumisen kokemuksiksi. Erilaiset huumeiden käyttöön liittyvät infektiot ja taudit vahvistavat kokemusta saastaisuudesta. Häpeä ja itseinho aiheuttavat sosiaalisia pelkoja ja lisäävät taipumusta masentua. Ne privatisoivat arkea rakentavista asioista ja valtakulttuurista. Naisten kertomuksissa leimattu identiteetti konkretisoituu irtautumisvaiheessa ihmis-pelkona. (Väyrynen 2007, 173.)

Sariolan (2006, 158) tutkimuksen naiset sanoivat, että kun he tunsivat olonsa epävarmaksi tai masentuneeksi, todennäköisintä oli, että he menivät ulos etsimään huumeita. Kuntoutumisprosessissa moni oivalsi, miksi alun pitäen alkoi käyttää huumeita, ja alkoi sen jälkeen rakentaa uutta tulevaisuutta. Kuntoutuminen ja äitiyden muuttuminen uuden identiteetin perustaksi ovat rinnakkaisia ja toisiinsa kietoutuneita prosesseja.

Päihderiippuvaisen äidin erottaa muista äideistä lähinnä päihteiden sotkema elämäntilanne ja sosiaalisesti periytyneet ongelmat; äitiyden tavoitteet ja ihanteet sinänsä ovat hyvin samankaltaisia kuin muiden äitien. Päihderiippuvainen äiti nähdään potentiaalisena hyvän äidin kategoriaan kuuluvana äitinä, jos hän on onnistunut oppimaan äitiyden taidot ja vuoro-vaikutuksen lapsensa kanssa häntä tukevien yhteisöjen avulla. Tähän vaaditaan kuitenkin päihteistä ja yleensä myös ongelmaisesta parisuhteesta luopumista sekä äidin subjektiivisuuden muodostumista ja menneisyyden vaikeista kokemuksista selviämistä. (Juttula, 2006, 66.)

Sukupuolen ja läheisten merkitys

Huumekuvioihin kiinnittymisen ja kiinnijäämisen myötä sukupuolen merkitys muuntuu ja lisääntyy. Tytöt kokevat, että ongelmallisissa tilanteissa heillä on vähemmän mahdollisuuksia puolustaa itseään väkivallalta ja hyväksikäytöltä kuin miehillä. Täten naisten riippuvuus huumeita käyttävistä miehistä lisääntyy. (Väyrynen 2007, 105–106, 123.)

Seurustelu merkityksellistyy maineen varjelijana ja moraalisesti hyväksyttävänä kumppanuutena. Se asettuu myös tavaksi vähentää hyväksikäyttöriskiä ja korostaa tasa-arvoista asemaa miesten rinnalla. Ajan myötä huumekuvioihin kiinnijääminen merkitsee kuitenkin useille naisille miesten armoilla elämistä ja väkivallalle altistumista olipa kyseessä sitten pitkä parisuhde tai yksin eläminen. Väkivallan pelko johtaa tilanteeseen, jossa omat arvot ja itsekunnioitus sekä minäkäsitys kyseenalaistuvat. Paradoksaalisesti väkivallan pelolta suojautumisen keino on väkivalta. (Väyrynen 2007, 126–131.)

Turpaan antajana ja turpaan ottajana tyttö osoittaa kykenevänsä samaan kuin miehet. Tällä on merkitystä huumekuvioiden hierarkiaan asetumiselle, oman paikan lunastamiselle. Väkivalta hyväksytään, koska sen toisena puolena on pelko yksinäisyydestä ja vaikeudesta pysyä aineissa. Naiset selittävät väkivaltaa tyhjäksi, he hakevat siihen syytä itsestään ja elämäntyulistään. He pyrkivät rationalisoimaan väkivaltaa eivätkä asetu uhrin asemaan. Väkivalta kaikkine muotoineen, musertaa huumekuvioihin kiinnittyneeltä naiselta minuuden ja viimeisetkin itsetunnon rippeet. (Väyrynen 2007, 132, 138)

Myös Virokankaan (2003a, 195–201) tutkimuksen tytöillä seurustelusuhteet liittyivät aineiden käyttöön. Tytöt kokivat voivansa seurustella vain samaa ainetta käyttävien poikien kanssa kun pojilla taas aineita käyttämätön tyttöystävä toimi motiivina käytön lopettamiseen. Näiden tyttöjen kertomuksista ei kuitenkaan noussut esiin alisteisuus tai joutuminen hyväksikäytetyksi seurustelusuhteissa.

Kiinnijääminen huumekuvioihin ja riippuvuus aineista merkitsee irrallisuutta itsestä, huumekuvioiden ulkopuolisista läheisistä ja usein myös omasta sukupuolesta. Naisen ruumiissa itsen sijoittaminen miesten joukkoon ei ole täysin mahdollista. Irrallisuus omasta sukupuolesta on irrallisuutta muista naisista, heidän halveksuntaansa ja samalla myös oman naisuuden vieroksumista. (Väyrynen 2007, 133, 141.) Päihdekuntoutuksissa on huomattu, että äidit eivät helposti identifioitu naisiksi. Tämä näkyy esimerkiksi siten, että naisten ryhmät eivät päihdekuntoutuksissa tahdo onnistua. (Nätkin 2006b, 47.)

Virokankaan (2003a, 195–201) tutkimuksessa nuoret näyttivät muodostavan myös suhteensa toisiin nuoriin ensisijaisesti huumeiden käytön kautta. Vanhojen ystävien tilalle oli tullut uusia, huumeita käyttäviä kave-

reita, jotka eivät ihmisinä olleet nuorille kovin tärkeitä. Koko nuorten sosiaalinen verkosto rakentuikin ensisijaisesti huumeiden saatavuuden ympärille ja kaverisuhteiden merkitys perustui suhteiden hyödyllisyyteen

Huume kuvioissa aineiden hankinta ja käyttö sekä näihin liittyvien kokemusten ja merkitysten jakaminen ovat yhdistäviä tekijöitä. Ne rakentavat yhteisöllisyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteen. Ilman huumeiden käyttöä kaveriporukan yhteinen merkityksmaailma ei ole täysin jaettavissa. Aineista pidättäytyminen merkitsee kokemusta ulkopuolisuudesta, vaikka kyseessä olisi samat vanhat kaverit, joiden kanssa aineita on käytetty. Huumeiden käytön lopettamiseen ei siis riitä pelkkä aineista pidättäytyminen, vaan niistä irtautuminen edellyttää muutosta sosiaalisissa tekijöissä. Mikäli sosiaalisissa tekijöissä ei tapahdu muutosta, päihteet määrittävät edelleen elämäntapaa. Tällaisessa tilanteessa päihteistä pidättäytyminen vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Naiset kokevat ristiriitaa suhteessa omaan paikkaan ja toimijuuteen kavereiden keskuudessa. Näin olleen riski liukua takaisin huumeiden käyttöön kasvaa. (Väyrynen 2007, 165.)

Ojasen (2006, 132) tutkimuksen naisilla arjen jakajat olivat pitkään olleet muita käyttäjiä, ja arki käyttöaikana oli ollut varsin sosiaalista. Kun yhteydet entisiin arjen jakajiin katkesivat, uusien ihmissuhteiden luominen oli hankalaa, koska elämässä oli liian paljon salattavaa. Naiset eivät halunneet aina kertoa korvaushoidosta leimatuksi tulemisen pelon takia. Yksinäisyyden sieto olikin naisille uusi haaste.

Oman käytön salaaminen läheisiltä voi olla sekä pyrkimystä säilyttää kuva itsestä ehjänä että suojata läheisiä siltä surulta ja toivottomuudelta, joka huumeiden käyttöön liitetään. Tytöt kokevat myös huonoa omaatuntoa huumeiden käytöstään ja elämäntavastaan. Irrallisuus läheisistä aiheuttaa siten salailun ja valehtelun kehän. Vaikka suhde perheenjäseniin on väljehytnyt ja valheiden tahraama, kokevat naiset läheisten välittävän, suojelevan ja haluavan heidän parastaan (Väyrynen 2007, 116, 118).

Sariolan (2006, 152) tutkimuksessa äitiys oli tärkein naisten ilmaise-man positiivisen identiteetin lähde. Äitiys antoi naisille merkityksen: jonkun, jota rakastaa ja josta huolehtia. Naiset ilmaisivat syvää rakkautta lapsiaan kohtaan ja huolta heistä. Myös Beltin (2012) ryhmässä olleet äidit olivat kertoneet ”vauvan olevan parasta huumetta” ja ”vauvan olevan paras antabus”. Äidit olivat myös puhuneet ”äitiydestä humaltumisesta”.

2 Korvaushoito huumeongelmaisen äidin ja lapsen tukena

Inka Lempinen

Artikkeli kuvaa huumeriippuvaisen äidin korvaushoitoa kokonaisuudessaan: äidin asiakuutta raskauden aikana sekä lapsen synnyttyä. Se tarkastelee huumeiden käytön vaikutuksia raskauteen ja sikiöön sekä äidin ja lapsen saamaa tukea korvaushoidon aikana. Näkökulma on korvaushoitoyksikön antaman avun ja tuen lisäksi yhteistyöverkostossa.

Huumeriippuvuuden hoitoon tarkoitettuja hoitomalleja alettiin kehitellä erityisesti vasta 1990-luvulla suonensisäisen huumeiden käytön lisääntyessä. 1990-luvun lopun jälkeen on erityisyksiköiden ja laitospaikkojen lukumäärä kymmenkertaistunut ja huumeiden käyttäjille suunnatut erityispalvelut monipuolistuneet. (Murto 2002, 167–172; Kaukonen 2002, 156.) Tuolloin tapahtui myös käänne huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen käyttäjien rankaisemisen sijaan. Ensimmäinen huumausaineiden käyttäjien pistovälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste perustettiin Suomessa vuonna 1997 ja ylläpito- sekä korvaushoito tulivat viralliseksi osaksi päihdepalvelujärjestelmää vuonna 2000. Huumeriippuvuuden korvaus- tai ylläpitohoito synteettisten opiaattien avulla vakiintui ja laajentui. (Forsell ym. 2010, 61; Partanen 2002, 27–35.)

Huumehoitopalvelujen kehittämisessä on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Päihdehuollon erityispalveluiden ohessa entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan myös sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa. Vuoden 2008 helmikuun alusta tuli voimaan uusi sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisien vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008). Muutoksen taustalla on korvaushoidon tarpeen jatkuva lisääntyminen, joka on näkynyt hoitojonoina. Asetuksen muutoksen myötä korvaushoidon toivotaan siirtyvän enemmän peruspalveluihin, jolloin hoitoa antavien palvelupisteiden määrä moninkertaistuu. Opiaattiriippuvaisien korvaushoitoa ollaan siirtä-

mässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle. (Huumausainepoliittinen kertomus 2009, 23; Forsell ym. 2010, 61.)

Kun päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen tulee päihdepalvelujen piiriin, on sekä päihdehistoria ja nykyinen tilanne kartoitettava tarkkaan. Eri huumausaineet vaikuttavat eri tavoin sikiöön että äitiin. Äidin käyttäessä huumeita sikiö saa osansa istukan kautta ja altistuu siten haittavaikutuksille. Huumeiden on todettu olevan vähemmän haitallisia sikiölle kuin alkoholi, mutta haitat ovat silti vakavia. Riski erilaisiin kehityshäiriöihin, keskenmenoon tai ennenaikaiseen synnytykseen kohoaa. Päihteidenkäyttö, etenkin alkoholin käyttö raskauden aikana on sikiön kehityshäiriöiden taustalla oleva suurin yksittäinen syy.

Päihteitä käyttävät äidit antavat uusia haasteita äitiyshuollolle. Vauvat syntyvät ennenaikaisesti ja istukka saattaa irrota. Jos äidillä on HIV- tai hepatiittitartunta huumeiden käytön seurauksena, tarvitaan sairaalassa erityishuoneita ja suojavarusteita sekä tehostettua seurantaa. (Nätkin 2006b, 26.) Isoimmista kaupungeissa on kehitetty keskussairaaloiden äitiyspoliklinikan yhteyteen erityisiä poliklinikoita päihteitä käyttäviä äitejä varten, joissa sikiön kasvua ja kehitystä seurataan tarkemmin.

Raskauden aikainen huumeiden käyttö lisää istukan irtoamisen riskiä, verenvuotoherkkyyttä sekä aiheuttaa ennenaikaisia supistuksia ja keskenmenoja, liian varhaista lapsiveden menoa ja ennenaikaisia synnytyksiä. Sikiön epämuodostumat syntyvät alkuraskauden aikana, jolloin äiti ei välttämättä edes tiedä olevansa raskaana. Aivot ovat alttiina kehityshäiriöille koko raskauden ajan, mikäli päihteiden käyttö jatkuu. (Kolb & Wishaw 2009, 656–657.) Lisäksi raportoidaan kasvuhäiriöistä, sydänvioista, henkisestä jälkeenjääneisyydestä ja kohtukuolemista. Syntymän jälkeen lapsella on usein vieroitusoireita, joiden kesto ja vaikeusaste riippuu äidin huumeikäyttämisenä. (Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen 2009:4; 13,19.)

Kannabistuotteiden käyttöä esiintyy runsaasti korvaushoitoasiakkailta ja usein niiden käyttöä ei lopeteta raskaudesta huolimatta. Kannabiksen haitallisuutta vähätellään ja useimmiten sitä käyttävät polttavat myös tupakkaa. Runsaasti käytettynä kannabistuotteet voivat vaikuttaa sikiön kasvua hidastavasti. Satunnaisesta käytöstä, korkeintaan kerran viikossa tapahtuvasta, ei ole voitu todistaa vastaavia tuloksia. Kannabiksen käyttö yksin ei Britanniassa tehdyn tutkimuksen (Fergusson ym. 2002, 21–27) mukaan ole yhteydessä vastasyntyneen tehohoitotarpeeseen tai perinataalikuolleisuuteen. Ongelmat kuitenkin lisääntyvät, kun kannabiksen käyttö kasvaa tai siihen liittyy muuta riskikäyttämistä, kuten tupakointia tai muita päihteitä. Alkuraskauden aikana, jolloin sikiöllä on suurin riski saada epämuodostumia, kannabiksen käytöllä katsotaan olevan yhteys sikiön vatsahalkion (gastroskiisi) syntyyn. Lisäksi runsas käyttö voi vaikuttaa sikiön aivojen kehittymiseen. (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 611.)

Hollisterin (1986, 17) tutkimuksen mukaan kannabis ei lisää keskenmenoriskiä, aiheuta periytyviä kromosomimuutoksia tai epämuodostumia, mutta läpäisee istukan helposti ja sitä paremmin, mitä pidemmälle raskaus etenee ja kannabiksen käyttö jatkuu. Näin sikiö saa osansa kannabissavun sisältämistä yhdisteistä., joista merkittävin on hiilimonoksidi (CO, häkä). Tämä vähentää merkittävästi napanuoran verenvirtausta ja sitä kautta sikiön ravinnonsaantia. Kannabiksen haittavaikutusten katsotaan olevan samantyyppisiä kuin tupakalla ja on suositeltavaa kannustaa äitiä lopettamaan kannabistuotteiden käyttö mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Halmesmäen ja Karin (1998, 114) mukaan kannabiksen käytön ei katsota olevan kontraindikaatio (vasta-aihe) imetykselle, vaikka sitä erittyy äidinmaitoon. Pitoisuudet ovat luonnollisesti riippuvaisia käytön laajuudesta. Amfetamiinin käyttö Suomessa on yleistynyt valtavasti, tällä hetkellä sen katsotaan olevan toiseksi yleisin huume Suomessa. Sikiölle sen käyttö voi aiheuttaa sydänvikoja, pienipäisyyttä ja henkistä jälkeenjääneisyyttä. Aliravitsemuksen vaara on suuri sikiöllä. Tulehdusriski kasvaa ennenaikaisen lapsiveden menon myötä. Vastasyntyneillä on usein vieroitusoireita: verenpaineen kohoaminen, kimeä itku, imemisvaikeudet ja vatsaongelmat ovat tavallisia. (Tiitinen 2011b.) Amfetamiinin raskaudenaikainen käyttö voi aiheuttaa lapselle myöhemmin ilmeneviä käytöshäiriöitä. Amfetamiini erittyy äidinmaitoon eikä imetystä suositella (Halmesmäki & Kari 1998, 114.)

Metamfetamiini vaikuttaa sikiöön kasvua hidastavasti ja voi aiheuttaa riskiä syntyä ennenaikaisesti. Useimmiten metamfetamiinin käyttäjät käyttävät myös muita huumeita. (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 611). Amerikkalainen komitealausunto mainitsee kohonneina riskeinä keskushermoston, sydämen ja verenkierron toimintaan liittyvät sekä ruoansulatukselliset ongelmat, lisääntyneet kitalakihalkiot sekä eriaisteiset raajaongelmat. (Metamphetamine Abuse in Women of Reproductive Age 2011, 2.)

Kokaiini ei ole vielä saavuttanut muotihuumeen asemaa Suomessa, vaikka muualla maailmalla sen käyttö on erittäin yleistä. Se läpäisee istukan helposti. Käypä hoito -suosituksissa on viitattu Handlerin ym. v. 1991 tekemään amerikkalaiseen tutkimukseen (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 611–612), jonka mukaan vaikutus sikiöön näkyi lapsen syntymäpainon alenemisena, ennenaikaisuutena, istukan ennenaikaisena irtoamisena ja perinataalisen kuoleman riskin kohoamisena. American Journal of Public Health raportoi ongelmiksi synnyttäiset epämuodostumat, toimintahäiriöt vaskulaarisessa systeemissä sekä neurokognitiiviset vaikeudet. (Bateman ym.1993, 190–193).

Opiattien ryhmään kuuluvat esimerkiksi oopiumi, morfiini, kodeiini, papaveriini, heroini, buprenorfiini, metadoni, tramadol ja kodeiini. Yhteisenä tekijänä on, että ne vaikuttavat keskushermostoa lamaavasti. Opiaatit aiheuttavat sikiölle esimerkiksi kehityshäiriöitä virtsateihin ja aivoihin sekä sydänvikoja. Heroiinin käyttäjien vauvat ovat usein voimakkaasti vieroitus-

oireisia ja oireilu voi puhjeta pitkänkin ajan kuluttua syntymästä. Tarkkaavaisuushäiriöitä on raportoitu näillä lapsilla normaalia enemmän (Tiitinen 2011c.) Usein vauvat haastavia hoidettavia ja vaativat pitkän sairaalahoidon vieroituskäsitteeseen. Vastasyntyneet ovat selkeästi vieroitusoireisia, koska opioideihin syntyy hyvin voimakas riippuvuus nopeasti. Vieroitusoireina ilmenee itkuisuutta, jäykkyyttä, vapinaa, rytmihäiriöitä ja imemisvaikeuksia. Monilla ilmenee myöhemmin henkistä tai fyysistä jälkeenjääneisyyttä.

Edellä mainittujen vaikutusten lisäksi sikiö joutuu kärsimään myös äidin vieroitusoireet ja stressitilat vaikuttavan aineen määrän elimistössä vaihdellessa. Aloittamalla korvaushoito pyritään tasoittamaan äidin ja sikiön vointia sekä estämään tai vähentämään äidin holtitonta katukäyttöä, joka usein johtaa lisääntyviin somaattisiin ongelmiin ja näin lisää riskiä sikiön vaurioitumiselle. Asiakkaiden odotuksista huolimatta korvaushoito ei ole ”oikotie onneen”, vaan se vaatii kovaa työtä sekä sitoutumista ja usein lapsi on silti vieroitusoireinen synnyttyään. Hallitulla hoidolla pyritään minimoimaan vastasyntyneen oireet. Korvaushoidosta on monia mielipiteitä ja usein asiakkaat itsekin ihmettelevät, miksi hoidetaan samalla aineella, joka siviilissä aiheuttaa ongelmia. Raskaana olevien kohdalla pyritään valitsemaan ”pienempi paha” ohjaamalla pidemmällä aikavälillä päihitteettömään elämään yhteiskunnan tuen avulla ja ehkäisemään ajautumista muihin päihitteiden käyttöä seuraaviin lieveilmiöihin kuten rikollisuuteen.

Huumeita käyttävä odottava äiti korvaushoidossa

Raskausaika on erityisesti naiselle otollista aikaa muuttaa elämänsä suuntaa. Se on ikään kuin uusi mahdollisuus joka pakottaa naisen pohtimaan elämäntilannettaan uudelleen (Väyrynen 2007, 157.) Raskausaikana nainen prosessoi omaa menneisyyttään, itse lapsuudessaan saamaansa hoivaa ja huolenpitoa, sekä ajatuksia ja toiveita tulevaa varten. Psykykkisten muutosten ohella nainen kokee myös fyysisiä muutoksia, kehon muuttaessa muotoaan kuukausi kuukaudelta. Myös sosiaalisia muutoksia tapahtuu, esimerkiksi suhde omaan äitiin ja perheeseen voi tulla tärkeämmäksi, kaveripiiri voi joutua muutokseen naisen mielessä ja niin edelleen. (Pajulo ym. 2008, 160).

Huumausaineongelma voi ilmetä usealla eri tavalla. Asiakas tai potilas, riippuen missä roolissa hän missäkin hoitoyksikössä on, voi itsekin ottaa asian puheeksi. Toisaalta yhteydenottoa hoitojärjestelmälle voi tulla huolestuneilta omaisten tai läheisiltä. Huumausaineiden käyttöön viittaavia syitä voi tulla esille potilaskäynnillä ja herättää näin epäilyksen potilaan huumeiden käytöstä. Vastaanotolle hakeutumisen syitä voivat olla erilaiset tulehdustilat, mielialaan, vatsan alueen, verenkiertoelimistöön liittyvät oi-

reet. Tapaturmat, vieroitusoireet ja myrkytysoireet voivat myös olla syitä hoitoyksikköön hakeutumiseen (Huumeongelman hoito 2006, 599).

Huumeaineiden käyttöä on monentasoista, joten ongelman esille saaminen ei aina ole helppoa. Asian puheeksi ottaminen luottamuksellisessa hoitosuhteessa ja työntekijän tietämys huumeaineista sekä omasta suhteestaan niin huumeaineisiin kuin muihinkin päihteisiin ja päihdemaa-ilmassa eläviin ihmisiin asennoitumisessa tukevat työntekijää tässä tilanteessa (Partanen 2009, 23).

Perusterveydenhuollossa ja äitiysneuvolassa on ensisijainen vastuu havaita mahdolliset huumeidenkäyttäjät-äidit. Tavallista on, että äidit vähättelevät päihteidenkäyttöään tai kieltävät sen kokonaan. Riskiäitien seuloiseksi vaaditaan hyvää ammattitaitoa ja -silmää sekä rohkeutta ottaa asia esille. Merkittävää on, miten asioista puhutaan, onko keskustelu moralisoivaa ja osoittelevaa, vai tartutaanko asiaan asiakasta kunnioittaen, mutta faktat muistaen. Ammattihenkilöllä on oltava selvillä myös oma suhtautumisensa päihteisiin.

Puheeksiotto on tärkeä interventio asiakkaan kohtaamisessa. Kommunikointi voi osoittautua haasteelliseksi, mikäli osapuolet eivät ymmärrä toisiaan tai toinen ei ole valmis kuuntelemaan. Mikäli yhteistä arvoperustaa ei ole, sanoma harvoin koskettaa kuulijaa. Saadakseen viestiä menemään perille työntekijä joutuu miettimään asiakkaan näkökulmasta omaa sanomistaan. Asiakkaan on tunnettava, että häntä kohdellaan ihmisenä huolimatta omista teoistaan ja valinnoistaan. Ivallisuus ja halveksunta voivat tuhota hetkessä jo mahdollisesti saavutetun hyödyn. (Soikkeli 2004, 68.) Hedelmällinen puheeksiotto perustuu toisen kunnioittamiseen ja asiapitoiseen, mutta saarnaamistyyliä välttävään keskusteluun. Ilman luottamusta on miltei mahdotonta sitouttaa toista hoidon piiriin, vaikka hän itsekkin näkisi tarpeen sille.

Opioidiriippuvaisen raskaana olevan äidin on mahdollista päästä opioidiriippuvaisten korvaushoitoon, joka parhaimmillaan edesauttaa vanhemman irrottautumista päihderiippuvuudesta. Korvaushoito edistää sikiön hyvinvointia jos äiti sitoutuu korvaushoitoon, eikä huumeiden ohikäyttöä esiinny. Toisaalta myös korvaushoidossa olevan äidin vauva joutuu vieroitushoitoon syntymänsä jälkeen. Korvaushoito mahdollistaa äidille niin sanotun tavallisen päivärytmin noudattamisen muun muassa siten, että korvaushoitolääke on haettava tiettyyn aikaan päivästä mutta myös siksi, että äidin ei tarvitse enää käyttää aikaansa seuraavan annoksen saamiseksi. Tällöin äidille jää aikaa keskittyä raskauteen ja tulevan vauvan hyvinvointiin. Korvaushoitoon kuuluu olennaisena osana myös psykososiaalinen avohoito päihdehoitoon erikoistuneessa avoyksikössä. Raskaana olevien hoitokäynnit on syytä toteuttaa tiiviisti.

Korvaushoito toiminee erityisesti äidillä, joka on motivoitunut ja sitoutunut korvaushoidon lisäksi hoitamaan itseään ja sisällään kasvavaa kohtu-

vauvaansa. Minna Ojasen (2006, 131) tutkimuksen mukaan korvaushoidon odotukset ja todellisuus eivät silti välttämättä kohta. Hoito vaatii sopeutumista sääntöihin, sekä aikatauluihin. Lisäksi huumeiden suonensisäisen käytön lopettaminen voi olla haastavaa. Ohikäytön vaara kasvaa silloin kun äiti ei ole ehtinyt valmistautua korvaushoitoon vaan pääsee sinne juuri raskauden vuoksi. Toisessa vaakakupissa painaa sikiön hyvinvointi, sillä yhtäkkinen huumeiden käytön lopettaminen vieroitusoireineen voi vaarantaa sikiön hengen. (Mt., 122.) Toisaalta ohikäyttö ei ehkä ole niin massiivista, kuin huumeiden käyttö voisi olla ilman korvaushoitoa. Psykososiaalisen tuen ohella korvaushoito voi auttaa äitiä löytämään uuden elämänvaiheen äitiyden ollessa mahdollisuus muutokseen.

Raskausaikana käytetty alkoholi vaikuttaa erityisesti sikiön vaurioitumiseen. Raskausaikana huumausaineita tai lääkkeitä väärin käyttäneen äidin lapsi kärsii vieroitusoireista heti synnyttyään ja voi joutua useita viikkoja kestäväan vieroitushoitoon sairaalassa. Se, onko vauvalla muita, kuten kehityksellisiä vaurioita on nähtävissä vasta vauvan kasvaessa. Kaikkia vaurioita ei välttämättä voida todeta heti vauvan synnyttyä, etenkin jos kyseessä on äiti, joka on käyttänyt päihteitä sekakäytön omaisesti. (Mäkelä 2009, 195; Kivitie-Kallio ym. 2012, 196.) Korvaushoidossa olevan äidin vauva hoidetaan myös vieroitusosastolla. Tasapainoissa olevan korvaushoidon myötävaikutuksella vauvan hoitajakso on yleensä lyhyempi kuin hallitsemattomasti päihteitä käyttäneen äidin vauva.

Vierotusoireista kärsivä lapsi jää sairaalahoitoon, joten äiti voi päästä sairaalasta vauvaa aiemmin pois. Tällöin äidin odotetaan käyvän hoitamaslasta sairaalan osastolla. Tämä voi olla haastavaa etenkin äidille, jolla on edelleen ambivalentti suhde päihteisiin. Haastavuutta lisää usein syyllisyyden ja häpeäkin tunteet, koskien vauvan vieroitusosastolla olemista ja kestämätöntä ajatusta siitä, että oma päihteiden käyttö on voinut vaurioittaa vauvaa. Vauva saattaa olla vaikeahoitoinen vieroitusoireidensa vuoksi, joka ei aina edesauta vanhemmuuden syntymistä (Barnard 2006, 16.) Tällöin voi olla helpompaa käyttää päihteitä, kuin tarttua tarjottuun apuun. Toisaalta äiti voi tehdä molempia, eli sekä käyttää ja piilotella käyttöönsä, että ottaa apua vastaan. Tällöin avun vastaanottaminen jää pinnalliseksi päihteiden käytön mukanaan luoman salaisuuden, sekä siihen vahvasti liittyvän piilotelun vuoksi. Riitta Hyytinen (2007, 96) toteaa salailun voivan olla kaiken kattavaa, todellisuuden kohtaamisen ollessa liian haastavaa tilanteeseen nähden.

Vieroitushoito tarkoittaa opettelemista päihteettömään elämään. Päihteettömyyttä ei kuitenkaan saavuteta ennen kuin elimistö on puhdistunut ja tähän vaiheeseen liittyvät vieroitusoireet. Opiaattiriippuvaisten oireilu alkaa kun annos pienenee riittävästi tai huumeidenkäyttö on loppunut. Oireet ilmaantuvat 6–24 tuntia viimeisen annoksen jälkeen, ovat voimakkaimmillaan 48–72 tunnin kuluttua ja kestävät kokonaisuudessaan 7–10 vrk,

riippuen asiakkaan käyttämistä aineista ja määristä. Oireita ovat voimakas aineenhimo, ahdistus, ärtyneisyys, masentuneisuus, silmäterien laajentuminen, kyynelvuoto, ihotuntemukset, hikoilu, kuumeilu, unettomuus, pahoinvointi, oksentelu, kivut, nuhaoireet ja ripuli. Monella ilmenee myös sydämen ja verenkierron häiriöitä ja hengityksen tihentymistä. Vieroitusoireet ovat epämiellyttäviä, mutta harvoin hengenvaarallisia. Laitosolosuhteissa asiakkaan annetaan selvitä päihtymyksestään oireenmukaisen, turvallisen lääkityksen avulla. (Huttunen 2008a.)

Vieroitusjakso kestää yleensä noin kuukauden ja optimaalisen tuloksen saavuttamiseksi jakson jatkoksi olisi hyvä saada asiakas kuntoutukseen tai muuhun vastaavaan hoitopaikkaan, jotta päihteetöntä ajanjaksoa pystyttäisiin pidentämään ja vahvistamaan asiakkaan omaa kokemusta päihteettömästä elämästä. Jakson aikana hoitoon liitetään voimakas psykososiaalinen tuki, johon asiakas sitoutuu. Lisäksi on hyvä kartoittaa siviilissä olevia tukiverkostoja, jotka voivat olla avuksi asiakkaan kuntoutumisessa, mikäli ovat siihen halukkaita. (Holopainen ym. 2003, 472.) On olemassa myös lääkkeettömiä vieroituslaitoksia, joissa hoito tapahtuu käyttämällä keskusteluterapiaa, akupunktiota, fysioakustista tuolia, liikunnan avulla tai muiden hyväksi havaittujen apukeinojen turvin.

Korvaushoitoa ja sen aloittamista säädellään STM:n asetuksessa 289/2002 (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002). Joissakin hoitolaitoksissa annetaan ns. ylläpitohoitoa, jossa ei oletetakaan asiakkaan tavoitteena olevan päihteettömyyden, vaan tavoitteet ovat lähinnä haittoja vähentäviä ja asiakkaan elämänlaatua parantavia. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista kaikissa hoitopaikoissa. (Opioidikorvaushoito 2006, 606–608.). Hoitona opioidikorvaushoito on pitkä, useita vuosia kestävä ja erittäin sitova. Hoito alkaa (ja monella myös) jatkuu päivittäisillä käynneillä poliklinikalla ja asiakkaat ovat jatkuvassa seurannassa. Tätä asiakkaiden on usein vaikea ymmärtää ja hoidon vaativuuteen kyllästytään helposti. Opioidikorvaushoidossa pyritään estämään opioidien pääsy reseptoreihin lääkitsemällä oraalisesti (suun kautta) metadonilla tai buprenorfinilla. Annos pyritään saamaan mahdollisimman pieneksi, kuitenkin riittäväksi, että se ehkäisee vieroitusoireita ja estää ainehimoja. Asiakas pyritään sitouttamaan hoitoon. Hoidon tavoitteena on rikollisuuden ja syrjäytymisen pysäyttäminen sekä päihteettömään elämään opettelu. Hoidolla on tarkoituksena myös saada hillittyä HIV:n ja C-hepatiitin leviämistä. Eettisesti opioidikorvaushoitoa pidetään perusteltuna, vaikka asiakas ei onnistuisikaan päihteettömyydessä. (Opioidikorvaushoito 2006, 606–608; Potilaan päihdeongelma 2005, 85.)

Korvaushoidon rinnalle suositetaan myös psykososiaalista kuntoutusta. Tällä tarkoitetaan asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn parantamista ja pyrkimystä saattaa syrjäytynyt henkilö takaisin osallistuvaksi yksilöksi. Kuntoutus voi olla elämänhallinnan parantamista tukevaa, terapiaalun-

teista, ryhmätoimintaa, kuntouttavaa työtoimintaa tai asiakkaalle sopivan työ/opiskelumuodon hakemista. Salaspuro (2007) jaottelee sosiaalisen tuen verkostoa tukeviin, oppimista kannustaviin sekä psykoterapeuttisiin. Tukevissa hoitomuodoissa pyritään luomaan kannatteleva verkosto asiakkaan, hoitotahon ja omaisten välille, tarvittaessa verkostossa on mukana myös viranomaisia (esim. korvaushoidossa olevien äitien kohdalla). Osa tuesta voi olla oppimiseen ja käyttäytymisterapiaan perustuvaa toimintaa, joissa keskitytään ongelmista pois oppimiseen ja konfliktitilanteiden hallintaan. Psykoterapeuttinen tuki edellyttää erityiskoulutusta. Niihin perehtyneiden ammattilaisten kanssa voidaan käydä läpi esim. koettuja traumoja, menetyksiä tai saada perheterapiaa. Terapiat ovat usein pitkäkestoisia ja edellyttävät kohtuullisen hyvää psyykkistä kuntoa, koska esiin tulevat asiat ovat raskaita läpikäydä ja työstää. Yleensä asiakkaalle nimetään oma hoitaja, joka on kuntoutuksen tukihenkilönä. Merkittävää on, että kuntoutus on säännöllistä, sitoutunutta ja tavoitteellista. Tavoitteita ja keinoja tarkastellaan sopivin väliajoin. Salaspuron (2007) mukaan on pystytty osoittamaan erilaisten psykososiaalisten hoitomuotojen parantavan korvaushoidossa olevien elämänlaatua, kun mittareina on käytetty työkykyä, rikollisuutta, psyykkistä vointia sekä lääkeannosta. Riippumatta siitä, missä päihteitä käyttävän äidin kuntoutus ja hoito tapahtuu, se on aina yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. Useimmat opioidiriippuvaiset tulevat äidit ohjautuvat korvaushoitoon, missä on hyvät mahdollisuudet seurata äidin vointia ja päihdekäyttäytymistä päivittäin. Korvaushoidon henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä muiden asiakasta hoitavien tahojen kanssa, ennen kaikkea avopuolen oman hoitajan ja lastensuojelun.

Hoitohenkilökunnan päätöksenteon ja paikallisten hoitolinjausten tukena käytetään Käypä Hoito -suosituksia, jotka on laajan asiantuntijajoukon laatimia. Ne perustuvat tutkimusnäyttöön ja ennen julkaisua ne on käytetty sidosryhmien lausunnolla. Niiden taustalla on Suomalainen lääkäriseura Duodecim sekä erikoislääkäriyhdistyksiä. Taustaorganisaationa toimii Guidelines International Network, joka on hoitosuositusorganisaatioiden yhteistyöjärjestö. Suositukset antavat ohjeistuksen ja toimintamallin raskauden havaitsemisesta synnytyksen jälkeiseen jatkohoitoon asti. (Käypä Hoito 2012.)

Korvaushoidossa käytettävä lääkitys

Korvaushoidossa on Suomessa käytössä metadoni tai buprenorfiini (Subutex tai Suboxone). Metadoni on nestemäinen lääkeaine, joka nautitaan suun kautta veden tai mehun kanssa. Buprenorfiinin annetaan liueta suussa kielen alla, mistä vaikuttava aine imeytyy elimistöön. Korvaushoitolääkkeiden

lisäksi monella asiakkaalla on käytössä muitakin lääkityksiä, joista tässä käsittelem vain bentsodiatsepiineja.

Strengell ym. (2005, 397) ovat artikkelissaan todenneet, että aloitettaessa buprenorfiinikorvaushoito äidille, joka on jo buprenorfiinista riippuvainen, vähennetään lääkeaineen vaihdosta aiheutuvaa stressiä sikiölle. Tutkimuksen mukaan asiakkaan sitoutuminen on helpompaa käytettäessä elimistölle tuttua lääkeainetta ja vastasyntyneen vieroitusoireet ovat lievempiä kuin metadonia käytettäessä. Teratogeenisiä (sikiövaurioita aiheuttavia) vaikutuksia ei ole voitu varmuudella sulkea pois. Tutkimuksessa painotetaan raskauden ehkäisyn merkitystä, mutta mikäli raskaus on alkanut ja se on päätetty viedä loppuun, on lääkeaine valittava yksilöllisesti ja etsittävä pienin mahdollinen annos, millä äiti tulee toimeen. Artikkelin ilmestymisen aikoihin (2005) buprenorfiinista on ollut käytössä vähemmän tutkitua näyttöä kuin metadonista.

Suomessa on useimmiten valikoitunut raskaana olevien lääkeaineeksi buprenorfiini, mutta mikäli päädytään käyttämään metadonia asiakkaan huumehistorian perusteella, on huomioitava mahdollisuus siirtyä ennen synnytystä buprenorfiiniin syntyvän lapsen vieroitusoireita ajatellen. Buprenorfiinin käyttö on vakiintuneempaa, koska katsotaan sen olevan turvallisempaa sikiön kannalta. Sitä on Suomessa korvaushoidossa käytössä naloksonilla sekä ilman. Naloksonin on katsottu vähentävän buprenorfiinin väärinkäyttöä hoidon aikana sen mielihyvää leikkaavan vaikutuksen vuoksi. Raskaana oleville annetaan kuitenkin yleensä puhdasta buprenorfiinia, koska se katsotaan sikiölle turvallisemmaksi. Buprenorfiini imeytyy äidinmaitoon.

Mikäli äiti on ollut buprenorfiinilääkityksellä metadonin sijaan loppuraskauden ajan, syntyvän lapsen vieroitusoireet ovat olleet lievempiä. Suosituksissa viitataan myös ranskalaisen C. Lejeunen (2001) tekemään tutkimukseen, joka raportoi Metadonille altistuneiden vauvojen suuremmasta riskistä syntyä ennenaikaisesti (18 %) kuin buprenorfiinille altistuneet (9 %). (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 612.)

Dashe ym. (2002, 1246–1247) ovat todenneet metadonin kulkeutuvan helposti istukan läpi sikiöön ja aiheuttavan riskejä sekä sikiölle että raskaudelle. Tutkimus osoittaa metadonin seerumipitoisuuden korreloivan suoraan vauvalla ilmenevien vieroitusoireiden kanssa: mitä enemmän äiti on käyttänyt metadonia, sitä pahemmin vauva oireilee. Mikäli äiti on heroininikäyttäjä, hänen ja lapsen ennusteensa voi parantua metadon-hoidolla. Tämä edellyttää, ettei mukana ole sekakäyttöä, mikä on tavallista. Toiset tutkimukset ovat tukeneet samantyyppistä näkemystä buprenorfiinin kohdalla: vieroitusoireiden laajuus ja voimakkuus korreloi käytetyn buprenorfiiniannoksen mukaan

Usein päihteidenkäyttöön liittyvät myös bentsodiatsepiinit. Niiden on todettu vaikuttavan raskauteen ja sikiöön epäsuotuisasti. Joskus äidille

joudutaan lääkitystä antamaan psyykkistä voinnin parantamiseksi. Oikein käytettynä ei ole havaittu suuria riskejä synnynnäisille epämuodostumille. Pitkällinen käyttö voi sen sijaan hidastaa sikiön kasvua ja aivojen kehittymistä. Huolena on, että myöhemmin näillä lapsilla ilmenee lisääntyntä ongelmallisuutta keskittymiskyvyssä, yliaktiivisuutta, oppimisvaikeuksia sekä autistisia häiriöitä. Säännöllinen käyttö raskauden loppuvaiheessa voi aiheuttaa komplikaatioita vastasyntyneissä, jotka voivat ilmetä vasta parinkin viikon kuluttua lapsen metaboloitessa bentsodiatsepiineja hitaasti. Pitoisuuksien ollessa korkealla oireilu voi näkyä lapsen velttoutena, ylirauhallisuutena ja imemisongelmina. Vieroitusoireiden alkaessa lapsi muuttuu ylikiihtyneeksi, itkee kimeästi ja imeminen voi edelleen olla vaikeaa. (Ashton 2002, 16.)

Yleisesti bentsodiatsepiineilla on viisi pääominaisuutta, joilla on hoidollista merkitystä: ne toimivat anksiolyyttinä (lievittää ahdistuneisuutta), unilääkkeenä, relaksanttina, antikonvulsanttina (lopettaa epileptisiä kouristuskohtauksia) sekä amnesialääkkeenä (rauhottava vaikutus ennen pieniä operaatioita). Lyhytaikaisessa käytössä (2–4 viikkoa) hoitovaste voi olla positiivinen, mutta mikäli käyttöajat pitenevät, esiin tulevat niiden käyttöön liittyvät haitat. Useille tulee sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. Sivuvaikutuksina voi olla ylirauhoittuminen, joka ilmenee horroksenomaisena tilana. Keskittymiskyky ja lihasten hallinta heikkenevät, voi esiintyä huimasta ja hajamielisyttä. Seuraavana päivänä voi olla ”krapulainen” olo. Ne voivat aiheuttaa myös paradoksaalista piristymistä, joka voi näkyä lisääntyneenä ahdistuneisuutena, unettomuutena, painajaisina, ärtyneisyytenä ja aggressiivisuutena sekä epileptisten kohtausten pahenemisena. Lääkkeen vaikutus tehostuu, mikäli otetaan muita rauhoittavia lääkkeitä/aineita samanaikaisesti, esim. opiaatteja tai alkoholia. Yhteisvaikutus voi olla tällöin hengenvaarallinen. Niiden on todettu aiheuttavan myös muistin heikkenemistä, masennusta ja tunteiden tylsistymistä. Lääke aiheuttaa myös riippuvuutta ja sietokyvyn kehittymistä. (Ashton 2002, 9–10.)

Myös niiden päihdekäyttö on yleistä joko muiden lääkeaineiden tai päihdeiden kanssa. Bentsodiatsepiinit sekä korostavat muiden aineiden vaikutusta että lieventävät vieroitusoireita. Fyysisten ja psyykkisten oireiden lisäksi bentsodiatsepiinien pitkittynyt käyttö aiheuttaa runsaasti sosioekonomisia vaikutuksia (Ashton 2002, 12–18.) Salaspuro (2007) on maininnut vieroitusoireina lisäksi paniikki- ja pelkotilat, realiteettien hämärtyminen ja epätodellisuuden tunnun, ruokahaluttomuuden, pahoinvoinnin, kivut, vapinan ja huimauksen, sydän- ja vatsaoireet, metallin maun suussa, ihotunteukset, ääniherkkyyden, ”flunssankaltaisen olotilan”, kosketusherkkyyden ja kouristukset.

Korvaushoidossa pyritään löytämään lääkitystaso, joka on mahdollisimman pieni, mutta auttaa äitiä kuitenkin selviämään. Monella on kuitenkin tavoitteet muualla kuin päihdeettömässä elämässä ja silloin korvaushoidos-

ta pyritään vain saamaan ilmaista lisälääkitystä. Hoidon ja hoidettavan tavoitteet eivät kohtaa, ja tästä väistämättä seuraa ongelmia hoidon kulkuun. Asiakkaiden on välillä vaikea ymmärtää, että suurinta hyötyä ei aina saavuteta suurimmalla mahdollisella annoksella. Usein oma etu ajaa sikiön edun edelle ja hoitava henkilöstö joutuu tätä ristiriitaa perustelemaan asiakkaalle.

Seuranta korvaushoitopoliklinikalla

Korvaushoitopoliklinikalla tehdään jatkuvaa kliinistä seurantaasiakkaan hyvinvoinnista ja mahdollisesta päihtymystilasta. Asiakkaan olemusta ja käyttäytymistä sekä pupilleja tarkkaillaan. Mikäli kliininen havainnointi antaa aiheita epäillä päihtymystä tai krapulaa, asiaa varmennetaan asiaan kuuluvin testeillä, puhalluskokein sekä tarkkailemalla pistojälkiä. Lääkkeen-antokäytännöt korvaushoitopoliklinikoilla vaihtelevat, yleensä päihtyneelle ei anneta korvaushoitolääkettä tai ainakin annos puolitetaan turvallisuuskäytännön vuoksi.

Kliininen havainnointi korvaushoidossa tarkoittaa asiakkaan ulkoisen olemuksen muutoksien ja käytöksen seuraamista. Havainnointia tehdään silmämääräisesti (haparointi, epävarmuus, pupillien epänormaali koko, nuokahtelu), jututtamalla asiakasta (orientoituminen aikaan ja paikkaan, epäadekvaatti puhetapa), seuraamalla käyttäytymistä sekä hyväksikäyttämällä muita aisteja (esim. voimakas alkoholin tai kannabiksen haju).

Huumetestit kuuluvat korvaushoitoon ja allekirjoittaessaan hoitosopimuksen potilas antaa luvan niiden ottamiseen. Testejä pyritään tekemään säännöllisesti niin, ettei asiakas kykene ennakoimaan tulevaa testiä. Huume- testeillä on merkitystä hoitotulosten seuraamisessa. Poliklinikoilla tehtävät huume- testit ovat yleensä virtsasta tai syljestä otettavia pikatestejä, joita voidaan tarvittaessa lähettää eteenpäin varmistukseen sopimuslaboratorioon. Varmistuksissa voidaan näytteistä löytää myös aineita, joita ei pikatesteissä näy. Pikatestit eivät kerro nautitun aineen määrää tai nauttimisajankohtaa. Huumeiden puoliintumisajat vaihtelevat runsaasti ja syljestä otettu näyte kertoo lyhyemmällä aikavälillä otetusta huumeesta. Yleensä poliklinikoilla ei oteta verinäytteitä huumejäämien havaitsemiseksi, vaan silloin asiakas on tavallisesti virkavallan kehotuksesta toimitettu terveyskeskukseen tai muuhun laboratorioon testien saamiseksi.

Huumetestausta suorittavan tulee olla hyvin perehtynyt testin ottamisen käytäntöihin ja testaustilanteessa asiakasta on valvottava, ettei seulatuloista manipuloida millään tavoin. Huumeseulonta on kaksivaiheinen. Seulonta, ensivaiheen analysointi, joista positiiviset tulokset varmistetaan spesifisellä varmistusmenetelmällä, yleisimmin massaspektrometrisellä

menetelmällä. Ensivaiheen analyysyjä tehdään myös niin sanotuilla pikatesteillä, joilla saadaan muutaman minuutin sisällä testitulos. Seulatestejä on yhden aineen testeistä useampaan, joten mikäli tarvetta on laajempaan huumeeseulontaan, lähetetään tällöin näyte analysoitavaksi akkreditoituun laboratorioon. Huumeeseulonnan tuloksiin vaikuttavat myös edellisestä huumaus- tai lääkeaineenkäyttökerrasta kulunut aika ja käytetyn aineen määrästä. Aineiden toteamisessa seuloissa käytön jälkeen on myös eri pituisia aikoja eli täysin varmasti ei seulonnoilla voida lääke- ja huumeikäyttöä todeta (Seppälä 2012, 54–57).

Asiakkaiden alkoholinkäyttöä seurataan poliklinikalla puhalluttamalla alkometriin. Alkoholilla yhdessä käytettynä Metadonin kanssa voi aiheuttaa hengityslamaa. Metadonin ja alkoholin yhteiskäyttöä pidetään vaarallisempaan kuin alkoholin ja buprenorfiinin. Myrkytysriski on kuitenkin olemassa myös käytettäessä buprenorfiinia ja alkoholia. (Salaspuro & Holopainen 2005.) Alkoholin suhteen useimmilla korvaushoitopoliklinikoilla noudatetaan nollatoleranssia: mikäli asiakkaalla todetaan alkoholia elimistössä joko puhalluttamalla tai kliinisesti havainnoiden, korvaushoitolääkeannosta ei anneta asiakkaan turvallisen hoidon takaamiseksi.

Testien lisäksi asiakkaiden pistosjälkiä valvotaan. Ajoittain on tarkastettava sekä kädet että jalat ja mahdolliset muut pistopaikat. Luvallisiin pistojälkiin (laboratoriokoheet, nesteytys) vaaditaan yleensä todistus, missä käy ilmi pistoaika ja -paikka(paikat) sekä kuinka monta kertaa on jouduttu pistämään. Asiakkaiden suonet ovat usein niin huonossa kunnossa, että laboratoriossa joudutaan yrittämään useita kertoja, ennen kuin suoni löytyy ja tämän vuoksi joudutaan käyttämään epätavallisia paikkoja, kuten kämmenselän ja peukalon välistä aluetta, jalkoja tai nivusia.

Jatkuvan seurannan alla oleminen on ymmärrettävästi korvaushoitoasiakkaalle henkisesti kuormittavaa ja odottavia äitejä tarkkaillaan tavallista enemmän. Useimmat odottavat korvaushoitoäidit kuitenkin ymmärtävät, miksi seuranta on niin tiivistä. Jotkut haluavat ”näyttää” kykenevänsä olemaan ilman päihteitä, kaikilta se ei valitettavasti onnistu. Korvaushoito pitää tiivistä yhteyttä asiakkaan avohoitajaan, ja sinne menee myös tieto mahdollisesta päihteidenkäytöstä. Mikäli asiakkaasta on jo tehty ennakoiva lastensuojeluilmoitus, ollaan yhteydessä myös lastensuojeluun.

Huumeongelmainen äiti ja vauva

Huumeita käyttävän äidin vauvan hoitoon liittyy aina erityistekijöitä jo sairaalavaiheessa. Lapsi viedään välittömästi tehohoitoon, jossa aloitetaan lääkitys vieroitusoireiden lievittämiseksi. Äiti joutuu yhdessä hoitavan lääkärin kanssa pohtimaan imettämisen mahdollisuutta, mikäli sitä haluaa. Vaikka

korvaushoito yksin ei ole este imetykselle, voivat muut seikat sen estää. Äidin korvaushoito jatkuu synnytyksestä huolimatta ja niiden ensimmäisten viikkojen aikana, kun lapsi on sairaalassa, on korvaushoidon työntekijällä mahdollisuus käydä läpi äidin kanssa lapsesta heränneitä ajatuksia ja tukea äitiyttä.

Kun epäilyttävästi oireileva, huumeongelmaiseksi tiedetyn tai korvaushoidossa olevan äidin lapsi on syntynyt, vauvalta otetaan mekoniumnäyte (lapsenpihka, vastasyntyneen ensimmäinen uloste), josta voidaan analysoida lapsen mahdollisesti joutuneita huumeita tai lääkkeitä. Testiin voidaan käyttää myös tavallista virtsatestiä tai hiuksesta otettua näytettä, mutta on todettu mekoniumnäytteen olevan luotettavin. (Bar-Oz ym. 2003, 98–100.) Mikäli äidin huumeidenkäyttö loppuraskauden aikana on tiedossa tai että hän on korvaushoidossa, vauvaa pidetään vähintään viisi vuorokautta tehohoidossa mahdollisten vieroitusoireiden havaitsemiseksi. Hoito määräytyy tämän jälkeen oireenmukaisena vieroitusoireiden hoitona. Mikäli vauva on vieroitusoireinen ja altistunut opoideille, kuten korvaushoidossa olevien äitien lapset ovat, aloitetaan yleensä morfiinimikstuurahoito, jonka annostusta säädellään vauvan oireilujen mukaan. Hoidolla nopeutetaan syntymäpainon saavuttamista ja helpotetaan oireita. Hoito pidentää vauvan sairaalajaksoa. Myös muita lääkityksiä on käytössä, mikäli vauva on altistunut muille huumeille kuin opiaateille. (Vastasyntyneen vieroitusoireiden hoito 2012).

Korvaushoidossa olevat äidit joutuvat pohtimaan mahdollisuuksiaan imettää lastaan. Jo pitkään on tiedetty imetyksen olevan paitsi paras tapa ruokkia lasta, mikäli äiti on päihteetön ja muuten esteetön imettämään. Imetys on psykologisesti merkittävä tapahtuma. Siinä lapsi tulee lähelle, iholle, ja miltei väistämättä lapseen syntyy katsekontakti. Tämä vahvistaa luonnollista, kiinteää yhteyttä ja luo perustaa äiti–lapsi-suhteelle. Imettäminen ei kuitenkaan aina ole suotavaa ja suhdetta lapseen on luotava silloin tekemällä ruokintahetkistä muulla tavoin läheisiä: pitämällä sylissä, ottamalla katsekontaktia ja juttelemalla lapselle sekä tekemällä yhteisestä hetkestä mahdollisimman miellyttävän ja kiireettömän. (Hermanson 2008.) Monet haluavat imettää, koska kokevat sen lujittavan suhdetta lapseen. Imettäminen ei aina ole suositeltavaa riippuen äidin nykyisestä elämäntilanteesta, mahdollisesta päihteidenkäytöstä, taustalla olevista sairauksista sekä muusta käytössä olevasta lääkityksestä.

Mikäli on oletettavissa, että äidin epäsäännöllinen elämäntilanne jatkuu edelleen synnytyksen jälkeen ja siihen liittyy huumeiden- tai alkoholin käyttöä, imetystä ei suositella. Riskinä on tuolloin, että vauvaan kulkeutuvat äidin käyttämät päihteet rintaruokinnan yhteydessä ja lapsi joutuu alttiiksi sekä päihteiden vaikutuksille sekä vieroitusoireille.

Useimmilla korvaushoidossa olevilla äideillä on todettu C-hepatiitti, joka tarttuu ensisijaisesti veren välityksellä. Syntyvä lapsi on vaarassa saa-

da tartunnan synnytyksen yhteydessä. Rintaruokintaan ei tutkimuksen mukaan ole estettä. (Yeung ym. 2001, 225.) Sen sijaan äitejä, jotka ovat HIV-positiivisia, kehoitetaan välttämään imetystä, mutta se ei ole este muuten hoivata ja helliä lasta. HIV:n toteaminen äidillä ei muuta äidin oikeuksia tai velvollisuuksia suhteessa lapseensa. Halutessaan C-hepatiittiposiitivinen, mutta HIV-negatiivinen äiti voi siis rintaruokkia lastaan. (Read 2004, 2156, 2162–2163; Vartti 2004.)

Korvaushoitolääkkeenä käytetään raskauden aikana yleensä buprenorfiinia, jossa ei ole naloksonia (jatkossa Subutex) antagonistina (estää toisen reseptoriin kiinnittyvän aineen vaikutusta) ehkäisemässä väärinkäyttöä. Puhtaan buprenorfiinin katsotaan olevan sikiölle turvallisempaa ja mikäli äidillä on edellytykset imettää, hoito jatkuu Subutexilla imetyksen ajan. Mikäli äiti ei imetä, lääkitys vaihdetaan yleensä takaisin buprenorfiini/naloksoni-valmisteeseen (Suboxone) tai metadoniin.

Joskus korvaushoidossa olevilla äideillä on käytössään myös PKV-lääkkeitä, erityisesti bentsodiatsepiineja, joskus hoitoon sovittuna, mutta usein myös ilman päihdehoidosta vastaavan lääkärin määräystä. Bentsodiatsepiinit erittyvät äidinmaitoon, mutta pitoisuudet ovat melko alhaisia. Mikäli käyttö on pitkäaikaista ja/tai annokset suuria, vauvassa voi esiintyä uneliaisuutta, velttoutta ja painon alenemista. Bentsodiatsepiinien käytössä tulee pyrkiä lyhytaikaiseen, mahdollisimman pieneen vaikuttavan annokseen ja mieluiten valikoitava vaikuttavaksi aineeksi sellainen, jolla on lyhyt puoliintumisaika (ts. poistuu elimistöstä nopeammin). Lapsen vointia on seurattava tarkasti. (Huttunen 2008b.)

Lapsen kotiutus on iso asia kaikille osapuolille ja siihen liittyy monia tekijöitä, joista osa hoidetaan jo sairaalassa, osa jää muiden viranomaisten vastuulle. Ennen vastasyntyneen kotiutusta on varmistettava hoidon ja tuen jatkuvuus myös laitosten ulkopuolella. Yksi ennen kotiuttamista hoidettava asia on vauvan rokottaminen. Hepatiitti B on HBV viruksen aiheuttama maksatulehdus, joka voi tarttua lapseen synnytyksen tai imetyksen yhteydessä. Äiti saa yleensä tartunnan likaisista neuloista, mutta kontaminaatio voi tapahtua myös eritteiden välityksellä. Lapsi voi jäädä taudin kantajaksi. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos ohjeistaa rokottamaan huumeäidin vauvan kertaalleen B-hepatiittia vastaan ennen kotiuttamista. Rokotesarjaan kuuluu kolme rokotetta ja se on ilmainen hepatiitti B:n kantajan perheenjäsenille sekä suonensisäisten huumeiden käyttäjille ja heidän lähimmilleen. (Hepatiitti B 2012.)

Kotiuttamisvaiheessa tarvitaan kaikkien äidin ja hänen vauvansa hoitoon ja tukemiseen osallistuvien hoitoneuvottelua, jossa käydään läpi äidin ja perheen tosiasiallinen tilanne sekä vauvan kunto. Neuvottelun tarkoituksena on turvata mahdollisimman joustavasti tapahtuva siirto seuraavaan hoitopaikkaan tai kotiin ja saumattoman yhteistyön vahvistaminen.

Korvaushoito yleensä jatkuu riippumatta, mihin äiti lapsineen sijoittuu. On myös olemassa hoitolaitoksia, jotka ovat täysin lääkkeettömiä.

Lapsen sijoittuminen riippuu äidin (ja isän) päihdetilanteesta sekä kyvystä huolehtia uudesta tulokkaasta. Lapsi voi siirtyä sairaalajakson loputtua joko lastensuojelun tukitoimien avustamana kotiin tai päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneeseen Ensikotiin, joka tarjoaa pitkäjänteistä, varhaista tukea ja hoitoa sekä odottaville äideille että päihdekuntoutusta tarvitseville vauvaperheille.

Vauvaperhe tarvitsee riittävää tukea vauvan syntymän jälkeen tilanteeseensa, jotta mahdollisesti raskausaikana saavutettu päihteettömyys voisi jatkua ja kenties muuttua myöhemmin raittiudeksi. Raskausaika voi olla suoja sille, ettei äiti käytä päihteitä sen jälkeen kun on saanut tietää olevansa raskaana. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö riippuvuus käytettyyn päihteeseen voisi säilyä ja käyttö alkaa uudelleen vauvan syntymän jälkeen.

Satu Kivitie-Kallion ym. (2012, 198) mukaan vanhempien päihteiden käytöllä on aina vaikutuksia koko perheen, erityisesti lasten elämään. Vaikutukset riippuvat päihteiden käytön säännöllisyydestä, riippuvuuden asteesta, käytetyistä aineista, sekä mahdollisista muista ongelmista, kuten mielenterveyshäiriöistä ja perheväkivallasta, jotka ovat voineet pahentua päihderiippuvuuden myötä. Päihderiippuvuudella on suuri merkitys siihen, että lapsen osaksi jää tärkeysjärjestyksessä toisena oleminen päihteiden loistaessa ensimmäisellä sijalla aikuisen mielessä. (Barnard 2006, 64–65.)

Päihteitä käyttävässä perheessä lapsen hoitaminen tapahtuu harvoin ennustettavasti, lapselle turvaa luovien rutiinien mukaisesti. Vanhempi ei pysty päihteiden käytöstään johtuen säätelemään omaa toimintaansa, mikä vaikuttaa lapsen huomioimisen tasoon vaihtelevasti. (Kivitie–Kallio 2012, 199). Pekka Tuomola (2012, 149) kuvaa vanhemman käytöksen ja tunnetilojen ennustamattomuuden johtavan perheen sisäisen vuorovaikutuksen vähäisyyteen. Lapsi ei saa tukea tunteidensa säätelyyn, koska vanhempi ei niitä huomaa oman päihteiden käytöstä johtuvan poissaolevuutensa vuoksi.

Vanhemman sensitiivisyys ja lapsen tunnetilojen oikea-aikainen tulkitseminen, havainnointi ja ennakointi, sekä niihin reagoiminen on lapsen kasvun ja kehityksen, vauvan ja vanhemman välille syntyvän vuorovaikutuksen, sekä kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta välttämättömiä. (Nätkin 2011, 121–122.) Lapsen ensimmäinen elinvuosi on erityisen tärkeä lapsen kehityksen, sekä kiintymyssuhteen kehittymisen kannalta. Satu Kivitie-Kallio ym. (2012, 206) mainitsevatkin lapsen ensimmäisen vuoden tapahtumilla olevan ratkaiseva merkitys lapsen myöhemmälle elämälle.

Vanhempien päihteiden käytön jatkuessa lapsi altistuu väkivallalle, heitteillejätölle ja kaltoin kohtelulle. (Tuomola 2012, 149; Barnard 2006, 16.) Nämä voivat tapahtua sekä vanhemman päihteiden käytöstä johtuvien emotionaalisten vajeiden, mutta myös muiden käyttäjien taholta etenkin, jos kotona käy muita käyttäjiä tai lapsi otetaan mukaan paikkoihin, jossa

päihteitä käytetään väärin. Voi myös olla, että lasta pidetään vanhempien taholta ikäistään kehittyneempänä, jolloin lapselta odotetaan taitoja ja ilmaisutapoja, joita hän ei vielä voi osata. Vauva ja hänen tarpeensa eivät pysy päihderiippuvaisen vanhemman mielessä päihteiden käytön, tai seuraavan annoksen saamisen viedessä suurimman osan vanhemman aikaa ja huomiota. Päihderiippuvaisten vanhempien lapset ovat vaarassa altistua monille psykososiaalisille ongelmille, jotka vaikuttavat myös heidän myöhempään elämäänsä negatiivisesti. (Barnard 2006, 19.)

Eräs tukimuoto on Pidä kiinni -hoitojärjestelmä, jossa yhdistyy sekä lastensuojelun sosiaalityö että päihdekuntoutus. Mikäli päihdehoito ei tapahdu Ensikodeissa, äidit käyvät korvaushoidossa Ensikodilta käsin. (Andersson 2005.) Tutkimuksen mukaan ensikotihoidon vasteessa on ollut merkittäviä eroja päihdeäitien kesken. Lähtötilanteesta ei ole voitu tehdä päätelmiä jakson onnistumisen suhteen, sen sijaan on havaittu äidin/vanhemman mentalisaatiokyvyn (kyky ennakoida omia ja toisen reaktioita sekä säädellä omia tunnetilojaan) olevan keskeinen tekijä. Hyvän mentalisaatiokyvyn omaava äiti kykenee paremmin vastaamaan vauvansa reaktioihin ja näkee erilaiset tunteet ja kokemukset arkipäivän elämässä. Tätä pyritään vahvistamaan sekä avo- että laitoshoidossa. (Pajulo 2008, 2851; Larmo 2010, 616.)

Varsinaisia päihteitä käyttäville äideille ja heidän vastasyntyneille vauvoilleen tarkoitettuja hoitopaikkoja on Suomessa vähän. Käytännössä ne rajoittuvat juuri Ensi- ja turvakotien liiton päihde-ensikoteihin. Vastaavia laitoksia on Suomessa yhteensä kuusi kappaletta. Nämä yksiköt keskittyvät raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden päihdeongelmien hoitamiseen. Täten asiakaskunta on pääosin nuoria naisia, joilla on huumeongelma. Lisäksi Ensi- ja turvakotien liitolla on ympäri Suomea 11 ensikotia ja 14 turvakotia. Ensikodeissa syntymän jälkeen vahvistetaan äidin positiivisia kokemuksia vauvastaan, yhdessä olosta ja itsestään äitinä. Tätä kautta on mahdollista ehkäistä vuorovaikutuksen vääristymiä ja häiriöitä. (Kallund & Pajulo 2008, 187.)

Vauvan pääsy sairaalasta vaikuttaa korvaushoittoon. Useimmiten korvaushoitoäidin lapsi ei mene suoraan kotiin, vaan esimerkiksi Ensikodille, mikäli edellytyksiä lapsen ja äidin yhteiselolle on eikä huostaanottoa tehdä kotiutumisvaiheessa. Hoitohenkilökunnan tulee olla selvillä vauvan tilanteesta voidakseen tehdä yhteistyötä lastensuojelun kanssa. Korvaushoidossa äitiä nähdään tavallisesti päivittäin, jolloin voinnin seuranta sekä mahdollinen päihteidenkäytön havainnointi on jatkuvaa. Keinoina ovat kliininen havainnointi, puhallustestit, pistojälkien tarkastaminen sekä virtsasta tehtävät huumeeseulat, jotka voidaan tarpeen mukaan lähettää tarkempaan analyysiin ja varmistukseen. Mikäli testit osoittavat äidin käyttävän jotakin lääkitykseen kuulumatonta, asia on välittömästi ilmoitettava lastensuojeluun, koska tällöin on aihetta epäillä päihdehakuksen elämän jatkuvan. Käy-

pä Hoito -suosituksissa (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 612) kehoitetaan myös seuraamaan äiti–lapsi-suhteen kehittymistä, arvioimaan vanhemmuutta sekä kannustamaan varhaiseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa.

Edellä mainitut asiat ovat merkittäviä lapsen ja äidin hyvinvoinnin kannalta ja tavoitteena on saada uudelle lapselle mahdollisimman turvattu ja normaali alku elämälle. Kuntoutusjaksoja saattaa olla useita lapsen päästyä pois sairaalasta. Korvaushoidossa tuetaan tuoretta äitiä uudessa roolissaan, mutta on oltava myös rohkeutta puhua huolestuttavista asioista ääneen ja tarpeen vaatiessa ottaa yhteyttä lastensuojeluun.

Yhteistyö lastensuojelun sosiaalityön ja muiden organisaatioiden kanssa

Lastensuojelulain (Laki Lastensuojelulain muuttamisesta 88/2010) mukaan on viranomaisen tehtävä ennakoiva lastensuojeluilmoitus, mikäli on odotettavissa, että lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Varsinainen lastensuojeluasiakkuus alkaa kuitenkin vasta lapsen syntymän jälkeen. Ennakoivan lastensuojeluilmoituksen voi tehdä korvaushoitopoliklinikan henkilökunta, neuvola, terveysasema tai kuka tahansa viranomainen, joka kantaa huolta tulevasta lapsesta.

Hoitotahon on erittäin tärkeää tehdä yhteistyötä lastensuojeluviranomaisten kanssa äitiä ja lasta koskevista asioista. Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset. Lastensuojeluviranomaiset perustavat päätökset omiin havainnointeihinsa, muilta viranomaisilta saamiinsa tietoihin sekä muualta tulleisiin lastensuojeluilmoituksiin. Päätöksenteossa muilta viranomaisilta tullut tieto on merkittävässä asemassa. Korvaushoidon henkilökunta tekee yhteistyötä lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden kanssa seuraamalla äidin vointia ja ilmoittamalla lastensuojeluun välittömästi havaittuaan jotakin hälyttävää, vaikka kyse ei olisikaan varsinaisesta lastensuojeluilmoituksesta. Yleensä järjestetään yhteisiä palaverieja sekä ennen että jälkeen synnytyksen, jotta kaikilla yhteistyökumppaneille on selvää, mikä perheen tilanne on ja minkälaisiin toimenpiteisiin on kussakin yksikössä varauduttava.

Lastensuojelun tiedonsaantia säätelee ns. asiakaslaki. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812). Laki (20 §) määrittelee velvollisuuden antaa sosiaalihuollon viranomaiselle yleensä salassa pidettäviä tietoja. Annettavaksi määritellään niitä tietoja, jotka voivat vaikuttaa sosiaalitoimen päätöksentekoon sekä tiedot, jotka ovat tarpeen sosiaalihuollon asiakkuuden tarpeen selvittämiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi sekä tarkistamista varten. Tosiasiallista toimintaa taas määrittää Lastensuojelulaki (417/2007). Laki määrää kenen tahansa viranomaisen, jolle herää huoli lapsen turvallisuudesta tai hoidosta, kehitysolosuhteista

tai lapsen omasta käyttäytymisestä, tekemään lastensuojeluilmoituksen tai pyynnön lastensuojelutarpeen arvioinnista.

Jo aiemmin mainittu ennakkollinen lastensuojeluilmoitus tehdään silloin, kun on perusteltua epäillä, että lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia jollakin tavalla heti syntymänsä jälkeen. Ennakoivan lastensuojeluilmoituksen voivat tehdä samat viranomaiset, kuin tavallisenkin ilmoituksen. Ilmoitus tehdään yleensä sosiaalipäivystykseen, josta menee ilmoitus lastensuojeluun. Ilmoittajalla tulee kuitenkin olla varmaa tietoa äidin niin vakavasta ongelmasta (päihde- tai mielenterveysongelma), että lapsen kotiuttaminen ilman lastensuojelun tukitoimia vaarantaa lapsen terveyden. Lapseen voi kohdistua esim. fyysistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä tai fyysistä ja/tai emotionaalista laiminlyöntiä. (Oranen 2011, 7.)

Mikäli lapsen äiti saa esimerkiksi päihdehuollon laitospalvelua, on lapselle tuolloin taattava riittävä hoito. Ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tarkoituksena on varmistaa, että äiti saa raskauden aikana kaiken tarvitsemansa tuen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Raskauden aikana myös aloitetaan valmistelut mahdollisesti tarvittaviin tukitoimiin vauvan synnyttyä. Missään nimessä vauvan kustannuksella ei kuitenkaan voi tehdä ”selviytymiskokeita”. (Oranen 2011, 1–6.)

Yhteistyökumppaneita ennen lapsen syntymää voivat olla päihdehuollon avokuntoutus, terveyskeskus, mielenterveyspalvelut sekä äitiä hoitava neuvola. Lisäksi äidillä voi olla suhteita kolmanteen sektorin toimijoihin (seurakunnat, kuntoutumispalveluja tarjoavat ja organisoivat yksiköt, NA-kerhot jne.), jotka haluavat olla mukana äitiä koskevissa tapaamisissa. Kolmas sektori edustaa äidille usein helpommin lähestyttävää, vähemmän viranomaistyylistä organisaatiota. Lastensuojelun sosiaalityö toimii kuitenkin yleensä koordinoivana tahona ja organisoii tapaamiset ja tiedonkeruun.

Korvaushoidon rooli tietoa antavana yksikkönä perustuu tiiviiseen kontaktiin asiakkaan kanssa. Kohtaamisia on useita kertoja viikossa tai jopa päivittäin, jolloin korvaushoitopoliklinikan henkilökunta oppii tuntemaan asiakkaansa niin hyvin, että he pystyvät havaitsemaan muutoksen asiakkaan käytöksessä ja/tai olemuksessa varhaisessa vaiheessa. Yleensä muutos tarkoittaa, että asiakkaan elämässä on tapahtunut jotakin ja henkilökunnan ammattitaidon varaan jää selvittää, mistä on kyse.

Tiedonantajan roolin lisäksi korvaushoidon henkilökunnan on asianmukaista osallistua asiakasta koskeviin neuvonpitoihin ja palavereihin. Korvaushoito on hyvin merkittävä tekijä asiakkaan elämässä, joka vie aikaa ja energiaa päivittäin. Henkilökunnalla on asiakkaan voinnista ensikäden tietoa, jota se pystyy jakamaan lastensuojelun kanssa. Erittäin tärkeää kaikille hoitoon osallistuville tahoille on olla tietoinen perheen tilanteesta ja miten perheen kuntoutusta on ajateltu järjestettävän. Palavereissa pyritään tekemään työnjako, jossa kukin viranomainen tietää tehtävä- ja vastuualueensa. Ilman yhteistyötä hoitavien tahojen toiminta on helposti irra-

tionaalista, päällekkäistä, ristiriitaista ja turhauttavaa sekä asiakkaan että auttajatahojen kannalta. Yhteistyöllä pyritään välttämään näitä tilanteita. Hyvän toiminnan takaamiseksi keskusteluyhteyden ja tiedonsaannin on oltava selkeää ja mutkatonta. Hoitavien tahojen on hyvä ajoittain kokoontua yhteen pohtimaan äidin tilannetta.

Huumeongelmaisen perheen tuki ja seuranta

Huolimatta tukitoimista, äidin raskaudenaikainen päihteidenkäyttö ja synnytyksen jälkeen mahdollisesti jatkuva päihdekeskeinen elämä vaarantavat aina lapsen terveyden ja kehityksen. Lapsilla on oltava tehostettu seuranta mahdollisten ongelmien varhaisen havaitsemisen turvaamiseksi. Äiti-lapsisuhteen kehitys voi kärsiä joko äidistä tai lapsesta johtuvista syistä ja lapsi voi olla itkuisuuden tai valvottamisen takia äidille pettymys. Päihdeperheen lapsella on ns. normaaliperheeseen verrattuna suurempi riski joutua fyysisen tai emotionaalisen laiminlyönnin tai kaltoin kohtelun uhriksi. Tarjolla on tukitoimia, joilla pyritään mahdollistamaan yhteiselämä. Tukitoimet eivät kuitenkaan usein riitä, jolloin on harkittava muita vaihtoehtoja.

Opiaattien on todettu aiheuttavan kohonnutta kätkytkuoleman riskiä (Heroini ja opiaatit, n.d.). Vaikka vaikeat neurologiset vammat ovat suhteellisen harvinaisia, on lapsenkehitystä seurattava tarkasti. Lapselle on järjestettävä sekä terveydenhuollon että lastensuojelun tiivis seuranta ongelmien mahdollisimman varhaiseksi havaitsemiseksi. (Huumeet, raskaus ja lapsi 2006, 612.)

Marjukka Pajulon (2003, 1337) mukaan äidin odotusajan huumeidenkäytön vaikutuksia lapsen kehitykseen voi kuvata seuraavasti:

- 1) huumeidenkäytön akuutit ja myöhemmin esiin tulevat keskuhermostovaikutukset liittyvät aivotoimintojen hienosäätöön
- 2) kaikkein pitkäaikaisimmat ja luonteeltaan vakavimmat ongelmat ja seuraukset huumeidenkäytöstä liittyvät heikkoon varhaiseen vuorovaikutukseen ja problematiikkaan lapsen hoito- ja kasvuympäristössä
- 3) sekä fyysiset että psyykkiset vaikutukset vaihtelevat kuitenkin suuresti riippuen lapsen muusta tukiverkosta ja elinolosuhteiden epävakauden laadusta ja kestosta.

Huumeille altistunut vauva voi olla erittäin haasteellinen hoidettava ja tulkittava. Huumeet vaikuttavat aivojen välittäjäaineisiin ja sitä kautta huomiokykyyn, vireystilaan, tunnetilaan sekä toimintakykyyn. Kuitenkin vauvojen aivojen korjauskapasiteetti on varhaisessa vaiheessa suuri ja lopul-

listen vaikutusten suuruus on riippuvainen siitä, miten ympäristö kykenee vastaamaan varhaisen ajan haavoittuvuuteen. Varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä haittaa usein, että sekä äidillä että lapsella voi olla matala ärsytyskynnys, impulssiherkkyyttä sekä ongelmia vastata toisen lähettämiin signaaleihin positiivisella tavalla ja näin taipumusta vetäytyä pois kontaktista. Suhteen syntymistä ei helpota, että vauva on usein itkuinen ja ärtynyt ja vieroitusoireiden vuoksi erittäin hankala saada tyyntymään. Lapsi joutuu jäämään osastolle syntymänsä jälkeen joskus pitkäksikin aikaa, mikä vaikeuttaa kiinteän vuorovaikutussuhteen kehittymistä edelleen.

Äitiä koskevia ongelmallisia tekijöitä ovat oma tai ympäristön päihteiden käyttö, elämäntilan ennustamattomuus, psyykkiset ongelmat, puutteet sosiaalisessa tukiverkostoissa ja sosioekonominen tilanne. Äiti on voinut kokea orastavaa äitiyttä, mutta pettynyt lapsen olleessa vaativa ja itkuinen ja tämä helposti johtaa siihen, että äiti on turhautumiseensa hakenut apua uudelleen päihteistä. Nämä lapset ovat suuressa vaarassa joutua laiminlyöntien tai pahoinpitelyn kohteeksi ja siksi viranomaisten on seurattava tarkasti äiti-lapsi -suhteen kehittymistä ja vauvan hyvinvointia. Suomessa äidin päihdeongelma on erittäin yleinen lastensuojelutoimenpiteiden syy. (Pajulo 2003, 1337–1338.).

Sekä päihdehuolto että muut äidin ja lapsen hoitoon osallistuvat tahot pyrkivät tukemaan äitiyttä ja edistämään mahdollisimman normaaleja elinolosuhteita siinä määrin kuin se on lapsen edun mukaista. Korvaushoidossa pystytään tekemään seurantaa, kontrollia ja tiedonsiirtoa lastensuojeluviranomaisille, mutta sosiaalisessa kuntoutuksessa on paremmat mahdollisuudet pysähtyä pohtimaan enemmän äitiyttä ja sen haasteita.

Lastensuojelun sosiaalityö on koko ajan mukana turvaamassa lapsen hyvinvointia erilaisin tukitoimin. Päihdeäitien lapsista on jo raskausaikana tehty ennakoiva lastensuojeluilmoitus, joka on muuttunut asiakkuudeksi lapsen synnyttyä. Lapselle nimetty vastuusosiaalityöntekijä tekee asiakassuunnitelman yhdessä lapsen huoltajan kanssa. Asiakassuunnitelma sisältää esiin tulleet huolet ja avuntarpeet sekä suunnitellut palvelut ja tukitoimet sekä niiden seurannan. (Kivitie- Kallio & Silvennoinen 2011, 215–216.) Lastensuojelulaki (LsL 2010/1380, § 35–36) listaa lastensuojelun tukitoimina kattavasti toimeentuloon, asumiseen, tukiperheeseen, hoito- ja terapiapalveluihin, perhetyöhön ja vertaisryhmätoimintaan liittyviä asioita. Tukitoimia on hyvin monenlaisia riippuen perheen tilanteesta ja kunnan resursseista järjestää niitä. Mikäli kuitenkin ilmenee, että lapsen turvallisuutta tai kehitystä ei pystytä takaamaan kotioluissa tukitoimien avulla, vaihtoehdoksi jää huostaanotto.

Lastensuojelulaissa määritellään tiukasti huostaanoton kriteerit. Lapsi tulee lain mukaan ottaa huostaan, mikäli hänen terveytensä tai kehityksensä on uhattuna puutteellisen huolenpidon tai kasvuolosuhteiden vuoksi tai mikäli lapsi omalla käyttäytymisellään ne vaarantaa. Ensimmäisessä on

kuitenkin käytettävä avohuollon tukitoimia ja mikäli ne osoittautuvat riittämättömiksi tai sopimattomiksi tai niitä ei ole jostain syystä mahdollista toteuttaa, voidaan alkaa toteuttamaan huostaanottoa. Edelleen on arvioitava, onko huostaanotto ja sijaishuolto lapsen edun mukaista. (LsL 417/2007, § 34, § 40.)

Lapsen seuranta jatkuu siis vielä vuosia sairaalasta pääsyn jälkeen; osalltään seurantaa tekevät neuvolatyöntekijät, jotka havainnoivat lapsen kehittymistä sekä fyysisesti että psyykkisesti, lastensuojelun perhetyöntekijät tarkkailevat tilannetta lapsen kotona ja korvaushoitoa antava tiimi pystyy seuraamaan lapsen ja äidin vointia lääkkeenotossa. Korvaushoidossa nähdään muutokset kummankin hyvinvoinnissa nopeasti, koska tapaamisia on paljon ja asiakkaat opitaan tuntemaan. Tukea ja valvontaa on siis runsaasti tarjolla. Aina ei kuitenkaan tarjottu tuki ole riittävää ja silloin on pohdittava, mikä on lapsen kannalta paras ja turvallisin vaihtoehto.

Yhteenveto

Päihdeongelmaiset äidit ovat haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. Tärkeää on saada tuleva äiti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa äitiyspoliklinikan seurantaan raskauden ja sikiön kehityksen takia sekä päihdehuollon piiriin, jotta äiti saa tukea päihdeettömään elämään.

Huumeiden vaikutuksia sikiöön on tutkittu paljon ja alkoholin on todettu tekevän enemmän haittaa kuin pelkästään huumeita käytettäessä. Usein äidit ovat kuitenkin sekakäyttäjiä. Vakavia riskejä on sitä enemmän, mitä massiivisempaa ja pitkäaikaisempaa huumeiden käyttö on ja mitä enemmän siihen liittyy sekakäyttöä. Sekundaarisia riskejä sikiölle ovat äidin epä säännöllinen elämäntapa, tulehdusriskit, jatkuva stressitila ja piikkihuumeiden kautta leviävät sairaudet.

Raskaana olevien hoito alkaa aina siellä, missä raskaus havaitaan ja kyseisellä työntekijällä olisi oltava riittävää ammattitaitoa ja uskallusta ottaa päihdeidenkäyttö puheeksi. Tutkimuksen mukaan ne, jotka ovat äitiyshuoltoon hakeutuneet, ovat selkeästi siitä hyötyneet. Ongelmallisempaa on, mikäli raskaana oleva huumeidenkäyttäjä ei hakeudu äitiyshuollon piiriin havaittuaan raskautensa. (Ebrahim & Gfroerer 2003, 375–378.)

Huumeidenkäyttäjien raskaus on aina riskiraskaus ja äidit ohjataan neuvolan sijasta äitiyspoliklinikoille, missä on paremmat valmiudet seurata sikiön kehittymistä. Opiaattiriippuvaiset päihdeäidit ohjautuvat yleensä vieroitushuoltoon tai opioidikorvaushuoltoon ja heidät otetaan kiireellisyysjärjestyksessä ensimmäisinä. Päihdehoidon tukena on aina psykososiaalinen kuntoutus, joka eri paikkakunnilla toteutetaan eri tavoin, mutta pääsisältönä on kuitenkin päihdeongelman läpikäynti ja herättäminen

äitiyteen. Pohdittavana on tällä hetkellä pakkohoidon mahdollistaminen päihdeäideille. Riskinä on tuolloin päihdeäitien jääminen pois kokonaan yhteiskunnan palveluista ja raskauden salaaminen viimeiseen asti.

Korvaushoidossa on käytössä kahta lääkeainetta hoitamaan itse riippuvuutta: metadoni ja buprenorfiini. Yleinen suositus on, että raskaana oleville annetaan korvaushoitolääkkeenä buprenorfiinivalmistetta, jossa ei ole naloksonia pysäyttämässä hyvää oloa aiheuttavaa tekijää (Subutex), koska naloksonin on katsottu olevan sikiölle haitallista. Subutexin annosta luovutaan mahdollisimman pian raskauden (ja mahdollisen imetyksen) päätyttyä ja siirrytään tavanomaisiin valmisteisiin. Korvaushoitolääkkeen lisäksi myös raskaana olevilla käytetään ajoittain bentsopiatsepiini-lääkitystä tasapainottamaan psyykkistä vointia, vaikka pitkäaikaiskäytön onkin todettu olevan haitallista sekä äidille että sikiölle. Lisäksi bentsodiatsepiinit aiheuttavat nopeasti huomattavaa riippuvuutta. Hoidossa tulisi siis pikkuhiljaa pyrkiä ainakin vähentämään näiden lääkkeiden osuutta niin paljon kuin mahdollista ja mieluummin lopettaa kokonaan.

Korvaushoidoin yhteydessä äidin vointia pystytään seuraamaan hyvin tarkasti, koska useimmiten vaaditaan poliklinikalla käynnit joko päivittäin tai useamman kerran viikossa, kun käytössä on Subutex. Vointia seurataan kliinisellä havainnoinnilla, puhallustesteillä, piikitysjälkien seurannalla sekä huumetestein, joita voidaan tarvittaessa lähettää sopimuslaboratorioon tarkempaa analyysia ja varmistusta varten. Mikäli äiti käyttää päihteitä hoidon aikana, asiaan puututaan hoitokäytäntöjen mukaisesti ja lastensuojeluun tehdään ilmoitus. Hoitoa pyritään jatkamaan, mutta mikäli rikkeet ovat toistuvia, korvaushoito joudutaan lopettamaan. Usein hoidon lopettamisesta syntyy riski päihteidenkäytön täydelliselle ryöstäytymiselle ja jatkosuunnitelmat onkin mietittävä tarkoin sekä avohoidon että lastensuojelun kanssa.

Hoito perustuu hyvin pitkälle yhteistyöhön lastensuojelun sosiaalityön kanssa. Korvaushoitopoliklinikalla pystytään seuraamaan miltei reaaliajassa äidin vointia ja mahdollista huumeidenkäyttöä ja heränneistä huolista onkin välittömästi ilmoitettava lastensuojeluun. Yhteistyörinkiin kuuluu myös muita äidin raskaudenaikaiseen huolenpitoon osallistuvia tahoja ja selkein kuva kokonaisuudesta saadaan pitämällä yhteisiä palaverveja, joissa yhteistyössä äidin kanssa luomaan mahdollisimman hyvin äitiyttä tukeva verkosto.

Syntyvä lapsi, jonka äiti on korvaushoidossa, joutuu aina jäämään tehohoitoon sairaalaan. Yleensä joudutaan aloittamaan lääkitys vieroitusoireiden lievittämiseksi. Sairaalassaoloajat vaihtelevat suuresti, noin kuukauden jakso on melko tavallinen. Äiti joutuu päättämään lääkärin kanssa mahdollisesta imetyksestä, korvaushoito ei ole este imetykselle. Varhaisen suhteen kehittymisen kannalta imetys olisi suotavaa, mutta on monia muita tekijöitä, jotka voivat sen estää. Vauvaa ei päästetä kotiin ilman lastensuoje-

lun tukitoimia, vaan tulevaisuutta joudutaan pohtimaan tarkasti. Yleistä on, että ensimmäiset kuukaudet vietetään esim. Ensikodilla, joka toimii päihdeettömän elämän tukena ja opettaa äitiyteen.

Kaikista varotoimista huolimatta lapselle voi jäädä psyykkisiä tai fyysisiä vaurioita, ja nämä lapset on syytä pitää tarkassa valvonnassa neuvolassa. Monille äideille on ongelmallista luoda hedelmällinen äiti-lapsi-suhde, koska lapsi ei aina vastaa odotuksia: vauva voi olla ärtynyt, vaikeasti tyynteltävissä, itkuinen, kipuileva ja tämä taas aiheuttaa äideissä turhautumista ja pettymystä, mikä heijastuu lapseen. Päihdeäitien lapset ovatkin muita suuremmassa vaarassa joutua henkisen tai fyysisen kaltoinkohtelun tai laiminlyöntien uhriksi. Lastensuojelun tulee olla tietoinen perheen tilanteesta jatkuvasti, jotta tarvittaviin toimenpiteisiin, joko avohuollon tukitoimia tehostamalla tai ottamalla lapsi huostaan, voidaan ryhtyä heti tilanteen sitä vaatiessa.

Huumeita käytäviä äitien määrä kasvaa. Korvaushoidossa on pohdittava miten entistä enemmän voidaan vaikuttaa siihen, että äidit näkisivät oman tilanteensa ja pyrkisivät normaaliin äitiyteen päihdeettömyydellä ja avohuollon tukitoimien avulla.

Haasteena palvelujärjestelmälle on äitien luottamus siihen, että he kokisivat päihdehuollon ja lastensuojelun toimivan heidän kanssaan eikä heitä vastaan. Korvaushoidossa joudutaan usein puuttumaan tilanteisiin, kun päihdeiden käytön takia lapsen ei ole turvallista olla enää nykyisessä ympäristössä. Korvaushoidon henkilökunta näkee tilanteen usein muita tahoja nopeammin, koska tapaamisia on usein, jopa päivittäin, ja kukaan ei jaksakaan ”skarpata” jokaisella käynnillä. Myös lapsen vointia ja kehittymistä pystytään seuraamaan. Tehdyt toimenpiteet voivat vaikuttaa syvästi asiakkaan elämään, seurauksena voi olla esim. korvaushoidon loppuminen tai lapsen huostaanotto, ja ne herättävät asiakkaissa syvää katkeruutta viranomaisia kohtaan. Myöhemmin monet äidit ovat kuitenkin todenneet ratkaisujen olleen siinä ajankohdassa oikeita, ”vaikka silloin olisi tehnyt mieli tappaa kaikki”. Korvaushoidon työntekijöiltä vaaditaan ammattitaitoa ja asiantuntijuutta, mutta myös rohkeutta ja kykyä kohdata vaikeat asiat, halua olla ihminen ihmiselle.

Päihdeäitien raskausriskit sekä sikiölle aiheuttavat haitat nousevat esille julkisessa keskustelussa kun naisten päihdeiden käytöstä puhutaan. Raskaana olevan nainen tulee nähdä syntyvän lapsen kanssa tasa-arvoisina auttamisen kohteina. Sinänsä jo äitiys vaatii uuteen rooliin kasvamista ja sopeutumista erilaiseen elämäntilanteeseen. Tämän lisäksi päihderiippuvaisen naisen kohdalla vieroittautuminen edellyttää uuden päihdeettömän identiteetin rakentamista. Tämä vaatii naiselta valtavia ponnisteluja.

Lähteet

- Andersson, Maarit 2005: Hoitoa ja tukea odottavien äitien ja vauvaperheiden päihdeongelmiin. Päihdelinkki.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/165-hoitoa-ja-tukea-odottavienaitien-ja-vauvaperheiden-paihdeongelmiin>. Viitattu 21.9.2012.
- Ashton, C. Heather, 2002: Bentsodiatsepiinit – vaikutukset – vieroitus. Tietoa ja ohjeita ongelmakäyttäjille, vieroitusta toivoville ja heitä tukeville., suom. Ari Tiensuu 2006. Alkuperäisteos Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. Järvenpään sosiaalisairaalan koulutusmateriaali.
Http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/bentsodiatsepiini_hoito-manuaali.pdf . Viitattu 31.5.12.
- Autti-Rämö, Ilona 2001: Päihteet ja raskaus – syylliset ja syytön. Suomen lääkäri-lehti 56(10), 1099.
- Bar-Oz, B. & Klein, J. & Karaskov, T. & Koren, G. 2003: Comparison of meconium and neonatal hair analysis for detection of gestational exposure to drugs of abuse. Arch Dis Child Fetal Neonatal 88, 98–100.
- Bateman, David A., & Ng, Stephen K. C. & Hansen, Catherine A. & Heagarty, Margaret C. 1993: The Effects of Intrauterine Cocaine Exposure in Newborns. American journal of public health 83(2), 190–193.
- Dashe, Jodi S. & Jackson, Gregory L. & Olscher, Debora A. & Sheffield, Jeanne S. & Todd, Sally J. & Wendel, George D. Jr., 2002: Relationship Between Maternal Methadone Dosage and Neonatal Withdrawal. Obstetrics & Gynecology 100(6), 1244–1249.
- Ebrahim, Shahul H. & Gfroerer, Joseph 2003: Pregnancy-Related Substance Use in the United States During 1996–1998. Obstetrics & Gynecology. 101(2), 375–378.
- Fergusson, David M. & Horwood L. John, & Northstone, Kate 2002: Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. International Journal of Obstetrics and Gynaecology 109 (1), 21–27.
- Halmesmäki, Erja & Kari, Anneli 1998: Huumeet ja raskaus. Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo80440&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_from_page=uusinnumero. Viitattu 30.4.2012.
- Hermanson, Elina 2008: Imetyskannattaa. Duodecimterveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=loko0045 Viitattu 30.8.2012.
- Hepatiitti B 2012: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektiotaudit/hepatiitit/hepatiitti_b/. Viitattu 21.8.2012.
- Heroiini ja opiaatit, n.d.: Päihdelinkki.
<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Heroiini>. Viitattu 31.8.2012

- Hollister Leo, E., 1986: Health aspects of cannabis. *Pharmacol Rev* 38 (1) 1–20.
- Holopainen, Antti & Fabritius, Carola & Salaspuro, Mikko 2003: Opiatiriippuvuus. Opiatiriippuvuuden hoito. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä, 468–482.
- Huttunen, Matti O. 2008a: Huumeidenkäytön vieroitushoito. Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam0009. Viitattu 31.8.2012.
- Huttunen, Matti O. 2008b: Psykenlääkkeet ja imetys. Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00101#s4. Viitattu 10.8.2012.
- Huumeet, raskaus ja lapsi 2006. Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2006. Duodecim 122(5), 596–614. Huumetestien aikarajoja 2005. Käypä hoito -suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00462>. Viitattu 29.8.2012.
- Jälkiehkäisy 2010. Käypä hoito -suositus 2010.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi5003pdf>. Viitattu 20.5.2012.
- Kivitie-Kallio, Satu & Silvennoinen, Lotta 2011: Lääkäri ja lastensuojelulaki. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127(3), 215–216.
- Kolb, Bryan & Whishaw, Ian Q. 2009: Fundamentals of human neuropsychology. Sixth Edition. Worth Publishers. New York.
- Käypä Hoito 2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/esittely>. Viitattu 15.4.2012.
- Larmo, Anneli 2010: Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Duodecim 126, 616–621.
- Laki Lastensuojelulain muuttamisesta 88/2010.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417
- Lastensuojelulaki 30.12.2010/1380
- Metamphetamine Abuse in Women of Reproductive Age 2011: Committee Opinion number 479. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Artikkelin kuvat ja linkit toimivat säössäersiossa osoitteessa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00944
- Opioidikorvaushoito. Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2006. Duodecim 122(5), 596–614.
- Oranen, Mikko 2011: Tuki toimeen ja verkostot valmiuteen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus työvälineenä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pajulo, Marjukka 2003: Huumeriippuvuus ja äidin ja vauvan varhainen vuoro-vaikutus. Duodecim 119, 1335–42.
- Pajulo, Marjukka 2008: Päihdeongelmaisen äidin ja vauvan tilanteeseen kehitetty Suomessa uraauurtava hoitomalli. Duodecim 124, 2851–2852.
- Potilaan päihdeongelma 2005: Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto. PunaMusta Oy. Joensuu.
- Päihdehuollon hoitojärjestelmät 2006: Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus.

- <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../imko000>
2. Viitattu 3.9.2012.
- Päihdehuoltolaki 41/1986
- Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Työryhmän raportti.
<http://pre20090115.stm.fi/hl1233566217271/passthru.pdf>. Viitattu 26.5.12.
- Read, Jennifer S. 2004: Late Postnatal Transmission of HIV-1 in Breast-Fed Children: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Journal of Infectious Diseases* 189 (12), 2154–2166.
- Salaspuro, Mikko n.d.: Lääkkeet ja huumeaineet päihteinä. *TherapiaFennica*.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=L%C3%A4%C3%A4kkeet_ja_huumeaineet_p%C3%A4ihtein%C3%A4. Viitattu 30.8.2012.
- Salaspuro, Mikko & Holopainen, Antti 2005: Opioidikorvaushoito: metadonin ja buprenorfiinin suurten annosten vertailu. *Käypä hoito -suositus 2005*.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nak05146>. Viitattu 30.8.2012.
- Soikkeli, Markku 2004: Miten puhua huumeista. STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä.
<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus>. Viitattu 7.8.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä 289/2002
- Strengell, Paula & Vahtola, Maria & Tammela, Outi & Seppä, Kaija 2005: Raskauden aikainen buprenorfiinihoito -riskit ja hyödyt punnittava tarkasti. *Duodecim* 121(9), 392–399.
- Tiitinen, Aila 2011a: Raskauden keskeytys (abortti). *Duodecim Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlko0166. Viitattu 27.5.12.
- Tiitinen Aila 2011b: Amfetamiini. Raskaus ja huumeet. *Duodecim Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlko0944. Viitattu 1.6.2012.
- Tiitinen Aila 2011c: Opiaatit. Raskaus ja huumeet. *Duodecim Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlko0944. Viitattu 27.5.2012.
- The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk 2001: Committee on drugs. *Pediatrics* 108 (3), 775–789.
- Varti, Anne-Marie 2004: HIV ja raskaus -lääkintäeettinen pulma? *Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos*. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/4_2002/hiv_ja_raskaus_laakintaeettinen_pulma/. Viitattu 10.8.2012.
- Vastasyntyneen vieroitusoireiden hoito 2012: Huumeongelmaisen hoito. *Käypä hoito -suositus*. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusana=vastasyntynyt#s11_3. Viitattu 21.9.2012.
- Yeung, Latifa T. F. & King, Susan M. & Roberts, Eve A. 2001: Mother-to-Infant Transmission of Hepatitis C Virus. *Hepatology* 34 (2), 223–229.

3 Äitien näkemyksiä Oulun kaupungin päihdepalveluista ja korvaushoidosta sekä niiden kehittämistä

Katja Rounioja

Artikkeli kuvaa Oulun kaupungin päihdepalvelujärjestelmää ja äitien näkemyksiä nykyisestä palvelujärjestelmästä. Äitien palaute perustuu kahden naisen haastatteluun. Haastatellut naiset olivat tulleet palvelujen piiriin jo raskausaikana päihdeiden ongelmakäytön vuoksi. Äidit valikoitiin lastensuojelun asiakasrekisteristä ennakkolisten lastensuojeluilmoitusten kautta. Oleellista haastateltuun valittujen osalta oli se, että heidän pääasiallinen päihdeensä ennen raskautta oli ollut jokin huumausaine. Lisäksi kriteerinä haastatteluun osallistumiselle oli, että äidit olivat toimimaan vauvansa kanssa niin, ettei huostaanoton riskiä ollut olemassa. Haastateltujen äitien lasten iät vaihtelivat melko paljon keskenään. Siten äitien kokemukset palvelujärjestelmästä vauvan syntymän jälkeen poikkesivat toisistaan jonkin verran.

Oulun kaupungissa päihdeitä käyttävät naiset seulotaan pääosin neuvolaikäyneillä. Silloin kun odottavan äidin päihdeiden käytöstä on huolta, hänet ohjataan neuvolasta OYS:n äitiyspoliklinikan yhteydessä toimivalle 10-polille. Kumpikin haastatelluista äideistä oli neuvolan seulan kautta ohjautunut OYS:n 10-polille jo taustansa vuoksi, vaikka heidän sen hetkisestä käytöstään ei ollutkaan tietoa ohjausvaiheessa.

Käytännössä päihdeäitien tunnistaminen neuvolassa edellyttääkin asiakkaiden omaa kertomusta asiasta tai päihdeiden ongelmakäyttöön liittyviä merkintöjä terveydenhuollon tietojärjestelmässä. Tämän vuoksi osa ongelmakäyttäjistä jää seuloutumatta raskausaikana. Oma lukunsa ovat myös raskautensa salaavat päihdeiden käyttäjät, joita ei tällä hetkellä saada minikään palveluiden piiriin.

Mikäli äidillä on tai on ollut päihteiden ongelmakäyttöä, joko neuvolasta tai äitiyspoliklinikalta ollaan yhteydessä lastensuojeluun ja tehdään ennakkollinen lastensuojeluilmoitus. Näin kävi myös haastateltujen äitien kohdalla. Tämän jälkeen tilanteissa järjestetään verkostoneuvottelu, johon yleensä kutsutaan myös avopäihdepalveluiden edustaja. Ensimmäinen verkosto pidetään pääsääntöisesti OYS:ssa äitiyspoliklinikalla. Verkostoneuvoittelussa mietitään moniammatillisesti, mikä olisi kyseisen asiakkaan kannalta paras tuki raskausaikana ja sen jälkeen.

Oulussa erityistason avopäihdepalvelut on jaettu alle 29-vuotiaiden Päihdeasema Rediin ja sitä vanhempien A-klinikkaan. Pääosa raskaana olevista päihteiden ongelmakäyttäjistä kuuluu ikänsä puolesta Redin asiakaskuntaan. Osa asiakkaista on raskaaksi tullessaan jo valmiiksi Redin asiakkuudessa tai hakeutuvat sinne itsenäisesti saatuaan tietää tullessaan raskaaksi. Redin asiakkuus on lähes itsestäänselvyys raskausaikana ja sen jälkeen silloin kun kyse on äidin päihdeongelmasta.

Osa asiakkaista ohjautuu jo raskausaikana vapaaehtoisesti kaupungin omalle Päihdeklinalle, osa velvoitetaan sinne vauvan syntymän jälkeen. Huumeiden käyttäjille päihdeklinalle on tarjolla neljän viikon vieroituskurssi, jolla pyritään asiakkaan fyysisten ja psyykkisten vieroitusoireiden helpottamiseen ja hoitamiseen. Samalla osastolla toteutetaan myös korvaushoidon aloitukset. Lisäksi Päihdeklinalle tiloissa on opioidi korvaushoitopoliklinikka. Oulussa hoitomuotoina ovat lääkehoito joko buprenorfinilla tai metadonilla sekä psykososiaalinen kuntoutus avopäihdepalveluissa.

Oulussa on järjestetty niin, että raskaana olevat naiset pääsevät halutesaan jonojen ohi korvaushoidon aloitukseen Päihdeklinalle. Naiset ovat viime vuosina hyödyntäneet tätä hyvin. Kummankin haastattelemani äidin näkökulmasta korvaushoitoon pääseminen oli sujunut nopeasti ja helposti. Äidit pitivät omassa tilanteessaan tärkeänä korvaushoidon mahdollistumisesta kun kokonaan lopettaminen ei onnistunut.

Ajoittain on viranomaisten taholla herännyt huolta siitä, että osa naisista hankkiutuu raskaaksi pelkästään päästäkseen korvaushoitoon, johon jonot muuten ovat pitkät. Samalla se on herättänyt kysymystä siitä, tulisiko myös lasten isien päästä yhtä helposti korvaushoitoon? Isien tilanne ja korvaushoidon jonotilanteen helpottaminen ovat asioita, joita päihdepalveluissa tällä hetkellä kehitetään.

Päihdeklinalta päästään harvoin osallistumaan asiakkaan asioissa pidettyihin verkostoihin, mikä on harmi sillä korvaushoidossa olevan osalta he ovat taho, joka näkee asiakkaan päivittäin ja jolla siten on hyvä tietämys ja tuntemus asiakkaasta. Päihdeklinalle ongelmana on tällä hetkellä myös se, että siellä hoidetaan pääsääntöisesti ainoastaan itse päihdeongelmaista. Se ei tarjoa juurikaan apua tai kuntoutusta muille perheenjäsenille tai koko perheelle.

Oulusta puuttuu päihde-ensikoti ja päihdeperheiden kuntoutuspalvelu. Oulu ostaa päihde-ensikotipalvelua Rovaniemeltä Talvikista, mutta asiakkaat ovat usein vastentahtoisia lähtemään sinne. Pääasiassa äidit ohjautuvatkin vauvan syntymän jälkeen Oulun ensikodille, jonne päihdetyöskentely tulee avopäihdepalveluista. Viime aikoina Oulun ensikodin käyttöaste on ollut korkea, eivätkä kaikki asiakkaat ole sinne aina mahtuneet. Päihdeperhekuntoutusta kaupunki ostaa jonkin verran myös yksityisiltä palveluntuottajalta, mutta kaupungin omia palveluita pidetään kuitenkin aina ensisijaisina.

Oulun kaupungissa on jo vuosia toiminut lastensuojelun alaisuudessa oma perhekuntoutusyksikkö, mutta sieltä on puuttunut päihdeosaaminen. Perhekuntoutusyksikkö onkin suunnattu tällä hetkellä enemmän muista kuin päihdeongelmista kärsiville perheille. Lisääntyvän tarpeen vuoksi Oulun kaupunki miettii tällä hetkellä perhekuntoutusyksikön toimintaa ja sen mahdollista suuntaamista jatkossa enemmän perheille, joissa vanhemmalla on päihdeongelma.

Oulussa on muutama vuosi sitten aloitettu moniammatillisena toimintana päiväperhekuntoutus Vaavi päihdeongelmaisille äideille, joilla on alle vuoden ikäinen vauva. Päiväperhekuntoutus kokoontuu kolmena päivänä viikossa kello 10–15 välisenä aikana lukukauden ajan. Tämä on hyvä ja toimiva lisä kaupungin palveluihin, vaikka myös sen osalta tarvetta olisi enemmän kuin heillä on mahdollisuutta ottaa. Siten kaikki palvelua haluavat ja tarvitsevat perheet eivät sinne pääse selkeästi kohderyhmästä ja rajauksesta huolimatta.

Oulussa toimii myös Terveysneuvontapiste Vinkki, joka on todella matalan kynnyksen paikka. Vinkki palvelee suonensisäisiä huumeita käyttäviä asiakkaita sekä heidän läheisiään. Siellä voi käydä nimettömästi vaihtamassa puhtaita neuloja ja huumeruiskuja. Siellä on myös mahdollisuus neuvontaan ja ohjaukseen terveydestä, päihdepalveluista ja sosiaalipalveluista. Vinkistä saa myös A- ja B-hepatiittirokotuksia. Vinkki toimii Oulun kaupungin keskustassa kerran viikossa puolentoista tunnin ajan.

Ennakolliset lastensuojeluilmoitukset menevät Oulussa erilliseen lastensuojelutarpeen selvitystiimiin. Toisena työntekijänä ennen raskautta on aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijä, jolla on varsinainen vastuu asiakkaista vauvan syntymään saakka. Tämä ei ole kaikilta osin toiminut vaan käytännössä lastensuojelun sosiaalityöntekijän rooli on ollut merkittävä myös raskausaikana.

Vauvan syntymän jälkeen lastensuojelutarpeen selvitystiimin sosiaalityöntekijä ottaa kokonaisvastuun perheen tilanteesta ja asiakkuus säilyy siellä enimmillään siihen saakka, että vauva on kolmen kuukauden ikäinen. Tämän jälkeen asiakkuus siirtyy niin sanotusti avohuoltoon eli tällä hetkellä eteläiselle tai pohjoiselle lastensuojeluasemalle.

Kohti hyvää äitiyttä

Tutkimusta varten pyydettiin lupa Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden palvelujohtajalta. Lisäksi haastateltujen kanssa käytiin läpi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimuksen tarkoitus. Haastatellut allekirjoittivat tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuslomakkeen. Tilanteessa olisi ollut mahdollista perehtyä haastateltavien äitien asiakkuuksien historiaan ja toimijatahojen asiakaskertomuksiin heistä. Myös toinen äideistä antoi oma-aloitteisesti luvan perehtyä omaan historiaansa.

Kummallakin äidillä oli taustallaan lastensuojeluasiakkuus alaikäisenä sekä sijoitus kodin ulkopuolelle. Myös haastateltujen äitien päihteiden käytön taustat olivat aika samanlaisia. Kummallakin äidillä päihteiden käyttö oli alkanut 12–13-vuotiaana alkoholin käytöllä. Tämän jälkeen kuvaan olivat tulleet kannabis, sitten amfetamiini ja lopulta noin 18-vuotiaana subutexin suonensisäinen käyttö. Toinen äideistä oli ajautunut huumemaailmaan nopeammin kuin toinen.

Yhteistä päihteiden käytölle oli myös sen ongelmallisuus. Ongelmien vaikeusasteesta kertoo se, että kumpikin äideistä oli ollut jo ennen raskautta useamman kerran laitoshoidossa päihteiden käyttönsä vuoksi. Lisäksi päihteiden ongelmakäyttö oli ajallisesti kestänyt noin kymmenen vuotta. Toisella äideistä oli myös takanaan aikaisempi korvaushoitajakson yritys. Kummallakaan äideistä ei ollut ammattitutkintoa hankittuna.

Yhteistä kummallekin äidille oli myös se, että heidän tarkoituksenaan on vähentää korvaushoidon annoskokoa vähitellen ja sitten lopettaa sen käyttö kokonaan. Toinen äideistä aikoi tehdä sen noin puolen vuoden sisällä vauvan syntymästä ja toisen tavoite oli neljän vuoden sisään. Erilaiset tavoitteet kertovat myös siitä, että ongelman vaikeusaste näiden kahden äidin kesken on ollut erilainen. Tämä näkyi myös heidän korvaushoitolääkityksensä annoskoossa, joka toisella äideistä oli jo lähtökohtaisesti paljon alhaisempi.

”Päihdeäiti” on tunteita herättävä käsite, jolla tarkoitetaan äitiä, jolla on niin suuri ongelmia jonkun päihteen (alkoholi, huumeet) käytössä, että viranomaiset ovat puuttuneet hänen vanhemmuuteensa. Käsite edistää tiettyjen palvelujen luomista ja suuntaamista kohderyhmälle, mutta saattaa leimata ja tuottaa todellisuutta. (Nätkin 2006a, 6.) Myös toinen haastattelemistani äideistä koki käsitteen leimaavana ja negatiivisena. Hän koki olevansa ennemmin äiti ja toipuva narkomaani kuin päihdeäiti. Sen sijaan toinen haastattelemistani äideistä ajatteli käsitteen olevan parempi kuin esimerkiksi huumeäiti, koska se kuvaa kaikkea päihdekäyttöä, myös alkoholia. Kyseinen äiti ei pitänyt käsitettä myöskään loukkaavana. Haastateltujen naisten kohdalla raskaus oli ollut suunniteltu ja tullut äitien tietoon normaalin ajan kuluessa. Tämä onkin toinen tavoista, jolla tullaan ”päihdeisenä” äidiksi eli tietoinen halu saada lapsi. Tähän tapaan lasketaan myös

päätös pitää lapsi, vaikka raskaus olisi vahinko. (Nätkin 2006b, 28–29; Ojanen 2006, 120.)

Tutkimusten mukaan päihteisenä tullaan äidiksi kuitenkin yleensä vahingossa. Huumeiden tai alkoholin takia kuukautiset saattavat olla sekaisin tai loppuneet kokonaan, eikä nainen arvaa olevansa raskaana. Raskaus paljastuu sen jälkimmäisellä puoliskolla, jolloin myös kaikki aborttiviikot ovat menneet umpeen. Oman raskauden todeksi uskomisen saattaa olla niin vaikeata, että helpoimmalta ratkaisulta tuntuu tilan kieltäminen täysin, jopa omalta itseltäkin. (Nätkin 2006b, 28–29; Ojanen 2006, 120.) Äärimmäisessä tapauksessa raskaus tulee ilmi vasta synnytyssairaalassa kun äidistä tai lapsesta tai molemmista löytyy huumeita. Tällöin lapsi joutuu tarkkailuun ja äiti hoitoon. Tämä ei ole toivottava tapa tulla hoitojärjestelmän piiriin, sillä silloin motivaatio on usein heikko. (Nätkin 2006b, 26.)

Haastatellut äidit olivat ensin salanneet käyttönsä neuvolassa ja yrittäneet lopettaa käytön itse. Tämä sen vuoksi, etteivät he kertomansa mukaan olisi halunneet joutua lastensuojelun kanssa tekemisiin. Todettuaan, ettei lopettaminen onnistu, he olivat hakeutuneet korvaushoidon aloitukseen ollessaan noin neljännellä kuulla raskaana. Ojasen (2006, 121) tutkimuksen haastatelluilla naisilla oli raskauden aikaista huumeiden käyttöä, mutta kaikilla ei jokaisen raskauden aikana. Jos käyttöä oli, sitä pyrittiin ainakin vähentämään tai vältettiin tiettyjä aineita. Käytön vähentämisestä huolimatta pelko lapsen terveydestä saattoi varjostaa raskautta vahvasti. (Ojanen 2006, 121.)

Äitien kohdalla pelko lapsen huostaanotosta ei estänyt heitä hakeutumasta hoitoon vaan lapsen etu meni huostaanoton pelon edelle. Heillä oli myös alusta asti suuri luotto kykyynsä selviytyä lapsen kanssa. Ojasen (2006, 125) tutkimuksessa naiset hakeutuivat hoitoon oma-aloitteisesti vasta kun ulkoapäin syntyvä uhka arjen äitiydelle alkoi muodostua todelliseksi. Tämä siis tilanteessa, jossa toinen vaihtoehto olisi ollut alistua viranomaisten hoitopäätökseen. Äitien hoitoon hakeutumisen syy oli nimenomaan lapsen edun ajattelemisen. Toki molemmat äideistä sanoivat jo ennen raskautta yrittäneensä päästä irti huumeista. Heidän mukaansa halua käyttää huumeita oli hiipunut jo ennen raskauttakin, mutta huumeita oli pakko käyttää, jotta ”pysyi käynnissä”. Myös Ojasen (2006, 126) tutkimuksessa naisten hoitomotivaatio liittyi vahvasti lapseen – lapsen terveyteen, lapsen hyvinvointiin ja varsinkin huostaanoton pelkoon. Muita syitä hoitoon hakeutumiseen olivat halu päästä pois kadulta ja irti velkakierteestä sekä oman terveyden säilyttäminen. Käyttö aiheutti naisille syyllisyyttä ja häpeää. (Ojanen 2006, 126.)

Haastatellut äidit ajattelivat korvaushoidon olleen vauvan kannalta hyvä asia, sillä heidän mielestään se tekee mahdollisimman vähän vahinkoa vauvalle ja toisaalta aiheuttaa vauvalle vähemmän vieroitusoireita. Lisäksi korvaushoito mahdollistaa äitien mukaan oman tilanteen kuntoon laitta-

misen. Myöskään Ojasen (2006, 124) haastattelemat naiset eivät pitäneet korvaushoitoa ja raskautta niin pahana. Ojasen mukaan syyllisyyden tunto on ehkä helpompi käsitellä kun käytettävä aine on virallinen lääke. Ojasen haastateltavat olivat sanoneet, että jälkeinpäin ajateltuna raskauden aikainen huumeiden käyttö oli järjetöntä. (Ojanen 2006, 124.)

Äitien kohdalla lähiverkosto näyttäytyi suuressa roolissa heidän toipumisessaan. Kumpikin äideistä oli parisuhteessa lapsensa isän kanssa ja koki saavansa häneltä tukea tilanteeseensa. Taipaleen (2006, 204) tutkittavista äideistäkin vain 16 prosenttia oli yksinhuoltajia. Taipaleen tutkimuksen äidit arvioivat puolisonsa vahvimaksi konkreettisen päätöksenteon ja emotionaalisen tuen antajaksi huolimatta siitä, että miehistä 73 prosenttia oli päihteiden väärinkäyttäjiä. (Taipale 2006, 204.)

Kumpikin äideistä koki väliensä omiin vanhempiin parantuneen raskauden ja vauvan syntymän myötä. He myös kokivat saavansa perheeltään eniten tukea tilanteessa. Sama näkemys on syntynyt Taipaleen (2006, 207) tutkittavien puheista. Ojasen (2006, 131) tutkimuksessa naisten sosiaalinen verkosto näyttäytyi kertomuksien valossa varsin kapeana, sillä niissä esiintyi vähän ystäviä tai muita sukulaisia kuin oma äiti. Oman äidin merkitys tukijana korostui näiden naisten kertomuksissa. Myös omahoitajan (korvaushoidossa) rooli arjen tukijana korostui naisten kertomuksissa. (Ojanen 2006, 133.)

Kumpikin äideistä oli katkaissut välinsä päihteitä käyttäviin kavereihinsa saatuaan tietää olevansa raskaana. He pitivät päätöstä asiassa helppona ja itsestään selvänä tilanteessaan. Toinen äideistä kiteytti perustelunsa siihen, että oli *”nähnyt niin paljon ja niin pitkän aikaa”*. Vauvan syntyessä he olivat jo ehtineet tottua kyseisten kavereiden puuttumiseen elämästään. Heillä oli myös jo olemassa päihteettömiä kavereita. Tämä oli tärkeää heidän onnistumisensa kannalta, sillä tutkimusten mukaan päihteitä käyttävät ystävät ovat yksi riskitekijä päihteiden käytön uudelleen aloittamisessa (mm. Taipale 2006, 204; Väyrynen 2007, 165).

Haastatelluista äideistä kummankin oli ollut jo raskausaikana helppo laittaa sikiön tarpeet etusijalle. He kokivat yhteyden vauvaan syntyneen jo raskausaikana. He myös toimivat vauvan edun mukaisesti jo raskaana ollessaan. Toinen äideistä kertoi omanneensa aina vahvan hoitovietin, jonka uskoi vaikuttaneen asiaan. Toinen äideistä puolestaan kertoi olleensa aina paljon tekemisissä eläinten kanssa ja uskoi sen auttaneen äidin vaistojen esiin nousemista.

Tämä oli todennäköisesti keskeinen asia siinä, että äidit olivat onnistuneet rakentamaan toimivan arjen vauvansa kanssa. Tutkimusten mukaan nimittäin raskausajan käyttäytyminen ennustaa tulevan vauvan hoidon onnistumista. Mikäli äiti ei ole kyennyt ajattelemaan asioita sikiön näkökulmasta, on hänen vaikea ajatella asioita vauvan näkökulmasta. (Taipale 2006, 199.) Kallundin ja Pajulun (2008, 184) mukaan raskaus-

ajan päihteidenkäyttö ja kyvyttömyys asettaa vauvan tarpeet etusijalle kertoo häiriöstä raskausajan kehityskulussa. Tämä puolestaan kertoo heidän mukaansa häiriöstä siinä hoivassa, mitä raskaana oleva äiti on itse saanut vauvana. Näkökulman muutos vaikuttaa ymmärrystä ja inhimillistä näkökulmaa lisäävästi, eikä sen tarkoitus ole poistaa vastuunäkökulmaa äidin ja lapsen suhteesta (Nätkin 2006b, 49).

Äitien kokemuksia palvelujärjestelmästä

Äidit eivät olleet ensin kertoneet huumeiden käytöstään neuvolassa. Tämä on aika yleistä (Taipale 2006, 209). Huumeiden käytön kiistämiseen voi liittyä syyllisyyden tunne, sillä päihteitä käyttävien naisten äidiksi tuleminen halu nähdään yhteiskunnassamme epäsuotavana (Ojanen 2006, 119). Tämä näkyy valitettavan usein myös työntekijöiden asenteessa. Päihdeongelmainen äiti saa siis Suomessa hankkia lapsia, mutta usein heidät on jätetty yksin eikä ongelmaa tunnisteta neuvolassa (Nätkin 2006b, 26; Taipale 2006, 209).

Äitien kohdalla toinen heistä toi esiin negatiivisen kokemuksensa neuvolan, synnytysairaalan ja myös äitiyspoliklinikan työntekijöiden toiminnasta, asenteista ja kohtelusta. Kyseinen äiti kertoi kokeneensa itsensä huonoksi raskausaikana ennakkoluulojen vuoksi. Ojasen (2006, 122) tutkimuksessa vain yhdellä haastatelluista naisista oli positiivinen kokemus synnytysairaalan henkilökunnasta, muut olivat kokeneet tullessaan kohdelluksi epäinhimillisesti. Työntekijöiden tulisikin työstää omia asenteitaan ja arvojaan, jottei kielteistä asennetta synny (Taipale 2006, 211).

Haastatellut äidit poikkesivat toisistaan asenteensa suhteen. Toisella äideistä oli paljon kielteisempi näkemys työntekijöiden asenteista ja toiminnasta. Toinen äideistä puolestaan painotti oman asenteen merkitystä yhteistyön syntymiseen. Hänellä ei ollut negatiivisia kokemuksia viranomaisten toiminnasta tai asenteista. Hän kertoi kohdalleen ”sattuneen” vain mukavia työntekijöitä. Hänen mukaansa asiat ovat koko ajan menneet niin kuin on sovittu ja hän on saanut asiallista kohtelua työntekijöiltä.

Äidit ymmärsivät ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisen tärkeyden, vaikka eivät pitäneetkään sitä mukavana asiana. Varsinaista ennakkollista ilmoitusta tärkeämpänä asiana äidit pitivät sitä, miten asia heille kerrottiin. Toiselle äidille asia oli kerrottu ja selitetty ennen ennakkollisen ilmoituksen tekemistä avoimesti. Toisella äideistä puolestaan oli kokemus siitä, että ennakkollinen ilmoitus oli tehty kertomatta siitä hänelle. Äidille oli siten tullut tieto ennakkollisesta ilmoituksesta vasta kun lastensuojelun sosiaalityöntekijä soitti hänelle asiasta. Tätä tilannetta äiti piti huonona yhteistyön alkamisen kannalta.

Toinen äideistä kertoi olleensa huolissaan siitä, keitä muita ensikodilla olisi yhtä aikaa. Hän sanoi miettineensä, miten toimisi, mikäli siellä olisi aineita käytäviä henkilöitä. Kyseisen äidin mielestä olisi tärkeää, että korvaushoidossa rikkeitä olleille ja aineista vasta irrottautumassa oleville äideille olisi omat hoitopaikkansa. Äidit kokivat ensikodilla olon sujuneen ihan hyvin. He kuitenkin ajattelivat, että siellä ”tuputetaan” liikaa apua. Heidän mielestään ensikodin työntekijöiden tulisi kuunnella enemmän asiakasta siinä tarvitseeko hän apua.

Äidit olisivat toivoneet viranomaisilta enemmän luottoa itseensä. Kumpikin äiti koki ensikodilla olemisen turhaksi, koska selvisivät itsenäisesti vauvan kanssa koko ajan. Vaikutti siltä, että kumpikin äideistä oli alusta saakka sisäistänyt äidin roolin osaksi identiteettiään eikä toteuttanut pelkästään äitiyden roolia (kts. Sariola 2006, 154). Sariolan (2006, 154) tutkimuksen mukaan mikään ulkoinen olosuhde ei näyttänyt määrittelevän sitä, kuka kehittää äitiyden osaksi identiteettiään. Tärkeäksi nousi erityisesti yksilön henkilökohtainen päättäväisyys kuntoutua ja sitoutua lapsiin. (Sariola 2006, 154.) Toinen haastattelemistani äideistä totesi päättäneensä jo raskaaksi tullessaan, ettei lasta viedä häneltä ja toimineensa sen mukaisesti jo raskausaikana. Kyseinen äiti olikin hyvin tietoinen viranomaisten odotuksista häntä kohtaan.

Äitien mielestä heidän oikeuttaan kotiutua suoraan sairaalasta olisi tukenut heidän sitoutumisensa lapsiensa hoitoon heidän sairaalassaoloaikanaan sekä se, että heidän korvaushoitohistoriansa oli raskauden ajalta rikkeetön. Lisäksi äidit pitivät leimaavana sitä, että ensikodin työntekijät hakivat heidät sairaalasta eivätkä he saaneet mennä sinne itse. Toisaalta äidit ymmärsivät, että heidän tulee osoittaa viranomaisille olevansa hyvä äiti taustastaan huolimatta.

Kummallakin äidillä oli hyvä kuva kaupungin uudesta palvelusta Vaavi päiväperhekuntoutuksesta. Toinen äideistä oli ollut siellä itse asiakkaana ja toinen oli menossa sinne. Asiakkaana olleen äidin mukaan Vaavissa oli hyvää se, että siellä ollessa tuli käytyä ulkona ja päiviin tuli rutiini. Lisäksi Vaavissa sai lounaan, jonka ansiosta säästi paljon ruokamenoissa. Kyseinen äiti kertoi muiden äitien olleen tuttuja jo aiemmilta ajoilta, mutta varsinaisia ystävyssuhteita sieltä ei tullut. Äitien näkökulmasta korvaushoito on todella hyvä asia heidän tilanteessaan oleville ihmisille. Äidit toivat kuitenkin esiin huoltaan siitä, että korvaushoitoa käytetään nykyisin paljon myös väärin. Äitien mukaan osa ihmisistä hakeutuu korvaushoitoon saadakseen ilmaiset aineet, vaikkei heillä olisikaan varsinaista riippuvuutta. Lisäksi korvaushoitoon voidaan äitien mukaan hakeutua, jotta saataisiin sitten kotilääkkeet, joita voi myydä eteenpäin niitä tarvitseville. Korvaushoidossa on huonoa myös se, että siellä ei ole käytössä äänieristettyjä tiloja, joten ongelmakohtista työntekijöille kertominen on hankalaa kun toinen asiakas voi sen kuulla.

Äidit pitivät suurimpana motivaation lähteenään korvaushoitoon sitoutumisessa lastaan. Lisäksi toinen äideistä kertoi oman halun saada asiat kuntoon ja poikaystävän tuen olleen tärkeitä asioita. Myös toinen äiti piti lähiverkoston tukea tärkeänä asiana. Hän kertoi myös päättäneensä, ettei lasta viedä. Äidillä ei ollut huostaanoton pelkoa, koska hän koki pärjäävänsä lapsensa kanssa.

Äitien näkemyksiä palveluiden kehittämiseen

Äitejä mietitytti se, kuinka paljon menneisyys ja tausta vaikuttavat. Heitä mietitytti, että kuinka kauan ne vaikuttavat lapsen syntymän jälkeen. Taipaleen (2006, 203) tutkimuksen mukaan monilla päihdeongelmallisilla äideillä, jotka eivät käyttäneet tai vähensivät päihteiden käyttöä raskauden aikana, oli kuitenkin synnytyksen jälkeen riski aloittaa käyttö uudelleen.

Toinen äideistä piti vauvan syntymän jälkeen puolesta vuodesta vuoteen sopivana aikana seurata tilannetta. Tutkimusten mukaan repsahdukset näyttävät sijoittuvan aikaan, jolloin lapsi alkaa lähestyä ensimmäistä ikävuottaan. Ilman vahvaa puuttumista käyttö alkaa olla säännöllisempää lapsen yhden ikävuoden jälkeen. (Taipale 2006, 203–204.) Taipaleen (2006, 204) mukaan viranomaiset luottavat liikaa siihen, että äiti on ollut päihtetön raskauden ajan ja vauvan ensimmäiset elinkuukaudet. Haastattelemani äidin mielestä äideillä tulisi olla myös mahdollisuus saada lapsensa takaisin huostaanoton jälkeenkin, mikäli he saavat hoidettua itsensä kuntoon myöhemmin.

Äidit toivat voimakkaasti esiin avoimuuden tärkeyden työskentelyssä. He kokivat, että ”selän takana” toimimisen tulisi loppua, mikäli halutaan aitoa yhteistyötä. Heillä oli myös pääasiallisesti hyvät kokemukset tämän asian suhteen. Väyrysen (2007, 187) haastatteleminen naisten kokemus oli, että aito kiinnostus ja ihmisenä kohtaaminen luovat ilmapiirin, jossa valtasuhteiden vinouma vähenee. Tämä luo edellytyksen sellaiselle yhteistyölle, jossa asioita neuvotellaan ja ratkaisuja etsitään yhdessä. Tällöin asiakkaan tilannetta lähestytään hänen omista valmiuksistaan ja lähtökohdista käsin. (Väyrynen 2007, 187.)

Tuen antaminen edellyttää tuen antajalta tuen tarpeen tunnistamista ja luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta (Taipale 2006, 208). Valitettavan usein työntekijöiden asenne aiheuttaa sen, että äidit jäävät yksin käsittelemään huumeiden käytön aiheuttamia negatiivisia tunteita. Yksi Ojansen (2006, 124) haastatteleminen äideistä totesi, ettei ikinä voisi antaa itselleen anteeksi, jos myöhemmin selviäisi lapsella olevan hänen käyttönsä vuoksi joitain kehityshäiriöitä. Syyllisyys ja suru raskauden aikaisesta käytöstä saattavat kestää vuosia. (Ojanen 2006, 124.)

Haastatellut äidit pitivät nykyisen palvelujärjestelmän ongelmana sitä, että mukana on paljon eri ihmisiä, joiden luona tulee käydä. Tähän liittyen äidit kokivat joutuvansa kertomaan eri ihmisille samat asiat aina uudelleen ja uudelleen, mikä on stressaavaa. Äidit toisaalta ymmärsivät, että yksi ihminen ei voi hallita kaikkia aloja. Äidit kuitenkin toivoivat, että tiedonkulku viranomaisten välillä toimisi tehokkaammin. Toinen äideistä ehdotti kaikille viranomaisille yhteistä tietojärjestelmää johon asiat kirjattaisiin, toinen ehdotti viranomaisten pitävän tiiviimmin yhteyttä toisiinsa puhelimitse. Äidit eivät olleet raskausaikana huomanneet eri viranomaistahojen välillä olevan kitkaa tai yhteydenpidossa ongelmia.

Kummallakin äideistä oli lastensuojelutausta. Toinen äideistä painotti, että nuorten ennaltaehkäisevään huumevalistukseen tulisi käyttää paljon enemmän aikaa. Äidin mielestä olisi tärkeää, että huumeiden käytöstä annettaisiin todellinen, sen raakuudesta kertova kuva. Hänen mukaansa nuoria olisi hyvä jopa pelotella asialla. Äiti kuitenkin tiedosti, ettei kaikkia nuoria vain voi pelastaa huumeilta. Toinen haastatelluista äideistä sanoikin, ettei mikään eikä kukaan aikuinen olisi voinut pelastaa häntä ajautumasta huumeidenkäyttäjäksi.

Toinen äideistä ajatteli myös, että lastensuojelun tulisi saada käyttöönsä enemmän rahaa, jotta sieltä saisi tukea tarvittaessa. Kyseisellä äidillä oli kokemus pääsemisestä tukiasuntoon ennen täysi-ikää ilman minkäänlaista valvontaa tai seurantaa. Äidin mukaan kukaan sosiaalipuolelta ei kukaan kaivannut häntä puoleen vuoteen tukiasuntoon muuttamisen jälkeen. Sitten yhteys sosiaalipuoleen tuli vasta kun asiat olivat jo ajautuneet huonolle mallille.

Toisen äidin mielestä olisi myös tärkeää, että päihdeitä käyttävien nuorten kanssa työskentelevillä aikuisilla olisi riittävä koulutus päihdeisiin. Äidin mielestä on käsittämätöntä, että sijoituksessa oleva nuori voi käyttää alkoholia ja huumeita työntekijöiden silmien alla jäämättä siitä kiinni. Äidin mielestä päihdeongelmallisille nuorille tulisikin olla täysin omat perhekotinsa, jotta he eivät ”opeta” muita nuoria huonommille teille. Äitien mukaan Päihdeasema Redillä on kuitenkin mukavat ja asiantuntevat työntekijät.

Yhteenveto

Huumeiden ongelmakäytöstä kärsivien äitien lukumäärä on koko ajan lisääntymässä. Tällä hetkellä heidän selviytymisensä vauvojen kanssa näyttää tilastollisesti huonolta ja johtaa aivan liian usein lapsen huostaanottoon. Sitä kautta ja myös oman tilanteensa vuoksi he aiheuttavat paljon taloudellisia kustannuksia kunnille ja koko yhteiskunnalla, puhumattakaan henkistä kärsimyksistä yksilön tasolla. Tämän vuoksi olisi äärimmäisen tärkeää,

että heidän tilanteeseensa panostettaisiin nyt riittävästi kun tutkimustulosta äitien tarvitsemista palveluista kuitenkin jo on. Tutkimustulosta on myös siitä, millaisista palveluista nämä äidit hyötyvät.

Huumekulttuurin tasa-arvoisen yksilöilluusion, joka nuorilla naisilla saattaa aluksi olla, takaa paljastuu jossain vaiheessa karu sukupuolten välinen valta-asema ja naisten alistaminen. Laittomiin huumeisiin ja kovaan riippuvuuteen liittyy mitä todennäköisimmin ruumiillista pahoinpitelyä ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Huumekulttuureissa naisia käytetään välikappaleina aineiden välityksessä, heitä ostetaan, myydään ja käytetään maksuvälineenä. (Nätkin 2006b, 45.)

Pelkkä päihdehoito, psykiatrien hoito tai vuorovaikutushoito ei auta päihdeongelmaista raskaana olevaa tai vauvaperhettä. Sen sijaan hoidot on toteutettava yhtä aikaa. Yksin äidin hoitokaan ei riitä vaan siihen tulee yhdistää myös isän ja mahdollisesti vauvan hoito. Vauvan hoito tulee aloittaa jo silloin, kun äiti on raskaana. Sikiön hoito tapahtuu tukemalla vanhempien päihdeettömyyttä ja tuomalla sikiötä äidin ja isän mieleen. (Taipale 2006, 191.)

Myös oma kokemukseni siitä, että äidit alkavat kunnolla hoitamaan päihdeongelmaansa vasta vauvan syntymän jälkeen on huono. Kokemukseni mukaan päihdeistä irtautumisen aloittaminen vasta siinä vaiheessa ei pääsääntöisesti onnistu. Itse ajattelen sen aiheutuvan nimenomaan siitä, että vauvan ja äidin välille ei ole raskausaikana ehtinyt muodostua normaalia tunnesidettä äidin päihdeiden käytön vuoksi. Tällöin äidillä ei ole riittävää motivaatiota suureen elämänmuutokseen heti vauvan syntymän jälkeen, jolloin valitettavan usein päädytään aika nopeasti vauvan huostaanottoon. Tästä valosta katsottuna pidän työskentelyn aloittamista jo raskausaikana todella tärkeänä asiana. Silloin kun ongelmat ovat jo vakavia ja pääasiallinen huume on subutex, näyttää korvaushoitoon hakeutuminen olevan toimiva ratkaisu.

Tutkimusten mukaan raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset tarvitsevat selkeät hoito- ja palveluketjut, jossa hoitovastuu on yhdellä taholla. Muuten on vaarana, että hoitoketjun hajanaisuus tukee odottavan äidin paluuta entiseen huumeikäyttömaailmaan. (esim. Taipale 2006, 210.) Oulun kaupungin kohdalla tulisikin miettiä nykyisen pirtsaloituneen palvelujärjestelmän vähentämistä. Mielestäni on kohtuutonta, että äidit käyvät sekä neuvolassa että äitipoliklinikalla raskautensa ajan. Taipaleen (2006, 191) mukaan sikiön kehittymisen seuranta äitiyspoliklinikalla kuuluu kuitenkin olennaisena osana hoitoon. Miten näitä palveluita olisi mahdollista yhdistää?

Toinen tapa vähentää palveluiden päällekkäisyyttä olisi se, että sama sosiaalityöntekijä olisi perheillä ennakkolisesta lastensuojeluilmoituksesta ainakin lapsen vuoden ikään pääsyyn saakka. Olisi hyvä jos näillä työntekijöillä olisi oma halu työskennellä näiden perheiden kanssa ja he olisivat valmiita sitoutumaan toimimaan kyseisen perheen kanssa sovittuun saakka.

Lisäksi olisi hyvä jos sama sosiaalityöntekijä pystyisi tekemään myös perhettä koskevat taloudelliset päätökset sekä osallistumaan nykyistä enemmän kuntoutukseen, esimerkiksi Vaavi päiväperhekuntoutuksen toimintaan. Raskaana olevan päihdeongelmaisen käyttäjän hoito kun edellyttää pysyvien hoitokontaktien säilymistä. Tämä puolestaan edellyttää pitkäjänteistä työtä. (Taipale 2006, 210.)

Muutos huumeiden katukäytöstä korvaushoidossa olemiseen on iso. Katukäytössä arki on jäsentynyt päihteiden käytön ympärillä, sen hankintaan ja käyttöön. Päihteiden käytön avulla on myös kemiallisesti säädetty niin päivärytmiä, vauhtia kuin tunnetiloja kuten ahdistusta, kiukkua ja hauskuutta. Korvaushoidolla on mahdollistettu säännöllinen aineen saanti ja siten arjen sujuminen. Yllättävän vaikeaksi tilanteen voi kuitenkin tehdä päihteettömän elämän tasaisuus, kohokohtien puuttuminen siitä ja pettymysten sietäminen. Vaatii myös totuttelua löytää ilo arjen pienistä asioista. (Stormbom 2008, 120.)

Ajattelen, että haastattelemieni naisten kohdalla muutos oli mahdollista koska he olivat saavuttaneet jo huumeiden käytön ”hekuman” ja halusivat siitä muutenkin eroon. Täten molemmat olivat valmiita tekemään isoja elämänmuutoksia jo raskausaikana niin arkensa kuin kaveripiirinsä suhteen. Tässä muutoksessa heitä auttoi eniten lähipiiri. Jälkikäteen ajateltuna tärkeintä vaikuttaa olleen nimenomaan heidän oma motivaationsa ja halunsa muutokseen, ei niinkään viranomaisien tarjoamat tukitoimet. Toki toiminnan avoimuus ja palvelujen helppo saatavuus varmasti osaltaan vaikuttivat asiaan.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää vielä enemmän äitien omia näkemyksiä isommalla haastateltavien määrällä ja katsoa löytyisikö sieltä jotain merkittäviä tekijöitä, joilla äitien onnistumista voitaisiin parantaa. Nykyinen kokemus on osoittanut, että perheet hyötyvät ja haluavat sitoutua Vaavi päiväperhekuntoutuksen toimintaan. Tämän vuoksi nyt olisi hyvä tilaisuus kehittää ja laajentaa sen toimintaa kokonaisvaltaisemmaksi palvelupaikaksi, kuten Tampereella toimiva Päiväperho on.

Mielenkiintoista olisi myös laajentaa tutkimusta isien suuntaan. Kuinka suuri rooli isillä on äitien onnistumisessa. Miten isät kokevat kohtelunsa raskausaikana ja mahdollisuutensa palveluiden saantiin? Miten isät huomioidaan työskentelyssä vauvojen syntymän jälkeen ja millaista tukea isät ajattelevat silloin tarvitsevansa? Vaavi päiväperhekuntoutus on tehnyt uraa uurtavaa työtä myös isien ottamisessa mukaan työskentelyyn hyvin seurauksin. Siitä kuullaan varmasti myöhemmin lisää. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, mikä on riittävä tuki riittävän kauan näiden äitien kohdalla? Tutkimusten mukaan suurin retkahdusriski on noin vauvan ensimmäisen elinvuoden kohdalla (Taipale 2006, 203–204). Miten tämä tulisi huomioida työskentelyssä perheiden kanssa? Millaisilla tukitoimilla retkahdus olisi ennalta ehkäistävissä?

Lähteet

- Belt, Ritva 2012: Äiti-vauvapsykoterapiaryhmät huumeriippuvaisten äitien hoidossa. Luento 31.10.2012 Oulussa.
- Forsell, Martta & Virtanen, Ari & Jääskeläinen Marke & Alho, Hannu & Partanen, Airi 2010: HuuMETILANNE Suomessa 2010. Uusin tieto, uusimmat kehityssuunnaukset ja erityisteemat huumeista. Raportti 40/2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200>. Viitattu 4.2.2011.
- Huumausainepoliittinen kertomus v. 2009 valtioneuvostolle. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf. Viitattu 5.2.2011.
- Juttula, Sanna 2006: Yhteisvastuukeräys 2004: ”Jotta äidinrakkaus toteutuisi”. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Kallund, Mirjam & Pajulo, Marjukka 2008: Äitien arvio ensikotihoidon merkityksestä. Teoksessa Kuorelahti, Marianne (toim.): Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihhteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni- hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Helsinki. <https://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7bc465f30f5ef9ecded04595112c5d8f/1329830531/application/pdf/3140276/vauvan%20parhaaksi.pdf>. Viitattu 24.2.2012.
- Kaukonen, Olavi 2002: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjät hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki, 137–166.
- Murto, Lasse 2002: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjät hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki, 167–192.
- Kaukonen, Olavi 2002: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjät hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki, 137–166.
- Nätkin, Ritva 2006a: Johdanto. Kulttuurisista merkityksistä hoidon tutkimukseen. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Nätkin, Ritva 2006b: Äitiys ja päihheet – kertomus ja politiikka. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Ojanen, Minna 2006: Äiti korvaushoidossa. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Partanen, Juha 2002: Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjät hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki, 13–37.
- Ruisniemi, Arja 2006: Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6619-5.pdf>. Viitattu 18.2.2012.

- Salasuo, Mikko & Rantala, Kati 2002: Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjät hyvinvointivaltiossa. Yliopistopaino. Helsinki, 38–67.
- Sariola, Salla 2006: ”Joku, jota rakastaa ja josta huolehtia”. Etnografinen tutkimus skotlantilaisista huumeita käyttävistä naisista. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.) 2006: Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Stormbom, Anne 2008: Vauvalähtöinen päihdekuntoutus – esimerkkinä Ensikoti Pinja. Teoksessa Kuorelahti, Marianne (toim.): Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihhteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni- hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Helsinki, 109–125. <https://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7bc465f3of5ef9ecd04595112c5d8f/1329830531/application/pdf/3140276/vauvan%20parhaaksi.pdf>. Viitattu 21.2.2012.
- Taipale, Sinikka 2006: Sairaalan tuella raitis perhe? Projektikokemuksia sairaalasta. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä.
- Elina Virokangas, 2002. Normaalin merkitykset huumehoitoyksikön nuorten puheessa. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.). Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto 2002: SoPhi, 125–144. <http://hdl.handle.net/10224/4813>. Viitattu 6.8.2011.
- Elina Virokangas, 2003a. Käytön ja käyttämättömyyden merkityksellinen raja. Nuorten välisten suhteiden rakentuminen huumehoitoyksikön asiakkaiden puheessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 4/2003, vol. 40, 193–207. <http://hdl.handle.net/10224/4813>. Viitattu 6.8.2011.
- Elina Virokangas, 2004. Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. STAKES. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 144. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2004. <http://hdl.handle.net/10224/4813>. Viitattu 6.8.2011.
- Vuosiraportti 2005: huumeongelma Euroopassa. <http://ar2005.emcedda.europa.eu/fi/page058-fi.html>. Viitattu 13.2.2011.
- Väyrynen, Sanna 2007: Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huumekeuhoissa. Lapin Yliopistopaino. Rovaniemi.
- Väänänen, Tuula & Ruuth, Paula 2010: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2009. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr21_10.pdf. Viitattu 6.2.2011.
- Ylikangas, Mikko 2009. Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2009.

4 Päihdeettömyysryhmä osana vauvaperheille suunnattua päiväperhekuntoutusta

Sanna Äijälä

Päihdetyöhön on tarvetta kehittää uusia tuki-, ohjaus- ja kuntoutusmuotoja tukemaan päihdeongelmaisia tai siitä toipuvia vauva- ja lapsiperheitä. Uusia toimintamalleja ja menetelmiä tarvitaan vastaamaan 2010-luvun tarpeisiin. Artikkelikuva äitien päihdeettömyysryhmää osana moniammatillisesti toteutettua päiväperhekuntoutusta. Päihdeettömyysryhmällä on kaksi ammattilaista ohjaajana, mutta vertaistuellalla on ryhmässä suuri merkitys. Artikkelin keskiössä ovat äitien kokemukset ja kehittämisideat päiväperhekuntoutuksen päihdeettömyysryhmän 12 tapaamisen teemoista. Teemat käsittelevät keskeisiä päihderiippuvuuteen kietoutuvia elementtejä.

Päiväperhekuntoutus on kuntouttavaa, lastensuojelullista sekä päihdehuollollista sosiaalityötä, johon liittyy vahvasti ennaltaehkäisevä puoli varhaisine puuttumisineen etenkin raskaana olevien perheiden kohdalla. Päiväperhekuntoutus on yksi vaihtoehto esimerkiksi ympärivuorokautiselle laitoshoidolle, riippuen perheen tilanteen vakaudesta ja heidän omasta motivaatiostaan aloittaa ryhmämuotoinen kuntoutus. Päiväperhekuntoutus vastaa sellaiseen tuen tarpeeseen, mitä päihdeongelmasta kärsineet ja siitä kuntoutumassa olevat äidit perheineen saattavat tarvita raskaana ollessaan ja vauvan syntyessä, perheen opetellessa päihdeettömyyttä vauvaperheen arkea. Päihdeongelmalla tarkoitetaan äitien aiemmasta päihdeiden käytöstä koituvia psyko-sosiaalisia pulmia. Raskauden tai vauvan lisäksi aiemmin käytetty päihde on suurin yhteinen nimittäjä päiväperhekuntoutukseen ohjautuvilla äideillä perheineen, mutta akuuttia päihdeongelmaa heillä ei voi ryhmässä käydessään olla.

Tässä artikkelissa esitetty päiväperhekuntoutus kehitettiin vastaamaan sellaiseen hoidontarpeeseen, mitä päihderiippuvuudesta toipuvat perheet vauvoineen tarvitsevat pärjätäkseen vauvan kanssa kotona. Raskaus ja vau-

van syntyminen päihderiippuvuudesta kärsivään perheeseen sisältää mahdollisen huolen lisäksi huomattavan muutoksen mahdollisuuden perheen elämää ajatellen. Perheellä on huomattavasti enemmän mahdollisuuksia selviytyä vauvan synnyttyä, sekä vauvan kasvaessa ja kehittyessä kun he ovat saaneet riittävää tukea jo raskausaikana ja vauvaa on voitu tehdä näkyväksi. Nämä eivät ole itsestään selviä asioita päihderiippuvuuden varjostaessa tuoretta vanhemmuutta. Päihderiippuvuus saattaa viedä suuren osan vanhemman huomiosta, jolloin vauva on vaarassa jäädä taka-alalle vanhemman tunnemaailmassa.

Vanhemmalle voi olla merkityksellistä se, että hänen päihdeongelmaansa puututaan ja hänelle tarjotaan tukea, vaikkei hän itse olisi vielä valmis avun vastaanottamiseen. Puheeksi ottaminen, sekä avun ja tuen tarjoaminen jäänee itämään vanhemman mieleen tavalla tai toisella, jolloin avun pyytämisen kynnyks myöhemmin madaltuu. (Andersson 2006, 21). Vanhemman saattaa olla vaikeaa puhua päihdeongelmastaan esimerkiksi vauvan menettämisen (huostaanotto) pelossa, joten siksi on helpompaa rakentaa muuri itsensä ja päihdeproblematiikkansa ympärille, kuin puhua tilanteestaan. Tämän vuoksi on tärkeää, että asiakkaan päihdeongelmaa on kartoitettu yhdessä asiakkaan kanssa ja vauvaa on tehty näkyväksi asiakkaalle keskustelujen kautta jo raskausaikana. Lisäksi on tärkeää, että sopivia tukimuotoja on pohdittu ja kartoitettu yhteisesti asiakkaan ja hänen läheis- ja viranomaisverkostonsa kanssa raskausaikana, hyvissä ajoin ennen lapsen syntymää.

Raskaana olevasta päihderiippuvaisesta perheestä tehdään ennakoitunut lastensuojeluilmoitus jonkin viranomaistahon toimesta, vaikka lastensuojeluasiakkuus alkaa varsinaisesti vasta lapsen syntymän jälkeen. (Lsl 2010, 25 c §.) Ennakoiva lastensuojeluilmoitus mahdollistaa varhaisen tuen, sekä tuen tarpeen kartoittamisen vauvan syntymää ja sen jälkeistä aikaa ajatellen. Varhainen puuttuminen raskaana olevan päihteitä käyttävän tai käyttäneen äidin ja perheen tilanteeseen tarkoittaa sekä huolehtimista kohtuvauvan hyvinvoinnista, että koko perheen psykososiaalisen tilanteen kartoittamista. Ennaltaehkäisevyys näkyy vauvan jo synnyttyä esimerkiksi siinä, että raskausaikana saatava tuki voi minimoida vauvan kaltoin kohdelluksi tulemisen mahdollisuuden, sekä vauvan mahdollisimman alhaisen altistumisriskin päihteille. Ennaltaehkäisevyyttä on myös ylisukupolvisen lastensuojeluasiakkuuden, päihteiden käytön tai syrjäytymisen minimoiminen vaikkapa ryhmän keinoin. Aulikki Kananojan ym. (2011, 153) mukaan on keskeistä toimia silloin kun auttamismahdollisuuksia on paljon, kuten raskaana olevan tai vastasyntyneen äidin kohdalla usein on. On myös keskeistä toimia päihteiden aiheuttamien sikiövaurioiden ehkäisemiseksi.

Asiakkaat ohjautuvat päiväperhekuntoutukseen muun muassa äitiystai lastenneuvolan, päihdehuollon, lastensuojelun tai mielenterveystyön kautta runsaan aiemman päihteiden käytön, sekä mahdollisten muiden

psyko-sosiaalisten pulmien vuoksi. Päiväperhekuntoutukseen voi osallistua sekä ydinperheenä, että yksinhuoltajaperheenä jo raskausaikana tai alle kuuden kuukauden ikäisen vauvan kanssa. Kuntoutus toimii kolmena päivänä viikossa. Ryhmään valitaan puolivuositain uudet osanottajat, mutta tarpeen vaatiessa ryhmässä voi myös jatkaa toisen kauden, yhteensä kaksi lukukautta.

Päiväperhekuntoutuksen tavoitteena on tukea ja ohjata äitejä perheeseen löytämään vahvuuksia päihteettömän elämäntavan omaksumiseen, sekä löytää tekemistä päihteiden käytön tilalle ja sitä kautta lisätä asiakkaan osallisuutta ympäröivässä yhteiskunnassa. Asiakas tekee myös omat yksilö- ja perhekohtaiset tavoitteensa ryhmässä olemiseensa. Ryhmässä suunnataan asiakkaan resursseja oman vauvansa huolenpitoon vahvistamalla vauvan ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhdetta ryhmän keinoin. Päiväperhekuntoutuksen perimmäisenä tavoitteena ja tarkoituksena on ehkäistä raskaita perheisiin kohdistuvia interventioita, kuten kiireellisiä sijoituksia tai varsinaisia huostaanottoja.

Päiväperhekuntoutukseen kuuluu kiinteästi vauvan ja vanhemman vuorovaikutusta ja kiintymyssuhdetta vahvistava ja vauvan näkyvyyttä lisäävä, sekä vanhemman päihteettömyyttä tukeva toiminta. Ritva Beltin (2013, 47) mukaan ryhmämuotoisen hoidon tavoitteena on äidin hoitoon kiinnittyminen ja päihteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen. Lisäksi äitiä tuetaan kiinnittymään vauvaansa sekä vastaamaan vauvan tarpeisiin siten, että haitallisten toimintamallien siirtäminen vauvaan katkeaisi. Haitallisista malleista Belt (mt.) mainitsee erityisesti pelottavan käytöksen, tunteiden sääntelyn puuttumisen ja epävakaan epäsensitiivisen käytöksen. Kyseiset seikat pätevät myös tässä päiväperhekuntoutusryhmässä.

Päiväperhekuntoutus on paikka jossa asiakas saattaa kipuilla voimakkaastikin yhteisesti sovittujen sääntöjen, yhteisön mahdollisesti tuoman jännitteen ja ylipäättään luottamukseen liittyvien asioiden vuoksi. Asiakkaan täytyy ikään kuin selvittää voiko hän luottaa sekä ryhmän ohjaajiin, mutta myös toisiin ryhmäläisiin. Riitta Hyytinen (2007, 145) mainitsee luottamuksen olevan nimenomaan työntekijän luottamista asiakkaaseen, minkä lisäksi kuntoutuksessa on kokonaisuudessaan vallittava luottamuksellinen ilmapiiri. Luottamuksen saavuttaminen voi viedä pitkään, johtuen osaksi siitä että asiakas ei välttämättä ole kokenut luottamuksellista suhdetta aiemmin, tai suhteet ovat olleet vähäisiä tai ristiriitaisia. Myös päihdemaailmalla on oma vaikutuksensa asiakkaan luottamuksen rakentamisen kykyyn, sillä päihdemaailmaan harvoin kuuluvat luottamuksellisuus ja toisen kunnioittaminen. Sen vuoksi ryhmään tarvitaan yhteisesti jaettu sosiaalinen tila, jotta riittävän avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutus mahdollistuu sekä ryhmäläisten itsensä välillä, mutta myös ryhmäläisten ja työntekijöiden välillä. (Granfelt 2008, 32.) Äidin on tärkeää saada opetella turvallisessa ympäristössä vauvan hoitoa, sekä itseensä kohdistuvan huolenpidon vastaan-

ottamista, etenkin jos hänen kokemuksensa saamastaan hoivasta omassa lapsuudessaan ovat jääneet vähäisiksi. Ryhmäprosessin aikana äiti saattaa-kin tulla tietoisemmaksi omista traumaistaan, psyykkisestä tilastaan, sekä avun tarpeestaan ja sen vastaanottamisen tärkeydestä. (Belt 2013, 76).

Kuntoutuksen tarkoitus on myös rohkaista ja osallistaa äitiä perheeseen lähtemään kotoa muiden pariin, sekä saamaan tukea päihde- sekä muihin pulmiinsa, mutta myös aivan tavallisiin arkeen ja perheeseen liittyviin asioihin. Äitien ja heidän puolisoitensa voimaantumisprosessi päihdeongelmasta selviytymiseen, keskittymään vauvaansa, vanhemmuuteensa ja perheeseensä, sekä tähtäämään tulevaisuuteen parantaa lapsen asemaa perheessä. Näin huostaanotoilta ja muilta rajuilta väliintuloilta saatetaan välttyä. (Kananoja ym. 2011, 149).

Päiväperhekuntoutuksessa yhdistyvät lastensuojelun, päihdetyön ja neuvolan perhetyön tuomat elementit työntekijöiden tullessa eri sektoreilta. Eri sektorisuus ja moniammatillisuus tuovat työlle syvyyttä, jolloin asiakkaiden tukeminen ei jää vain yhden instanssin varaan. Päiväperhekuntoutukseen voisi soveltuvien osien liittää yhteisö- ja rakenteellisen sosiaalityön elementtejä. Yhteisösosiaalityön liittäisin päiväperhekuntoutukseen siksi, että ryhmässä opetellaan muiden kanssa olemista ja muodostetaan puolesta vuodesta vuoteen kestävä, kolme kertaa viikossa kokoontuva yhteisö. Rakenteellinen sosiaalityö taas näkyy siinä, että päiväperhekuntoutuksella on suurempi yhteiskunnallinen merkitys vauvaperheiden tukijana ja rinnalla kulkijana, sekä päihteettömän elämän tukijana.

Sukupuolisensitiivinen näkökulma päiväperhekuntoutukseen

Vauvojen mukana oleminen kuntoutuksessa on usein naisten kuntoutukseen osallistumista edistävä tekijä. (Karttunen 2013, 224.) Nainen saa tukea omasta päihderiippuvuudestaan toipumisen lisäksi vauvan hoitoon liittyvää täsmällistä tietoa, mutta myös mahdollisuuden vahvistaa kiintymys- ja vuorovaikutussuhdetta vauvaansa. Nainen voi myös saada eväitä rakentaa tulevaisuuttaan eri tavalla aiempaan nähden, saada ikään kuin uuden alun. Ryhmämuotoisen päiväperhekuntoutuksen myötä nainen voi saada kipinän muuttaa elämäänsä myös laajemmin koskien koulutusta tai työtä, jotka eivät kenties aiemmin ole olleet ajankohtaisia juuri akuutin päihteiden käytön vuoksi. Kipinä voi myös koskea naisen elämää laajemminkin. Hän voi esimerkiksi voimaantua tarkastelemaan parisuhdettaan tai muita lähi-suhteitaan kriittisesti.

Naisten, miesten ja vauvojen samanaikainen kuntoutus on osaltaan tärkeää, koska tällöin koko perhe saa saman tiedon ja huolenpidon. Yhteinen kuntoutus estää osaltaan puolison päihteiden käytön jatkumisen kotona,

sillä puolison käyttö saattaisi vetää väistämättä naista takaisin päihdemaailmaan. Puolison päihteiden käyttö saattaisi olla vakava uhka naisen omalle raittiudelle. (Hyttinen 1990, 102.) Kääntöpuolena yhteisessä kuntoutuksessa on usein päihdeongelmaisilla näkyvä tiivis yhdessä oleminen puolison kanssa, jolloin asiat tehdään aina kaksin. Kaksin tekeminen nivoutunee vahvasti päihdemaailmaan, jossa puoliso on voinut auttaa selviytymään vaikeistakin päihteiden käyttöön liittyvistä tilanteista ja päihteiden hankkimisesta. Symbioottinen suhde ei usein ole enää tarpeen suunnattaessa pois päihdemaailmasta yhteiskuntaan, jossa odotuksena on molempien vanhempien itsenäisyys parisuhteen sisällä. Itsenäisyydellä tarkoitan sitä, että se mahdollistaa puolisoiden etenemisen myöhemmin esimerkiksi työelämään tai kouluttautumaan ja tekemään ratkaisuja parisuhteesta huolimatta myös yksilönä.

Tiivis parisuhde voi vaikuttaa naisen omaan toipumisprosessiin siten, ettei naisen identiteetti pääse välttämättä kehittymään, koska itsensä ja omat tarpeensa voi olla helpompaa kätkeä puolison ja tämän tarpeiden taakse. Nainen jää tai jättäytyy ikään kuin miehen varjoon, perinteiseen kuuntelijan rooliin, jolloin oma kuntoutus saattaa tiedostetusti tai tiedostamatta jäädä taka-alalle. (Hyttinen 1990, 100.) Voi myös olla että nainen ottaa hoivaajan- ja huolenpitäjän roolin, joka vie itse päihdekuntoutumiselta terän naisen keskittyessä puolisonsa tarpeisiin. Tällainen käytös voi olla tiedostamatonta tai tiedostettua. Tiedostettua se on erityisesti silloin kun sitoutuminen ja motivaatio kuntoutukseen näyttäytyvät vähäiselle. Tällöin nainen ikään kuin toistaa päihdekulttuurissa esiintyvää naiseuden roolia, joka usein on alistainen. (Karttunen 2013, 226; ks. myös Hyttinen 1990, 101, 106.) Päihdeongelmaisen naisen hoidossa onkin tärkeää, että tämä voi tulla kuulluksi ja nähdyksi omana itsenään ilman pelkoa leimautumisesta ja ilman ennako-odotuksia. (Hyttinen 1990, 98.)

Päihteettömyysryhmä ja äitien kehittämisehdotukset ryhmälle

Päiväperhekuntoutuksen yhtenä osana on 12 kertaa lukukaudessa ja keran viikossa 1,5 tuntia kokoontuva äitien päihteettömyysryhmä. Olen itse prosessissa mukana toisena ryhmänohjaajana. Olemme toisen ryhmänohjaajan kanssa sosiaalialan ammattilaisia ja päihdetyöntekijöitä päihdehuollon avopalveluissa. Ryhmälle on luotu struktuuri, joka määrittää teemat jokaiselle kahdelletoista kerralle. Struktuurin olemme luoneet toisen ryhmänohjaajan kanssa päihdetyöhön keskeisesti liittyviin teemoihin. Ryhmän teemoina ovat olleet muun muassa oman päihdehistorian jakaminen, päihteettömyys, retkahdusten ennakointi ja ehkäisy, päihdehimon käsitte-

ly, sekä parisuhteeseen, väkivaltaan ja naisen oman identiteetin vahvistamiseen ja naiseuteen liittyvät aiheet.

Päihdeittömyysryhmä on tarkoitettu päiväperhekuntoutukseen osallistuville äideille, isille on oma ryhmänsä, jossa on omat ohjaajansa. Tällaiseen jakoon päädyttiin, vaikka tämä päiväperhekuntoutus ei ole varsinaisesti sukupuolisensitiivistä, nais erityistä toimintaa. Haluan kuitenkin nostaa esiin muutamia sukupuolisensitiivisiä elementtejä, sillä tässä tutkimuksessa esitetty päiväperhekuntoutuksen päihdeittömyysryhmä perustuu vahvasti sukupuolisensitiiviseen työskentelyyn ja vertaistukeen.

Teija Karttusen (2013, 221) mukaan sukupuolierityisessä työskentelyssä on nähtävissä ymmärrys sukupuolesta, sekä sukupuolen, tässä tapauksessa naiseuden merkityksestä päihdehoidossa. Toinen elementti, jonka Karttunen liittyy sukupuolierityiseen työskentelymalliin on työntekijöiden käsitys siitä, millaisia palveluita erityisesti nainen tarvitsee. Läsnä on myös päihdeongelman psykososiaalisen kuntoutumisen ulottuvuus. Lisäksi tarvitaan näkemys teoreettisista sekä menetelmällisistä näkökohdista, sekä jäsenyys siitä, mitä naisille voidaan päihdehuollollisesta näkökulmasta tarjota ja miten se nivoutuu esimerkiksi naisen lisäksi myös perheen tarpeisiin.

Pia Ruohola (2005, 34) mainitsee tutkimuksessaan päihderiippuvuudesta toipuvan naisen opettelevan tuntemaan itseään uudelleen jäsentämällä menneisyyttään, jolloin myös uusien taitojen sisäistäminen mahdollistuu. Päihdemaailmassa mahdollisesti koetut traumat vaikuttavat siihen, miten nainen kommunikoi tämän hetkessä elinympäristössään ja siksi ryhmän yksi tärkeimmistä tehtävistä on luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. (mt., 36.) Huonommuuden tunne, syyllisyys ja häpeä ovat usein keskeisessä roolissa, varsinkin ryhmän alussa, kun ryhmäläiset eivät tunne vielä toisiaan tai ohjaajia eikä kyseisiä teemoja ole vielä siten voitu avata. (Mt., 48.)

Syyllisyys ja häpeä ovat voineet kaiheraa naisen mielessä pitkäänkin. Aiemmin kyseisiä tunteita on voitu välillisesti eliminoida päihdeiden käytöllä. Päihdeet toimivat tunteiden turruttajina, mutta eivät poista niiden alkuperäistä lähdeä. Syyllisyys koskee usein myös naisen äitiyttä, etenkin jos nainen on käyttänyt päihdeitä raskausaikana tai synnytyksen jälkeen. Syyllisyys koskee tällöin vauvan terveyttä, sekä äitiyden yhteiskunnallisia odotuksia suhteessa äidin kykyyn täyttää tai olla täyttämättä äitiyden odotuksia ja velvollisuuksia. Häpeä ja syyllisyys liittyvät olennaisesti päihdeiden käytön aiheuttamaan ristiriitaan, mutta myös aiempiin traumakokemuksiin. Kyseiset tunteet voivat nousta pintaan äidin ollessa päihdeittömänä, jolloin mahdollistuu otollinen tilaisuus käsitellä niitä esimerkiksi juuri vertaistuen keinoin.

Riitta Hyytinen (2007, 148) mainitsee, että ryhmän kanssa työskentellessä voidaan toimia epämuodollisesti, millä on parhaimmillaan vaikutuksia ryhmän vuorovaikutuksen kannalta. Tällöin Hyytisen mukaan myös

mahdollistuu asiakkaan kohtaaminen enemmänkin ihmisenä, kuin päihde-ongelmaisena tai asiakastapauksena muiden joukossa. Mielestäni tämä on tärkeä seikka ryhmäprosessia ajatellen. Olemme toteuttaneet päihteettömyysryhmässä kyseistä mallia, vaikkakin ohjaajina meillä on viimekätinen vastuu ryhmäkerran aiheista ja aiheen käsittelyn etenemisestä. Teemoissa on edukatiivisuutta, mutta työotteemme ei ole edukatiivinen vaan ennemminkin ryhmän rinnalla kulkeva.

Ryhmän käytössä on tila, jossa on mukavat nojatuolit joka osaltaan luontoutta. Äidit istuvat yleensä hyvinkin rennosti ja ennen varsinaista aloitusta tilanne on usein varsin epämuodollinen ja vapaa. Ryhmä on vuorovaikutteinen sekä ammattilaisnäkökulmaa, mutta myös vertaistukea painottava. Tavoitteena on auttaa äitejä löytämään uusia näkökulmia omaan elämäntilanteeseensa ja päihteettömänä olemiseen. Olemme ryhmässä kuunnelleet tarkasti äitien kertomuksia, mutta myös non-verbaalista viestintää. Jonkin tietyn aiheen, kuten esimerkiksi parisuhteen ollessa monen äidin elämässä pinnalla olemme päätyneet siihen, että jatkamme aiheesta seuraavallakin kerralla. Myös väkivaltaa käsiteltäessä on ollut tarvetta useammalle käsittelykerralle. Tällöin alustavasti ryhmäkerralle suunniteltu teema on siirtynyt myöhempään ajankohtaan. Joustavuus on ollut tärkeää, koska silloin äidit saavat aidosti äänensä kuuluviin, jolla on merkitystä äitien omien ratkaisujen ja ajatusmallien muuttamiseen. Valmiita malleja ryhmässä ei voida antaa, vaan tärkeää on, että äiti itse alkaa ryhmän kulessa oivaltaa hänelle tärkeitä asioita.

Vertaistuella on merkitystä ryhmälle ja sen toimivuudelle. Toisten äitien kertomusten kuuleminen, sekä omien kokemusten jakaminen ovat tärkeitä sekä yksilön kannalta, mutta toisaalta myös ryhmäprosessin kannalta. Vertaistuki auttaa äitiä huomaamaan, ettei hän ole ainut saman pulman kanssa kamppaileva, mikä osaltaan voi hälventää pulmasta mahdollisesti johtuvaa häpeää tai syyllisyyttä, mutta myös salailua. (THL 2013.) Helena Palojärven (2009, 2) tutkimuksen mukaan vertaistuen ja ammattilaisnäkökulman yhdistämällä voidaan auttaa naista voimaantumaa. Kokemusten jakaminen, sekä toisten äitien kokemusten kuuleminen auttaa osaltaan äitiä pois omasta eristäytymisen tilasta. (Mt., 39) Sitä kautta äidin omat pulmat voivat saada uudet pienemmät mittasuhteet, kun hän on voinut jäsentää niitä ammattilaisten lisäksi toisten äitien kanssa, joilla on samankaltaisia kokemuksia.

Asiakkaiden kehittämisehdotuksia

Ensimmäisellä kerralla keräsimme kehittämisehdotuksia seitsemän ensimmäisen istunnon teemoista. Tuolloin paikalla oli kolme neljästä ryhmän äidistä. Toisella kerralla käsitelimme 8–12 istuntojen teemat, jolloin paikalla oli kaikki neljä äitiä. Kolmella heistä on esikoisvauvat, yhdellä äidillä on

useampi lapsi, joista osa on sijoitettu. Äitien ikäjakauma on 23–38 vuotta. Heistä kaikki ovat käyttäneet erilaisia päihteitä, kuten alkoholia, rauhoittavia lääkkeitä, buprenorfiinia ja amfetamiinia. Yksi äideistä on opioidiriippuvaisten korvaushoidossa. Tilanne perustui keskusteluun ryhmän teemoista ja olin etukäteen kertonut fokuksen olevan siinä, miten äidit kokevat juuri nämä teemat ja haluaisivatko he tehdä niihin muutoksia. Kirjasin keskustelun lomassa kehittämisehdotuksia fläppi-paperille.

Ensimmäisen istunnon teemana on lyhyen esittelykierroksen lisäksi päihteettömyysryhmän sääntöjen, sisältöjen ja odotusten läpi käyminen. Tämän jälkeen näytetään keskustelun herättäjäksi tarkoitettu internetin Lapsinen lapsuus sivujen kautta Youtubesta löytyvät ”Hirviöt” (”Fragile childhood”) ja Alkon ”Lasten seurassa” lyhytfilmit. Kyseisillä videoilla lapset ovat päihtyneen aikuisen seurassa, joka näyttäytyy konkreettisesti hirviönä tai vaihtoehtoisesti omaan päihtymykseen liittyvään euforiseen tilaan keskittyvänä. Riitta Hyytisen (2007, 83) mukaan päihtymys näkyy vanhemman psyykkisessä ja fyysisessä voinnissa, sekä lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvissä asioissa lisäten lapsen turvattomuuden tunteita. Vanhemman vaihteleva käytös lisää lapsen pelkoa ja hätää tilanteessa. (Mt., 85.) Olemme nähneet filmin tärkeänä osana aloitusta juuri kyseisestä syystä sekä siksi, että se osaltaan käynnistäisi äideissä ajatusprosessin siitä, etteivät päihteet ja lapsi tarpeineen sovi yhteen. Ensimmäisen ryhmäkerran lopuksi jaetaan ryhmän kesken yhteisesti ryhmäläisten päihdehistoriat.

Äitien kokemuksen mukaan filmi on tärkeä ja saa miettimään äitiyden ja päihteiden suhdetta. Filmi toimii heidän mukaansa herättäjänä, sillä he kokevat etteivät ole ajatelleet millaisena oma päihtymys saattaisi näyttää oman lapsen silmissä. Äidit pohtivat myös lapsen reaktioita päihteiden vaikutuksen alaisena olevaan vanhempaan. Päihdehistorian jakamisen ryhmässä asiakkaat kokivat erittäin tärkeäksi. ”*Oman päihdehistorian käymistä ei piä jättää myöhemmille kerroille, koska sillon sen jakaminen olis vaikeempaa. Vois tulla kynnyks kertomiseen.*” Ensimmäisestä istunnosta fokukseen nousivat useat seikat, kuten esimerkiksi ryhmäytymisen ja luottamuksen syntyminen alku. Äidit kokivat vertaisryhmässä, etteivät ole yksin ongelmiensa kanssa ja että syyllisyys vähenee, kun kuulee muiden kertomuksia ja olo helpottuu.

Toisella istuntokerralla teemana on sukupuun työstäminen ja päihteiden rooli omassa lapsuudessa. Kaikkien äitien mielestä sukupuun tekeminen oli hyödyllistä, sillä sukupuu todentaa omaa läheisverkostoa, myös vauvaa ajatellen. Päihdeongelma on osa perhe-elämää, ei vain syy ongelmiin (Tuomola 2012, 147.) Lapsuudessa mahdollisesti saadut kokemukset omien vanhempien tai muun lähisuvun päihteiden käytöstä he kokivat sekä itsensä, että myös vauvansa kannalta tärkeäksi asiaksi käsitellä, vaikkakaan he eivät eritelleet aiheen tärkeyttä enempää. Lähisuhteilla on suuri merkitys vauvan saaneille perheille. Erityisesti äidit prosessoivat jo raskausaikana,

sekä synnytyksen jälkeen itse lapsena saamaansa hoivaa ja oman äitinsä toimintatapoja. Voi myös olla, että äiti ei ole tullut koskaan aiemmin kuulluksi omista vaikeista lapsuudenkokemuksistaan.

Kolmannella istuntokerralla edellinen teema jatkuu ja lisäksi teeman tavoitteena on kartoittaa perheen saamaa muuta tukea. Tällä istuntokerralla on myös alku- tai loppurentoutus sen mukaan, miten asiakkaat kokevat rentoutusta tarvitsevansa. Rentoutuksessa on käytetty yleensä rentoutuscd:tä, jossa on tarjolla rentoutuksia 10 minuutin mittaisista 45 minuutin mittaisiin rentoutuksiin. Rentoutuksista on valittu tilanteeseen sopiva pituus. Toisen ryhmänohjaajan akupunktiokoulutus mahdollistaa akupunktiokäytön myös ryhmässä. Akupunktiota käytetään yleisesti päihdehoidossa sekä välittömään rentoutukseen, että avuksi riippuvuuden hoitoon. Äideillä ei niinkään ole sanottavaa teemasta, tai rentoutumisesta sinänsä, vaan he kehuvat erityisesti akupunktion tuomaa rentouttavaa vaikutusta ja toivovat sitä järjestettävän useammallekin kerralle.

Neljännellä istuntokerralla teemana on riippuvuus, mikä laukaisee riippuvuutta, sekä läheisten reaktiot ja oma syyllisyys suhteessa riippuvuuteen. Ghodsen (2002, 4) mukaan fyysinen ja psyykinen riippuvuus käytetystä päihteestä on niin lähellä toisiaan, että niitä voi olla vaikeaa erottaa. Voi myös olla helpompaa olla erittelemättä fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, tai olla ylipäättään ajattelematta omaa riippuvuuttaan. Tähän vaikuttaa esimerkiksi se, että riippuvuuden hoitaminen vaatii sitoutumista. Lisäksi riippuvuuden ajatteleminen voi nostaa syyllisyyden ja häpeän tunteita pintaan. Kyseiset tunteet saattavat käydä niin sietämättömiksi, että on helpompaa pitäytyä päihdeiden käytössä kuin aloittaa niiden käsitteleminen. *”Itelle anteeks antaminen on helpompaa, kun ymmärtää et mitä riippuvuus tarkoittaa.”*

Äidit ovat yksimielisiä siitä, että riippuvuus on aiheena niin tärkeä, että se on syytä jakaa kahteen eri istuntokertaan. Riippuvuus teemana on jo melkoisen massiivinen, etenkin kun äitien odotetaan käsittelevän sitä omasta näkökulmastaan. He myös kertovat läheisten reaktioiden olevan heidän kannaltaan haastavia ja esimerkiksi luottamukseen ja erityisesti sen menettämiseen vahvasti vaikuttavia.

”Mun äiti ja sisarukset uskaltaa antaa mulle nykyään rahaaki muutamman kymppin, et oon saanu luottamusta takasin ja se tuntuu hyvälle... et ne tietää, ettei se raha mee Subuun vaan ruokaan.”

Viidennessä istunnossa teemana on päihdehimo ja se, miten se ilmenee, miten sitä voi hallita, sekä illuusio päihdeiden käytön hallinnasta. Kaikkien kolmen äidin mielestä aihe on merkityksellinen. He perustelevat aiheen tärkeyden seuraavasti:

- on oppinut päihdehimosta ja siihen vaikuttavista mekanismeista uusia asioita, joita ei ole pohtinut aiemmin
- valehtelee itselleen helpommin päihdeiden käytön tarpeellisuudesta silloin kun itsellä menee huonosti

- päihdehimon iskiessä ymmärtää mekanismeja ja tietää miten toimia (tässä kohdassa yksi äideistä viittaa 12.:lla istunnolla tehtävään turvakorttiin).

Kuudennen istunnon teemana on kehollisuus ja naiseuden tunnistaminen, sekä väkivallan muodot ja tunnistaminen. Lopuksi on rentoutus. Aihe kirjoittaa äitejä pohtimaan erityisesti naisen asemaa päihdemaailmassa. ”*Naisen arvo on päihdemaailmassa huono, paitsi jos on joku ultimate gangsterivaimo.*”

Yhteisesti myös todetaan, että aihe tarvitsee useamman käsittelykerran. Perustelut teeman merkityksellisyydelle ovat:

- nainen saa iskuja päihdemaailmassa
- naisen arvo on vähäinen päihdemaailmassa
- vauvan syntymä aiheuttaa muutoksia kehollisuuteen ja naiseuteen
- omien seksuaalisen väkivallan ja muun koetun väkivallan kokemusten jakaminen ja niissä kuulluksi tuleminen
- omasta väkivaltaisuudesta puhuminen, muualla kuin oikeussalissa.

Seitsemännen istunnon teemana on puolison päihderiippuvuus ja parisuhteen odotukset. Äidit olivat yksimielisiä siitä, että näiden asioiden käsittelylle tarvitaan useampi käsittelykerta. Parisuhde asioiden lisäksi ryhmän luottamuksellisella ilmapiirillä on äideille merkitystä. Perustelut teeman tärkeydelle olivat:

- parisuhde ei toimi jos toinen lopettaa päihteiden käytön ja toinen jatkaa sitä
- toisen käyttö yllyttää itseäkin käyttämään
- luottamuksen lisääntyessä uskaltaa jakaa ryhmässä enemmän.

Kahdeksas istunto on teemaltaan päihteiden käyttöön liittyvien asioiden tunnistaminen ja ajatuspolkujen muuttaminen. Äidit pohtivat esimerkiksi sitä, että aiemmin ajatuspolut ovat suuntautuneet päihteiden käyttöön, eikä niinkään siitä pois pääsemiseen. Pohdinnan taustalla on ajatus siitä, että aiemmin hoitoon ei ole tullut hakeuduttua, sillä he kokivat että he olisivat sen ehkä kuitenkin pilanneet. Lisäksi he kertoivat, että olivat kyseisestä syystä pohtineet sitä, kannattaako päihteiden käyttöä edes lopettaa. Kyseisen ajatuksen taustalla oli epäluottamus itseä kohtaan. Äidit olivat hyvin yksimielisiä pohdinnoissaan siitä, että toisten kuulemisen merkitys korostuu. Merkityksellisyyttä lisäsi heidän mielestään se, että omat ajatukset ovat olleet yhteneväisiä toisten ryhmässä olevien äitien ajatusten kanssa. Äitien pohdintaan nousi seuraavia asioita:

- kun uskaltaa ajatella, voi myös alkaa parantumaan
- päihteet on aiemmin ollut pääasia ja ainut, mikä on ollut mieles-
- sä
- en kauheasti ajattele
- toisten kuuleminen merkityksellistä.

Yhdeksännnen istunnon teemana on mitä päihteiden tilalle, elämäntavan tervehdyttäminen, sekä tasapainottavuus ja mielekkyys. On selvää, että aiemman päihteiden käytön tilalle tarvitaan mielekästä tekemistä tukemaan saavutettua päihteettömyyttä. ”*Jos lasta ei olisi, niin vetäisin enkä olis tässä.*”

Mielekäs tekeminen voi myös vähentää päihdehimoa. Teema nosti keskiöön seuraavia ajatuksia ja myös konkreettisesti tekemistä:

- hyvä miettiä asiaa
- tarvitsee muuta tekemistä päihteiden käytön tilalle
- käyn lenkillä, juoksen, pelaan Facebookissa, tai käyn siellä muuten, teen ristikoita.

Kymmenennen istunnon teemana on lipsuminen ja retkahdus, miten ne voi välttää, riskitilanteiden tunnistaminen, keinot hallita lipsahdusta ja retkahdusta, sekä jo alkaneen lipsumisen tai retkahduksen katkaiseminen. Lipsahdus ja retkahdus kuuluvat usein päihteistä vieroittumiseen. Niistä on tärkeää puhua nimenomaan oppimismielessä ja ilman liioittelua. (Aalto 2012, 118.) Olemme nähneet kyseisen teeman tärkeäksi, jotta asiakkaat voisivat ennakoita lipsahdukseen tai retkahdukseen johtavia malleja.

Lipsumisesta ja retkahtamisesta puhumisen äidit kokivat hyvin tärkeäksi. He kertoivat, etteivät aiemmin olleet ajatelleet kyseisiä teemoja. Toisaalta äidit kertoivat, että jos olisivat joskus aiemmin voineet jonkin tahon kanssa käsitellä kyseisiä teemoja, niin retkahduksia olisi voinut välttää ja päihteiden käyttö olisi voinut vähentyä tai loppua. Tieto olisi äitien mukaan myös saanut yrittämään hakemaan apua vaikkapa siten, että olisi voinut soittaa läheisille. Toisaalta äideistä kolme ei pitänyt alkoholin käyttöä niin ongelmaisena, että lipsahduksesta ja retkahduksesta pitäisi olla huolissaan.

- kun asiaa puntaroi, niin esiin nousee päihteiden käytön hyödyttömyys
- vauva menee kaiken edelle, hoito ei niinkään
- jos pysyy alkoholissa, niin ok.

Yhdennentoista istunnon teemana on hätäsuunnitelman ja turvakortin työstäminen retkahtamisen varalle. Turvakortti on konkreettisesti pankkikortin kokoinen pahvista laminoitu kortti, johon äidit kirjaavat sellaisten ihmisten tai tahojen puhelinnumerot joihin he voivat olla yhteydessä silloin, jos he pelkäävät retkahtavansa. Kortilla voi olla merkitystä kynnyksen

madaltumiseen avun pyytämistä ajatellen. Kortin tekeminen koettiin mukavana, mutta sen käyttö ambivalentiksi. ”En kehtaa soittaa, sillä kaikki aattelis ”niin justiin”. Keskusteluun nousivat luottamuksen menettämisen pelko ja se, välittäisivätkö läheiset kuitenkin jos heihin olisi yhteydessä retkahdusta edeltävästi tai jo sen satuttua.

Kahdennentoista istunnon teemana on muutos, voimavarat ja tulevaisuuden tavoitteet, sekä ryhmässä käsiteltyjen teemojen kokoaminen. Parhaimmillaan päiväperhekuntoutus päihdeettömyysryhmineen on osa äitien identiteettien uudelleen rakentamista. Sanna Väyrysen (2007, 190) mukaan positiivinen minäkertomus toimii identiteetin uudelleen rakentamisen keinona, vaikkakin rakennusaineiksi tarvitaan myös sellaisia asioita äitien elämästä, joilla on negatiivinen kaiku. Suunnattaessa tulevaisuuteen on syytä kartoittaa omia voimavarojaan ja rajojaan omaa jaksamistaan ja päihderiippuvuudesta toipumista ajatellen. Äidit kokivat hyväksi teemojen kokoamisen, sekä omien voimavarojen kartoittamisen tulevaisuuden tavoitteiden asettamista ajatellen. Voimavara- ja tulevaisuuspuhetta äidit kuitenkin tuottivat yllättävän vähän siihen nähden, että kolme neljästä äidistä on jo ollut kaksi jaksoa päiväperhekuntoutuksessa. Tarjolla on siis ollut kuvia tulevaisuuteen ajatuspolkujen muuttamista ja omaa voimaantumista ajatellen, joiden toimeenpano jää nähtäväksi ryhmän jälkeiseen ajankohtaan.

Pohdinta

Tämän kehittämistyön kohteena oli päihderiippuvaisia äitien ryhmä. Työskentelyn lähtökohta on, että riippuvuus voidaan kääntää voimavaraksi ryhmän keinoin. Riippuvuuden työstäminen vaatii pitkiä ajanjaksoja, päihderiippuvuudesta puhuttaessa vuosien prosessin. Työstäminen vaatii suhteen muuttamista päihteisiin, sekä käytettyjen päihteiden ja niihin liittyvän kaveripiirin jättämistä. On myös selvää, että usea päihteistä riippuvainen ei voi enää koskaan ottaa aiemmin käyttämäänsä päihdettä. Tämä siksi, että aivot ja keho muistavat käytetyn päihteen tuoman hyvän olon tunteen ja elimistö alkaa vaatia lyhyelläkin aikavälillä lisää päihdettä. Päihdeongelmasta kärsineiden äitien päihdeettömyyden tukeminen on kiistatta ensiarvoista. Päihdeettömyyttä tukemalla suojataan sikiön terveyttä ja lapsen kasvua ja kehitystä, mutta tuetaan myös äidin voimaantumista. Ryhmämuotoinen tuki paitsi antaa äidille mahdollisuuden tulla kohdatuksi itsenään, antaa eväitä myös tulevaisuuteen erilaisten toimintojen ja vertaistuen keinoin.

Äitien kehittämisehdotukset päihdeettömyysryhmän teemoista toivat vahvasti esiin sen seikan, että ryhmämuotoinen tuki on oivallinen ja monipuolinen tapa käsitellä päihteistä irrottautumista ja päihderiippuvuutta. Äitien mukaan yksikään teema ei ollut turha ja he kokivat teemojen tuovan

uusia näkökulmia aiheisiin, joita he eivät olleet ennen käsitelleet tai käsittely oli jäänyt pinnalliseksi. He myös kokivat tulleeensa kuulluiksi itsensä ja toisaalta pitivät arvokkaana vertaistukea. Vauva nähtiin tärkeänä oman motivaation kannalta. Äitien pohditan ryhmän teemoihin nojaten, oli jonkin verran ambivalenttia, sillä esimerkiksi alkoholin käytössä pitäytyminen nähtiin hyväksyttävänä. Tulokset puhuvat sen puolesta, että keskustelun tarve kohdistuu erityisesti päihderiippuvuudesta irtautumiseen, naiseuteen, sekä parisuhteeseen. Näille teemoille on syytä varata useampi istunto-kerta, sillä kyseisillä teemoilla on suuri merkitys päihdeistä irtautumiseen. Yllättävintä oli, etteivät äidit tuoneet esiin tulevaisuuden ja elämän tasa-painottamisen teemojen tärkeyttä.

Äidit tarvitsevat pitkäaikaista tukea riippuvuutensa työstämiseen. Päivä-perhekuntoutus ja sen päihdeettömyysryhmä on hyvä, muttei aina riittävä tukimuoto. Ryhmäaika on yhdestä kahteen lukukautta, mikä sysää osaltaan äidin päihdeistä irrottautumisen prosessia eteenpäin. Yksilötyö päihdetyön avoyksikössä voi toimia ryhmän rinnalla, sillä ryhmämuotoinen tuki ei sulje pois yksilötyöskentelyä. Joskus saatetaan joutua tilanteeseen, jossa asiakas-perhe siirtyy kesken jatkon ympärivuorokautiseen laitokuntoutukseen tai lopettaa ryhmässä esimerkiksi vähäisen sitoutumisen vuoksi. Joidenkin äitien puoliset ovat kokeilleet ryhmässä käymistä, mutta jättäneet sen sitoutumisvaikeuksien vuoksi. Ryhmäjakson päätyttyä verkoston on syytä pohtia äitien ja heidän perheidensä kanssa tarpeellisia tukimuotoja yksilötyön rinnalle, sekä mahdollista jatkotuen tarvetta. Jatkotuki on tarpeen paitsi äidin ja puolison päihdeettömyydelle, mutta myös lapsen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi.

Lähteet

- Aalto, Mauri 2010: Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Helsinki. Duodecim, 7–15.
- Aalto, Mauri 2012: Bentsodiatsepiiniriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim, 113–118.
- Andersson, Maarit 2008: Pidä kiinni hoitojärjestelmän rakentaminen. Teoksessa Andersson Maarit, Hyytinen Riitta, Kuorelahti Marianne (toim.): Vauvan parhaaksi kuntoutuminen päihdeistä odotus- ja vauva-aikana Pidä kiinni- hoitojärjestelmä. Helsinki. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38, 18–36.
- Barnard, Marina 2006: Drugs addiction and families. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Belt, Ritva 2013: Mother - infant psychotherapy groups among drug-abusing mothers Preventing intergenerational negative transmission. Tampere. University Press.
- Lastensuojelulaki 13.4. 2007. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus 25 c§. Finlex. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ennakollinen%20lastensuojeluilmoitus#L5P25c](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search[type]=pika&search[pika]=ennakollinen%20lastensuojeluilmoitus#L5P25c) Viitattu 12.4.2013
- Ghodse, Hamid 2002: Drugs and addictive behaviour: A guide to treatment. New York. Cambridge university press.
- Granfelt, Riitta 2008: Osalliseksi omaan elämään - work out -ohjelma nuoren vanhin tukena. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 4/2008. Rikosseuraamusvirasto. www.rikosseuraamus.fi/uploads/86ioddr3ebvra1.pdf Viitattu 14.1.2013.
- Hyttinen, Irja 1990: Kun nainen juo Naisten alkoholin käyttö, alkoholin ongelmakäyttö ja hoito. Helsinki. Valtion painatuskeskus.
- Hyytinen, Riitta 2007: Lapsi, huumeperhe ja toivo Lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutusprosessissa. Helsinki. Ensi- ja turvakotien liitto ry.
- Kahila Hanna 2012: Raskaus, imetys ja huumeiden käyttö. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim, 225–233.
- Kalland Mirjam, Pajulo Marjukka 2008: Äidin reflektiivinen kyky ja sen vaikutus päihde-ensikotien hoidon tulokseen. Teoksessa Andersson, Maarit & Hyytinen, Riitta & Kuorelahti, Marianne (toim.): Vauvan parhaaksi Kuntoutuminen päihdeistä odotus- ja vauva-aikana Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38, 158–183.
- Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti, Marjamäki Pirkko (toim.) 2011: Sosiaalityön käsikirja. Helsinki. Tietosanoma.
- Karttunen, Teija 2013: Nais erityyisen työotteen elementeistä päihdehoidossa. Teoksessa Virokannas, Elina & Väyrynen, Sanna (toim.): Varjoja naiseudessa. Unipress, 220–246.
- Kivitie-Kallio, Satu & Autti-Rämö, Ilona 2012: Päihdeitä käyttävien vanhempien lapsi. Teoksessa Söderholm, Annlis & Kivitie-Kallio, Satu (toim.): Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Duodecim, 196–216.
- Laine, Timo 2001: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine: Ikkunoita tutkimusmetodeihin

- 2 Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS-kustannus, 26–43.
- Mäkelä, Klaus 2009: Päihdeäitien hoito ja valvonta. Yhteiskuntapolitiikka 74 2009:2. www.stakes.fi/yp/2009/2/makeläk.pdf Viitattu 6.12.2012.
- Nätkin, Ritva 2011: Äiti maaperänä. Teoksessa Vaarla, Suvi (toim.): Alkoholin vaurioittamat Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Helsinki. Kehitysvammaliitto, 118–137.
- Ojanen, Minna 2006: Äiti korvaushoidossa. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): Pullo, pilleri ja perhe Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä. PS-kustannus, 107–135.
- Palojärvi, Helena 2009: Vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä Mitä NOVA-ryhmä auttaa ja tukee, kun naisella on paha olo? Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Ruohola, Piia 2005: Linehanin mallin sovellus psykososiaalisen kuntoutumisen välineenä Huumeongelmaisten naisten kokemuksia laitostajaksolta. Järvenpää. Diakonia ammattikorkeakoulu.
- THL 2013: Neuvoa-antavat. Vertaistuki päihdeongelmissa. www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki Viitattu 13.4.2013.
- Tuomola, Pekka 2012: Läheiset ja huume- ja lääkeriippuvuus. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim, 225–233.
- Varjonen, Vili & Tanhua, Hannele & Forsell, Martta & Perälä, Riikka 2012: Huume-tilanne Suomessa 2012 Raportti 75/2012. THL.
- Virokannas, Elina 2013: Vailla suojelua – huume- ja lääkehoidossa olleiden äitien kertomuksia lapsuuden kokemuksistaan. Teoksessa: Virokannas, Elina & Väyrynen, Sanna (toim.) Varjoja naiseudessa. Unipress, 52–82.
- Väyrynen Sanna 2007: Usvametsän neidot Tutkimus nuorten naisten elämästä huume- ja lääkekuvioissa. Rovaniemi. Lapin yliopisto.

5 Päihdeongelmainen nainen pienen syrjäkunnan sosiaalityön asiakkaana

Riitta Kostamo

Artikkeli kuvaa naisen kokemuksia Itä-Lapin kunnan päihdepalveluista, avun saamisesta, naisten päihteiden käytön erityisyydestä ja niistä voimavaroista, joiden avulla nainen yrittää selviytyä alkoholiongelmasta. Artikkelin perustuu Saaran haastatteluun. Hän on käyttänyt alkoholia ongelmallisesti parin vuosikymmenen ajan. Näkökulma on paikallinen päihdepalvelujärjestelmä ja asiakkaana olevan naisen kohtaanto. Saaran kokemuksen lisäksi esille tulevat myös sosiaalityöntekijän ajatukset päihdepalveluiden toimivuudesta ja kehittämistarpeista.

Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoitteena on päihteiden ongelmakäytön sekä siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen, edistämällä päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuollossa pyritään kokonaiskuntoutukseen, jonka edellytyksenä on asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu. Asiakasta autetaan toimeentuloon, asumiseen, terveyteen ja työhön liittyvissä ongelmissa. Kuntien sosiaali- ja terveystoimien vastuulla on päihdehuollon järjestäminen kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti. Ensisijaisesti on kehitettävä yleisiä sosiaali- ja terveystoimien palveluja, ja tarvittaessa tulee käyttää erityisesti päihdeongelmallisille suunnattuja palveluja. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Suomen päihdepalvelujärjestelmän mukaan jokaisella kunnalla tulee olla laadittuna päihdestrategia. Päihdestrategian tulee sisältää tiedot siitä, miten kunnan päihdepalvelut on järjestetty ja informoida kuntalaisia siitä, mistä apua voi hakea. Päihdehuollon palvelujen järjestämistä on aina kunnilla, jonka vuoksi päihdehuollon johtamista ja suunnittelua ei voida ulkoistaa. Kunnan tulee vastata siitä, että tarjolla on riittävän monipuoliset ja tarpeen mukaiset palvelut. (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002, 28.)

Saaran asuinkunnan päihdestrategia on laadittu vuosille 2008–2013. Kunnan päihdestrategian suunnittelutyö aloitettiin 2.11.2005 kokouksessa, jossa käytettiin ennakoitdialogian ja tulevaisuuden muistelun menetelmää ja moniammatillisella viranomaiskokoonpanolla. Helmikuussa vuonna 2006 jalkauduttiin työryhmiin, jotka muodostuivat lasten, nuorten, työikäisten ja ikäihmisten suunnitteluryhmistä. Työryhmät kokoontuivat useamman kerran ja pohtivat strategiaan otettavia asioita. Menetelmänä käytettiin nelikenttäanalyysiä, vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien kartoittamista päihdestrategiaan. Päihdestrategia on sovittu päivitettäväksi kahden vuoden välein. Päihdestrategian seuranta on annettu vastuuhenkilöille. Uudemmassa päivitettyssä päihdestrategiassa (1.7.2005) työryhmät ovat sisällyttäneet ja laajentaneet ikäkausittaisia päihdeohjelmia

Yleensä Suomessa yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluja tarjotaan laitospalveluina terveyskeskusten vuodeosastoilla, yleissairaaloissa ja psykiatrisissa sairaaloissa sekä avomuotoisina sosiaalitoimistoissa, perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa avohoidossa. Lapin terveyskeskuksissa järjestetään avo- ja laitostatkaisuhuhoitoa sekä vieroitushoitoa. Vain muutamissa suurissa kunnissa hoitoa järjestetään päihdehuoltoon erikoistuneissa yksiköissä.

Kunnallisten peruspalvelujen tehtäviin sisältyy päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ehkäiseminen, päihdeongelmaisten peruspalvelujen turvaaminen sekä ohjaus päihdehoitoon erikoistuneisiin palveluihin. Päivystyspalveluilla vastataan kiireellisen hoidon tarpeeseen.

Päihdeongelmaisille tarkoitettuja erityispalveluja tarjotaan laitospalveluina kuntoutus- ja katkaisuhoidolaitoksissa, laitospalveluissa asumispalveluissa ja ensisuojoissa sekä avomuotoisina A-klinikoilla, nuorisoasemilla, päiväkeskuksissa ja tuettua asumista järjestävissä organisaatioissa. (Kaukonen 2000, 109.) Lapin päihdepalvelujen käyttö suhteessa asukasmäärään on muusta maasta poiketen nousevaa, mutta päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutuslaitoksissa järjestettävät hoitajakset ovat lyhyempiä kuin muissa lääneissä. (Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004, 106.)

Päihteiden käytöstä johtuvia ongelmia ja sairauksia hoidetaan eri puolilla Suomea eri tavoin. Kaupunkimaisissa kunnissa käytetään ensijaisesti päihdehuollon katkaisuhoido- ja kuntoutuslaitoksia, kun taas maaseutumaisissa kunnissa käytetään enemmän terveyskeskusten ja sairaaloiden palveluksia. Päihdehuollon erityispalveluita on vähän tarpeeseen nähden, joten sairaalat ja terveyskeskukset voivat olla ainoa vaihtoehto. (Ruuth 2005, 26.)

Avohoidon resurssien on todettu olevan alimitoitettuja. Pienissä kunnissa palvelutarjonta on puutteellista ja päihdeongelmaisten tukeminen jää yksittäisten työntekijöiden aktiivisuuden varaan. Päihdeongelmaisten avohoidoita järjestetään Lapissa pääasiassa mielenterveystoimistoissa. (Kekki & Partanen 2008, 75.)

Nainen ja päihdepalvelut

Naisten kynnys hakeutua päihdehoitoon on korkea. Taustalla on syyllisyyttä, häpeää ja pelkoa esimerkiksi lasten huostaanotosta. Nainen saattaa peittää päihdeongelmaansa hoitoon hakeutuessaan erilaisten somaattisten oireiden taakse, esimerkiksi sydän- ja vatsavaivoja, masennusta, hermostuneisuutta tai kuukautiskierron häiriötä. Naisen päihdeongelman tunnistaminen ja avun pyynnön ymmärtäminen voi olla vaikeaa. Nainen ajautuu miehiä herkemmin lääkkeiden väärinkäyttöön. (Havio ym. 2009, 171–172.)

Naiset puhuvat miehiä paremmin tunnetiloistaan ja kokemuksistaan. Miehet käyttävät asiakieltä ja painottavat elämän ulkoisia tapahtumia, kuten työtä ja työpaikan menettämistä. Naiset käyttävät enemmän tunnepitoista kieltä, pohtivat menneisyyttään, elämän käännekohtia ja muutoksia ihmissuhteissaan. Käsiteltävät asiat liittyvät naisen identiteettiin, seksuaalisuuteen ja äitinä olemiseen. Epäonnistuminen äitinä, leimautuminen päihdeongelmaiseksi ja huonoksi äidiksi, vaurioittavat naisen itsetuntoa ja identiteettiä. Päihdeongelmaisilla naisilla on miehiä useammin avo- tai aviopuolisonaan päihdeongelmainen tai päihteiden suurkuluttajia, mikä osaltaan vaikeuttaa päihdekeskeisestä elämästä irrottautumista. Sen sijaan päihdeongelmaisilla miehillä voi olla saattaa olla raitis tai päihteitä kohtuullisesti käyttävä puoliso. (Havio ym. 2009, 171–172.)

Nainen hakeutuu terveydenhuollon palveluihin moninaisissa tilanteissa. Jotkut naiset voivat olla rajussa päihdekierteessä, jotkut perheväkivallan uhreja tai päihteitä käyttävän miesystävän hyväksikäyttämiä, toiset päihteiden käyttönsä salaavia kotiäitejä tai hyvin toimeentulevia työnsä hoitavia naisia. Naisen kuuleminen ja ymmärtävä ja lämmin tilanteen vastaanottaminen sekä luottamuksellinen asiakassuhde ovat päihdehoidon lähtökohtia. Nainen pyritään kohtaamaan omana itsenään, ei pelkästään suhteessa lapsiinsa tai puolisoonsa. Naiset tarvitsevat monipuolista tietoa, jonka avulla heillä on mahdollisuus tehdä omaa terveyttään ja päihteiden käyttöään koskevia valintoja. Positiivinen lähestymistapa antaa toivoa, korostaa naiseutta ja yksilöllisyyttä, vaikuttaa rohkaisevasti naisen omanarvontuntoon ja sitä kautta elämänlaatuun. (Havio ym. 2009, 172.)

Päihdeongelmaisen naisen hoidossa korostuvat pitkät hoitosuhteet, yksilölliset hoitosuunnitelmat ja pienten lasten äitien kohdalla hyvät yhteiskunnalliset tukitoimet. Hyväksi on koettu myös erilliset ryhmät ja/tai naisille tarkoitettut hoitoyksiköt, joissa naiset voivat yhdessä pohtia ja jakaa kokemuksiaan. Vaikka työntekijä on hoitosuhteessa ammatillinen asiantuntija, hän on läsnä koko ajan myös naisena tai miehenä. Mieshoitaja voi tarjota päihdeongelmaiselle naisella uudenlaisen miehen mallin, joka ei ole väkivaltainen, alistava tai naista hyväksikäyttävä, vaan naista kunnioittava, kuunteleva ja tasavertaisena pitävä. Naishoitajan avulla päihdeongelmainen nainen voi parhaimmillaan oppia ymmärtämään itseään naisena,

omaa minäkuvaansa ja elämäänsä. Toisaalta, voi päihdeongelmainen nainen kokea itsensä liian huonoksi ja epäonnistuneeksi, voi suhde naishoitajaan värittyä liiaksi häpeällä, mikä voi muodostua yhteistyösuhteen esteeksi. Tärkeintä on pyrkiä luomaan asiakassuhde, jossa asiakas kokee omasta tilanteestaan riippumatonta, kunnioittavaa ja tasa-arvoista kohtelua. (Mt. 2009, 172.)

Saaran päihdepalvelukokemukset olivat Itä-Lapin reuna-alueella kahdenlaisia. Hänellä oli sekä huonoja että hyviä kokemuksia. Huonot kokemukset liittyivät toimittamattomiin päihdepalveluihin ja hyvät kokemukset olivat syntyneet riittävästä päihdepalveluista.

Saaran ensimmäinen kokemus kunnan päihdepalvelusta oli sellainen, jossa työntekijä oli tokaissut Saarelle, silmiin katsomatta, että ”tule uudelleen, kun olet ollut vuoden selvänä omin päin”. Saara ei mennyt kertomansa mukaan koskaan toista kertaa työntekijän vastaanotolle.

Lapin päihdekllinikalla Saara kertoi olleensa kolme kertaa päihdehoidossa 2000-luvulla. Päihdehoito oli aloitettu katkaisuhoidolla ja mielialalääkityksellä. Sen jälkeen oli alkanut keskusteluterapia, mutta Saara kertoi, ettei saanut keskusteluyhteyttä terapeuttiin eikä terapia siltä osin onnistunut. Päihdekliniikan ryhmäkeskustelussa oli aina sama aihe eli alkoholinkäytön haitat. Saaran päihdekatkaisuhoidot olivat olleet Lapin päihdekllinikalla pisimmillään kuusi viikkoa. Päihdekllinikalla oli myös lyhyempiä hoitajaksoja kuten neljän, kolmen tai kahden viikon jaksoja. Lapin päihdekliniikan hoitajaksojen avulla Saara oli pystynyt olemaan raittiina 1–2 viikkoa, jonka jälkeen alkoholinkäyttö alkanut uudelleen.

Saara oli ollut ”katkolla” eli katkaisuhoidossa terveyskeskuksissa yhteensä kahdeksan kertaa. Katkaisuhoidojen jälkeen alkoholinkäyttö oli jatkunut. Kysymykseeni lähtisikö Saara Avominnen päihdehoitoon, hän vastasi, ettei lähde. Lisäksi hän mainitsi, että se on hyvin kallis. Kysyin edelleen, olisiko hänellä kiinnostusta ryhmämuotoiseen toimintaan kuten A-killan toimintaan osallistumiseen, hän vastasi, ettei sellainen kiinnosta.

Saara oli käynyt oma aloitteisesti kunnan mielenterveystoimiston mielenterveyshoitajan vastaanotolla säännöllisesti vuodesta 2010 alkaen. Hän kertoi käyneensä aikaisemmin toisen kunnan päihdepalvelussa satunnaisesti, mutta sillä ei ollut vaikutusta päihteidenkäyttöön. Saara oli päihdeseurannassa, joten hänen oli käytävä verikokeissa kerran kuukaudessa. Erikoislääkäri antaa lausunnon poliisille, joka voi myöntää ajokortin takaisin Saarelle. Erikoislääkäriä Saara kuvaili asialliseksi ja hän on kuin ”kiminkinen” eli kansanhenkinen persoona.

Päihteettömyyden voimavarat

Raitistumisen tiellä äideille tärkeitä tuen antajia olivat lapset, koti ja tavallinen arkielämä. Myös sukulaisten ja ystävien antamalla tuella ja kannustavalla asenteella on merkitystä, vaikka heitä ei määrällisesti olisikaan kovin monta. Entisistä juoma – ja huumeekavereista tietoinen erossa pysyminen auttaa äitejä raitistumisen tiellä. Viranomaiset koetaan myös tärkeäksi ja tukea antaviksi, erityisesti silloin, kun heihin on saatu luottamuksellinen suhde. (Honkanen & Koski 2006, 282.)

Saaran päihteettömyyden voimavaroiksi voidaan lukea omat aikuiset lapset ja lastenlapset, joihin Saaralla oli kertomansa mukaan hyvät välit. Lapset perheineen asuivat eri paikkakunnilla. Saaralla on miesystävä, joka on alkoholin kohtuukäyttäjä ja on kannustanut kumppaniaan päihteettömyyteen. Miesystävä käyttää alkoholia muiden ihmisten seurassa. Saara asui yksin, koska koki sen olevan parempi vaihtoehto juomattomuuden kannalta kuin että asuisi yhdessä miesystävän kanssa.

Aikaisemmista suhteista Saara oli joutunut lähtemään yhteisistä asunnoista, koska riitaa oli tullut ja miesystävät olivat päihteiden käyttäjiä. Eräs Saaran parisuhteista oli väkivaltainen, jonka päättyminen aiheutti Saaralle kriisin, pelkotiloja ja alkoholinkäytön lisääntymistä. Parisuhteista eroaminen ja niiden päättyminen olivat lisänneet Saaran alkoholinkäyttöä ja hän oli antanut ikään kuin periksi eikä välittänyt seurauksista. Lapset jäivät asumaan ja elämään isän kanssa. Saara kertoi, että joi silloin 7–9 pulloa keskiolutta päivittäin yli 10 vuoden ajan. Alkoholin juominen alkoi iltapäivällä työpäivän jälkeen ja kertoi olleen myös 2–3 päivän juomaputkia. Alkoholinkäytöstä huolimatta Saara oli pystynyt käymään töissä.

Äitien voimavara on myös lapsuudessa eletty normaali arki, ilman omien vanhempien liiallista päihteidenkäyttöä. Mahdollisimman monelta taholta saatu sosiaalinen tuki edistää parhaiten äitien raittiutta parhaiten. Heikoimmilla tulevaisuuden suhteen ovat äidit, joilla tukea antava ympäristö on suppea, eikä elämässä kannattelevia suhteita, tukea antavia suhteita ole muodostunut. (Honkanen & Koski 2006, 282.)

Saaran lapsuuden aikaiseen perheeseen kuuluivat äiti ja isä sekä pikkusisko, joka syntyi hänen ollessa 16-vuotias. Isän ja Saaran naisen suhde oli etäinen ja isä suhtautui tyttöönsä vähättelevästi. Isä käytti alkoholia viikoittain ja joi usein itsensä humalaan. Saaran äiti ei käyttänyt alkoholia ollenkaan. Saaran ja pikkusiskon välinen suhde syntyi vasta aikuisiällä ja nykyään he ovat toistensa kanssa tekemisissä.

Naisten alkoholiongelmien taustalla miehiä useammin heikko itsetunto, heikommat coping-mekanismit, lapsuuden perheessä esiintynyt alkoholismi, masennus, syömishäiriöt tai psykiatristen hoitopalvelujen tarve. Lapsena koettu seksuaalinen hyväksikäyttö tai huolenpidon laiminlyönti on alkoholiongelmaisilla naisilla yleisempää kuin muilla naisilla. (Mäkelä 2003, 180.)

Saara suoritti ammattiin johtavaa työllisyyskurssia, joka kesti yli vuoden ajan. Saara kertoi, että kurssi on antanut hänelle monenlaisia asioita; on oppinut uusia asioita, tekemään tulevaa työtä ammattimaisesti ja oikeilla työmenetelmillä. Saara oli tavannut uusia ihmisiä ja kertoi itsetuntonsa kasvaneen ja oli kokenut, että kykenee vielä oppimaan uusia asioita. Päivärytmi oli normalisoitunut ja hän pystyi heräämään kello kuudeksi työharjoitteluun. Saara kertoi myös, että hänellä on nyt hyvä syy nousta aamulla aikaisin. Hänen toiveena oli saada sijaisuuksia, jolloin hänen tulonsa nousisivat ja hän voisi saada vakituisen työpaikan.

Saara oli löytänyt itselleen uusia harrastuksia, kuten polkupyöräily, jonka hän on kokenut nautittavana asiana. Saara ei pitänyt muista liikuntaharrastuksista, vaan oleskeli mieluummin yksin lukien ja televisiota katsellen. Hän kertoi muutaman uuden ihmissuhteen tuoneen sisältöä elämäänsä.

Naiset aloittavat ongelmajuomisen keskimäärin myöhemmin kuin miehet. Myös aggressiivinen käyttäytyminen ja tuurijuopottelu alkavat myöhemmin. Sen sijaan rigidit juomismallit ja syyllisyydentunteet alkavat kehittyä naisille varhemmin kuin miehille. Naiset juovat miehiä useammin yksin ja kotona läheisten kanssa. Naiset pyrkivät juomisellaan säätelemään mielialaansa ja muuta tunne-elämäänsä etenkin ennen kuukautisia mutta myös muina aikoina. Naisen juominen näkyy miehiä useammin perhe-elämän haittoina ja johtaa useammin parisuhteen hajoamiseen kuin miehen juominen. Avioliitolla ei ole naiselle yhtä suojaavaa tekijää kuin miehelle. Päinvastoin naimisissa olevat naiset retkahtavat hoidon jälkeen miehiä useammin. Avioero vähentää monesti naisten juomista, päinvastoin kuin miehillä. Tämä johtuu osin sillä, että alkoholiongelmaisen naisen mies on usein myös alkoholiongelmainen, eikä kykene tarjoamaan tukea naisen raitistumispyrkimyksille. (Mäkelä 2003, 180.)

Saara kertoi, että aloitti alkoholinkäytön 18 vuotta täytettyään. Teiniikäisenä ei hänen kertomansa mukaan ollut alkoholinkäyttöä. Saaran alkoholinkäyttö loppui kun hän sai tietää sairastavan maksan vajaatoimintaa vuonna 2010. Sairaudesta pysähdytti hänet ja nyt hän kertoi olevansa tilanteessa, jossa kysymys on elämästä ja kuolemasta. Maksan tutkimukset ovat vielä käynnissä, sillä maksasta löytyi lisätutkimuksen tarvetta. Toinen motivoiva tekijä raittiuteen on ajo-oikeuden takaisin saaminen ja ajokortti henkilöautolla ajamiseen. Kolmas motivoiva tekijä on ammatin hankkiminen ja työllistyminen pitempiaikaisesti.

Huolimatta myöhemmästä alkamisestaan naisten alkoholiongelmat johtavat hoitoon hakeutumiseen keskimäärin saman ikäisinä kuin miesten ongelmat ja ovat vaikeusasteeltaan yhtä vakavia. Hoidon seurantatutkimuksissa naisten tulokset parempia ensimmäisten 12 kuukauden aikana, mutta pidemmällä aikavälillä miesten tulokset ovat parempia. Alkoholihaitat, jotka syntyvät naisille miessukupuolta herkemmin ovat maksavaurio, sydän-

lihasvaurio, alkoholiriippuvuus, aivovaurio, luukato ja murtumat tähän liittyen, haimatulehdus ja rintasyöpä. (Sarkola, Eriksson 2003, 96–97.)

Nainen, joka käyttää alkoholia pienellä asuinpaikkakunnalla saa helposti juopon maineen. Saara kertoi ajatellessaan itsekseen ja jännittävänsä sitä, että mitähän nuo virkailijat hänestä ajattelevat kun täällä liikun ja työskentelen. Kerroin, että olimme pelkästään iloisia, kun näimme hänet työtehtävissä. Saara kertoi viihtyvänsä pienellä asuinpaikkakunnalla. Nykyään hän ei päätänsä vaivaa häpeän tunteella eikä välitä, mitä muut ihmiset hänestä ajattelevat.

Saaran päihdepalvelukokemuksia

Saaralla oli sekä huonoja että hyviä kokemuksia oman kunnan terveyskeskuksen ja mielenterveystoimiston sekä muista Lapin päihdepalveluksista. Huonot ja toimimattomat päihdepalvelukokemukset syntyivät Saarelle luultavasti siitä, että hän ei saanut päihdeongelmaansa sellaista apua, jota odotti. Lyhyet avokatkot ja muutaman viikon päihdehoitojaksot olivat olleet vain ensiapua pitkään jatkuneeseen päihteiden käyttöön. Saaran todellinen motivaatio tai halu päihteettömyyteen eivät kohdanneet tuolloin tarjottujen palveluiden kanssa. Mäkelän (2003, 181) mukaan alkoholiriippuvuus voi ajan myötä vähetä ilman varsinaista hoitoa, jolloin henkilö raitistuu kokonaan tai siirtyy alkoholin hallitukseksi käyttäjäksi. Epäsuotuisat olot, kuten sosiaalisen tuen puute, voivat vaikuttaa alkoholiriippuvuuden vaikeusastetta enemmän siihen, ettei hallittu käyttö ole saavutettavissa.

Hyvänä päihdepalveluna Saara piti kunnan mielenterveystoimiston mielenterveyshoitajan ja erikoislääkärin palvelua. Päihdehoidon vaikutukset ovat keskimäärin yhtä hyviä kuin muissa kroonisissa sairauksissa. Hoidolla voidaan vaikuttaa oleellisesti alkoholiriippuvuuden kulkuun, toisinaan ovat sosiaaliset tekijät ja ihmissuhteiden verkosto keskeisemmässä asemassa. Usein hoito auttaa lyhyellä tähtäimellä, mutta pidemmällä aikavälillä olosuhdetekijät ovat merkittävämpiä. Eri tekijöiden, kuten hyvä koulutus, työpaikka, terveelliset elämäntavat, sosiaalinen tuki, vaikutuksesta päihderiippuvaisen omat voimavarat ja motivaatio muutokseen joko aktivoituvat tai hiipuvat. Erilaisia keinoja yhdistämällä ja kehittämällä voidaan hoidon ennustetta parantaa. Yksilö-, pari- tai perheterapiat ovat hyödyllisiä kongnitiivisen käyttäytymisterapian, voimavarakeskeisen terapian tai psykodynaamisen terapian muodossa. Hoitopalvelujen tuottajan määrittelemällä hoitotavoitteella (raittius tai hallittu käyttö) ei ole toteutumisen kannalta juurikaan merkitystä. Alkoholiriippuvaiset valitsevat lopulta itse omat tavoitteensa, joiden toteuttamiseen he ovat motivoituneita ja joihin heidän voimavaransa riittävät. (Mäkelä 2003, 181–182.)

Saara ei halunnut ryhmämuotoiseen päihdehoitoon eikä naisille tarkoitettuihin päihdehoitopalveluihin. Tarkempaa selitystä tai syytä hän ei sanonut. Ilmeisesti nainen koki päihdeongelman yksityiseksi asiaksi ja leimautumisen pelossa ei halunnut puhua ongelmastaan missään ryhmässä julkisesti.

Kunnallisen päihdepalvelujen kehittäminen

Kunnan päihdepalvelujen kehittäminen ja tarjolla olevat palvelut on määritelty päihdestrategiassa. Päihdestrategian suunnitelmaan on kirjattu jo vuoden 2008 alkupuolella päihdetyöntekijän työtehtävä, johon tarkoituksena on ollut saada terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilö. Tämä ei ole toteutunut vielä. Toisaalta on suunniteltu etsiä terveyskeskuksen puolelta tai osastolta sellainen työntekijä, joka olisi kiinnostunut kehittämään päihdehoitoa ja -palveluja. Sopivaa työntekijää ei ole löytynyt eikä innostusta päihdehoidon kehittämiseen.

Viime vuonna kunnan hyvinvointikoordinaattori esitti asumispalveluohjaajan/päihdetyöntekijän palkkaamista kahdeksi vuodeksi. Päihdetyöntekijän yhtenä tehtävänä olisi käynnistää päivätoiminta. Tällä hetkellä työntekijän palkkaaminen on ”jäissä” säästösyistä, vaikka naapurikunnassa on saatu hyviä kokemuksia asumispalveluohjaajan työstä ja eri tahoilta on todettu säästöjä syntyneen kulujen sijaan. Naapurikunnassa on esitetty asumispalveluohjaaja/ päihdetyöntekijän toimen vakinaistamista.

Kunnan sosiaalityöntekijän Posken eli Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen hankkeeseen (2012) haastattelemat aikuissosiaalityön asiakkaat kertoivat, että he tarvitsevat erilaisia tukipalveluita. Hankkeessa haastateltiin yhteensä 63 asiakasta. Haastateltavien taustalla oli etupäässä terveysongelmia ja useamman asiakkaan kohdalla tarvittiin selkeästi päihdepalveluja. Päihdepalvelujen tarpeessa arvioitiin olevan 17 miestä ja 6 naista, eli 1/3 osa asiakasta. Konkreettisten päihdepalveluiden avulla voidaan tukea asumista, arjen sujumista, tukihenkilötoimintaa ja päihhteetöntä elämää sekä toimintaa toimettomuuden, yksinäisyyden, pitkäaikaistyöttömyyden ja syrjäytymisen sijaan.

Sosiaalityöntekijän haastattelemissa asiakkaista tarvitsi suurin osa sekä terveydenhuollon että päihde- ja mielenterveyshuollon palveluita. Kaikissa tapauksissa olisi ollut tarpeen perehtyä kunnolla haastateltavan tilanteeseen, selvittää perusteellisesti palvelujen tarve, laatia asiakkaan kannalta mielekäs suunnitelma ja järjestää tukipalveluna tiivis ohjaus ja seuranta yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa. Tässä työssä olisi päihdetyöntekijä ollut työparina sosiaalityöntekijän kanssa. Lisäksi käytettävissä olisi ollut työkoordinaattori, yksilövalmentaja ja etsivä nuorisotyöntekijä, jotka työskentelevät työttömien aikuisten ja nuorten parissa.

Vaikka päihdeongelmaisten naisten määrä on kunnassa melko pieni, on myös niitä, jotka eivät näy asiakastilastoissa tai lukumäärinä. Osa naisista on työelämässä olevia tai eläkeläisiä, jolloin on huomioitava naisten päihdepalveluiden potentiaalinen tarve. Jos päihdepalveluasiat olisivat paremmin järjestettyjä, niin naisten päihdeongelman ehkäisemiseen ja kroonistumiseen voitaisiin puuttua paremmin ja aikaisemmin kuin nyt. Päihdetyöntekijä/asumispalveluohjaaja olisi ollut tarpeellinen tukihenkilö myös Saaran elämässä. Onneksi hänellä on nyt mielenterveystoimiston työntekijä tuke-
massa päihdeettömyyttä.

Ehkäisevää ja aktiivista näkökulmaa korostetaan myös kunnan palvelujärjestelmässä. Kunnan henkilöstölle jaetussa Työkyvyn tukemisen periaatteet [..] kunnassa ja sen tytäryhtiöissä -oppaassa on selkeät toimenpiteet, kun kyseessä on päihdeongelma. Työntekijällä on oikeus osoittaa työnantajalle näyttein tai huumeseuloin, että on ”puhdas” tai päihdeeton. Päihdeongelmaan on uskallettava puuttua rohkeasti eikä vähätellä tai peitellä sitä. Esimiehellä on vastuu päihdeiden vaikutuksen alaisesta työntekijästä ja velvollisuus ohjata työntekijä päihdepalvelujen piiriin.

Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011 Missä mennään – mihin haluamme raportin (THL/raportti 37/2011) suosituksen mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella tulisi olla painopiste ehkäisevään päihdetyöhön, päihdeasioita käsiteltäisiin vuosittain poliittisella tasolla, sovittaisiin päihdehaittojen ehkäisyn työnjaosta ja vastuunjaosta. Nimettäisiin ehkäisevän päihdetyön johtava taho, sitouduttaisiin päihdehaittojen ehkäisemiseen päihdestrategiassa, varattaisiin riittävät resurssit ja päihdetyön yhdyshenkilö toteuttaisi ehkäisevää päihdetyötä kaikissa ikäryhmissä. Ehkäisevän päihdetyön toteuttaminen koordinoitusti, laaja-alaisesti ja verkostutuneesti olisi tehokkaampaa kuin yksittäiset ja erilliset toimenpiteet.

Kunta osallistuu Posken eli Pohjois-Suomen osaamiskeskuksen koordinoimaan hankkeeseen Hyvinvointi hukassa – riippuvuus riskinä päihdepalveluiden yhteistoiminnan ja työmenetelmien kehittäminen Lapissa. Hanke alkaa 1.3.2013 ja varsinainen toiminta käynnistyy 1.5.2013. Hanke kestää 31.10.2015 asti. Hyvinvointikoordinaattorin suunnitelmassa oli saada asumispalveluohjaaja/päihdetyöntekijä työpariksi tulevalle kehittäjätyöntekijälle, mutta tällä hetkellä asumispalveluohjaaja/päihdetyöntekijää ei ole saatu vietyä eteenpäin kunnanhallituksessa ja edelleen kunnanvaltuustossa. Ilmeisesti sosiaalityöntekijöiden täytyy keskustella kunnanjohtajan kanssa asumispalveluohjaajan/päihdetyöntekijän tarpeellisuudesta ja tuoda esille konkreettista tarvetta.

Sosiaalityön ja sosiaalityöntekijän näkökulmasta odotan Posken hankkeelta konkreettisia parannuksia päihdepalveluiden osaamiseen, palveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen ja omaehtoisen hyvinvoinnin edistämiseen. Hankkeen tavoitteena on myös päihderiippuvuusriskissä olevien ihmisten sosiaalisen ja terveydellisen hyvinvoinnin ja osallisuuden lisää-

mistä. Matalan kynnyksen päihdepalveluiden kehittäminen avo- ja peruspalveluihin painottuen, ja asiakkaan kannalta joustavien kokonaisuuksien muodostaminen, ovat hankkeen tavoitteita. (Niskala 14.4.2012.)

Mieleeni on jäänyt erään poliisiviranomaisen lausahdus vuonna 2011. Hänen mukaan *kunta hukkuu viinaan eihän me sille mitään voida*. Tämä kuulosti lohduttomalta visiolta. Alkoholia ja miedompia alkoholijuomia on saatavilla rahalla niin alaikäisille kuin aikuisille sekä ikäihmisille. Vähäisten poliisiresurssien vuoksi, poliisi on keinoton alkoholin välittäjien ja ”kuskajien” niin kotimaisen kuin Venäjän puolelta tulevan alkoholin ja tupakka- tuotteiden osalta sekä lääkkeiden ja huumeiden laittoman myynnin vuoksi.

Eri viranomaisten, kuten poliisin, sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhuoltohenkilöstön työ on pienehkön ja näkyvän marginaalisen ryhmän kanssa työskentelyä ja yleensä siinä vaiheessa, kun mitään ei ole enää tehtävissä. Kun päihdeidenkäyttäjä on kykenemätön hoitamaan taloudellisia ja henkilökohtaisia asioitaan, voi sosiaalityöntekijä tai etuuskäsittelijä olla se viimeinen viranomainen, joka huolehtii asiakkaan hautaan. Muut viranomaiset ja terveydenhuolto katsovat päihdeongelmainen edelleen kuuluvaksi sosiaalihuollon hoidettavaksi ja sosiaalisesti ongelmaksi.

Sosiaalityöntekijä on kokemukseni mukaan se työntekijä kunnassa, jolle ”se päihdeongelmainen” kuuluu ja joka huolehtii sen asioista. Sosiaalityöntekijä joutuu auttamaan ja hoitamaan päihdeongelmaisen kaikki asiat, asiakkaan puolesta ja enemmänkin.

Sosiaalityöntekijän rooli on olla todella päihdeongelmaisen iholla ja tukijana. Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välille syntyy asiakassuhde, joka on luottamuksellinen ja avoin. Useiden asiakkaiden myötä on tullut ilmi, että päihdeongelmainen koetaan terveydenhuollossa ja avohuollon päihdepalveluissa tapauksena, jolle ei kannata tarjota hoitajaksoa päihdekuntoutuslaitoksessa. Tai, niin kuin Saaran tapauksessa, sanotaan suoraan päin kasvoja, että tule vuoden päästä uudestaan, kun olet ollut vuoden selvänä. Tällainen vastaanotto ei ainakaan kannusta päihdeongelmaista hakemaan apua avopuolen päihdepalveluista. Työntekijän suhtautumisella on suuri vaikutus ja merkitys avunhakijalle: miten päihdeongelmaa aletaan hoitaa vai jatkaako päihdeongelmainen päihdeidenkäyttöä.

Sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä kuntouttavan työtoiminnan kautta työvoimaviranomaisten ja työkoordinaattorin, yksilövalmentajan ja etsivä nuorisotyön työntekijän kanssa. Päihdeongelma on todettu esteeksi työllistymiselle ja kuntouttavan työtoiminnan tai työkokeilun aloittamiselle tai jatkamiselle. Näissäkin tilanteissa juuri päihdepalveluihin pääseminen ja asiakkaan sitoutuminen päihdehoitoon on iso kynnys. Usein asiakkaat tulevat kuin ”eristä maailmasta” palvelujärjestelmän pyöritettäväksi. Hyvin usein asiakkaiden päihdeongelma on kroonistunut ja ainut keino heidän auttamiseksi on saada heidät työkokeilun kautta terveydentilaselvityksiin ja eläkehakemukset vireille

Päihdeongelmaisten tilanteen parantamiseksi ja kehittämiseksi auttaisi mielestäni asumispalveluohjaaja/päihdetyöntekijä ja toimivat matalan kynnyksen päihdepalvelut avo- ja peruspalveluihin sisältyen. Motivoitunut ja ammattitaitoinen henkilöstö merkitsee paljon päihdeongelmaisille, jotka tuntevat usein häpeää avun hakemisessa. ”Hiljainen tieto” ja kokemusasi-
antuntijuus sekä päihteiden käyttäjän yksilöllinen avun ja tuen tarve, säätelevät hoitoon ohjautumista.

Pohdinta

Työni kuvaa alkoholiongelmaisen naisen kokemuksia päihdepalveluista Itä-Lapissa kunnassa, avun saamisesta, naisten päihteiden käytön erityisyydestä, ja niistä voimavaroista, joiden avulla nainen yrittää selviytyä alkoholiongelmasta.

Saara oli käyttänyt kunnan mielenterveystoimiston ja terveyskeskuksen palveluita sekä Lapin päihdeklinikan päihdehoitopalvelua. Kokemukset päihdepalveluista olivat kahdenlaisia, sekä hyviä että huonoja. Lapin päihdeklinikan hoitojakson jälkeen hän pystyi olemaan raittiina 1–2 viikkoa, jonka jälkeen alkoi alkoholin käyttö uudelleen. Myös terveyskeskuksen suorittamien katkaisuhoidojen jälkeen alkoi alkoholinkäyttö uudelleen. Saara ei ollut lainkaan kiinnostunut vertaistoiminnasta, naisten ryhmistä eikä yksityisistä päihdehoitopaikoista.

Saara oli aloittanut omasta motivaatiosta ja vakavan sairautensa vuoksi säännölliset käynnit kunnan mielenterveystoimistossa mielenterveyshoitajan luona vuodesta 2010 alkaen. Lisäksi Saaralla oli päihdeseurannassa, jonka tavoitteena oli saada takaisin ajo-oikeus ja ajokortti. Saara oli aloittanut ammattiin valmistavan kurssin, jonka hän halusi suorittaa loppuun asti päihteettömänä, ja joka mahdollistaisi sijaisuuksien saamisen ja taloudellisen tilanteen paranemisen.

Päihteettömyyden voimavaroiksi ilmenivät haasteltavallani lapset, lapsenlapset, oma koti, harrastukset, mielekäs tekeminen ja elämän rytmi sekä läheisten tuki päihteettömyyteen. Entisistä juomakavereista tietoinen erossa pysyminen auttaa päihteettömänä pysymisessä. Mahdollisimman monelta taholta saatu sosiaalinen tuki edistää parhaiten raittiutta. Viranomaisten tuki ja luottamuksellinen asiakassuhde kannustavat osaltaan päihteettömyyteen.

Kunnassa on tarvetta päihdepalvelujen kehittämiseen. Konkreettisten päihdepalvelujen avulla voidaan tukea päihdeongelmaisten asumista, arjen sujumista, tukihenkilötoimintaa, päihteetöntä elämää sekä mielekäs-
tää toimintaa toimettomuuden, yksinäisyyden, pitkäaikaistyöttömyyden ja syrjäytymisen sijaan. Myös pienillä kunnilla on tarvetta päihdetyöntekijä/

asumispalveluohjaajan toimelle. Toivon, että Posken hankkeen avulla olisimme yhden askeleen lähempänä tavoitetta.

Lähteet

- Alkoholilaki (456/68)
- Havio, Marjaliisa, Inkinen Maria, Partanen Airi (toim.) 2009: Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000: Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Honkanen, Helinä & Koski, Helena 2006: Teoksessa Orjaniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.) 2009: Rajua, rujoa ja raitista. Alkoholin käyttö Lapissa. Juvenes Print. Tampere, 282.
- Honkanen, Helinä & Koski, Helena 2006: Viinin vallasta vapauteen. Päihderiippuvaisten äitien kokemuksia päihdehoitopalveluista, elämästä ja raittiudesta. Teoksessa Orjaniemi & Tiuraniemi (toim.) 2009: Rajua, rujoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Hyttinen, Irja 1990: Kun nainen juo. Naisten alkoholinkäyttö, alkoholin ongelmaikäyttö ja hoito. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Kaukonen, Olavi 2000: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Stakes. Saarijärvi.
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi 2008: Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. Työpapereita 38. Stakes. Helsinki.
- Keskiolulaki (462/68)
- Koski-Jännes, Anja 2004: In search of a comprehensive model of addiction. Teoksessa Rosenqvist, Pia & Blomqvist, Jan & Koski-Jännes, Anja & Öjesjö, Leif (toim.): Addiction and Life Course. Publication 44. NAD. Helsinki, 49–70.
- Kujasalo, Anne & Nykänen, Hannele 2005: Viinin viemää, Nainen alkoholin ansassa. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.
- Kuusisto, Katja 2009: Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa Tuukka, Tammi & Mauri, Aalto & Anja, Koski-Jännes (toim.): Irti päihdeongelmasta. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Laine, Timo 1998: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-Instituutin julkaisuja 3/2001. PS-kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 26–43.
- Lapin läänin peruspalvelujen peruspalvelujen arviointiraportti 2004. 2005: Julkaisusarja 1. Lapin lääninhallitus. Rovaniemi.
- Luostarinen, Heikki & Väliverronen, Esa 1991: Tekstinsyöjät: yhteiskuntatieteellisen kirjallisuuden lukutaidosta. Vastapaino. Otus. Tampere.
- Mäkelä, Rauno 2003. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 180.
- Nätkin, Ritva (toim.) 2006: Pullo, pilleri ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. PS-kustannus. Juva.
- Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.) 2009: Rajua, rujoa ja raitista. Alkoholin käyttö Lapissa. Juvenes Print. Tampere.

- Päihdehuoltolaki 41/1986.
- Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Raunio, Kyösti 1999: Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus. Helsinki.
- Ruisniemi, Arja 2006: Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Acta Universitatis Tamperensis 1150. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Ruumensaari, Hanna 2012: Pois pullon pauloista: näkökulmia päihdekuntoutuji- en muutosmotivaatioon ja hoitoon hakeutumiseen. Pro gradu - tutkielma. Lapin yliopisto, sosiaalityö. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/paihteet- ja riippuvuudet/tutkimus-pa. 20.11.2012>.
- Ruuth, Paula 2005: Alkoholisairauksia hoidetaan eri tavoin eri kunnissa. Dialogi. 15 (4), 26.
- Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Sarkola, Taisto & Eriksson, C. J. Peter 2003. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 96–97.
- Sosiaali – ja terveysministeriö 2002: Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali – ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Luettavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>
- Särkelä, Antti 1994: Sosiaalityön asiakas subjektina ja ei-subjektina. Täydennyskoulutusjulkaisuja 7. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Ei painopaikkaa.
- Väyrynen, Sanna 2007: Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.

Muut lähteet

- Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011 - Missä mennään, minne haluamme? THL Raportti 37/2011 Koko julkaisu (pdf, 975 kt).
- Niskala, Asta 14.4.2012: Alustava luonnos hankesuunnitelmaksi. ”Hyvinvointi hu- kassa - riippuvuus riskinä” – päihdepalvelujen yhteistoiminnan ja työmenetel- mien kehittäminen Lapissa.
- Säynäjäkanga, s Anne 2012: Sosiaalityön asiakkaat Sallassa. Yhteenvetopaperi. www.salla.fi/sosiaalit- ja terveyspalvelut/mielenterveystoimisto/Sallan_kunnan_paihdestrategia_2008-2013.

II

PÄIHDETYÖ JA NUORET

6 Johdantoluku: Nuoret ja päihteiden käyttö - varhaisen puuttumisen keinot

Jenni Kärki, Jaana Lalli ja Marja-Leena Heiskanen

Artikkeli kuvaa nuorten päihteiden käyttöä ja sen vaikutuksia. Lisäksi se valottaa päihteiden käytön tunnistamista. Mukana ovat esimerkkeinä kannabis ja imppaus.

Elämänkaariteorioissa nähdään nuoruusikä ihmisen elämänkaaressa noin kymmenen vuoden kestoisena siirtymävaiheena lapsuudesta aikuisuuteen. Ajanjaksossa tapahtuu nopeita biologisia, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia. Nuoruuskehitys ajoittuu ikävuosiin 12–22. Nuoruus voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat varhaisnuoruus 11–14-vuotiaana, keskinuoruus 15–18-vuotiaana ja myöhäisnuoruus 19–22-vuotiaana. Ajanjaksot sisältävät kullekin tyypillisiä kehitystehtäviä. Aika nuoruudesta aikuisuuteen edellyttää kehitystehtävien ratkaisemista, itsenäistymistä, identiteetin löytymistä, vastuuseen kasvamista ja oman paikan löytämistä yhteiskunnassa. Joillakin nuorilla voi ilmetä kuohuvaa kehitystä, joka näkyy käytöshäiriöinä, epäsosiaalisuutena ja päihteidenkäyttönä. Alkoholin käytön aloittamisen kannalta nuoruudesta varhaisaikuisuuteen elettävä aika on kriittistä. Tuolloin alkoholin käyttö voi muuttua satunnaisesta koikeilusta säännöllisesti toistuvaan juomiseen ja siitä mahdollisesti ongelmakäyttöön. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 166)

Alle 18-vuotiaiden alkoholin kohtuukäytön rajasta ei voida puhua, koska alaikäisten alkoholin käyttö on alkoholilain ja terveydellisin perustein kiellettyä. Lisäksi huumausaineiden hallussapito ja käyttö on laitonta kaiken ikäisille. (Pirkainen & Pietilä 2011, 180.)

Pirjo Kinnusen (2011) mukaan terveys ja ihmissuhteet ovat tärkeitä arvoja suomalaisnuorille. Terveysnäkökohdat eivät aina kuitenkaan ohjaa nuorten käyttäytymistä ja päätöksentekoa. Nuoret omaksuvat terveyteen, terveystottumuksiin ja päihteisiin liittyvät asenteet, taidot ja tiedot yhteisön, perheen ja ystävien sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä. Vallinnat ovat sidoksissa myös nuoren elämäntilanteeseen, voimavaroihin

ja taustatekijöihin, jotka voivat joko altistaa tai suojata nuorta. Sisäisistä voimavaroista tärkeitä ovat sosiaaliset taidot, itsetunto ja tieto. Ulkoisista voimavaroista tärkeimpiä ovat vanhempien ja ystävien tuki ja harrastusmahdollisuudet. Yksilöllisen tuen varmistamiseksi on tärkeä tunnistaa nuorten päihteiden käyttöön liittyviä suojaavia voimavaroja tai altistavia taustatekijöitä. Aikuisten mallien mukaisesti nuorten valinnat vaihtelevat raittiudesta tai hillitystä kokeilusta runsaaseen, päihtymystä tavoittelevaan päihteiden käyttöön. (Pirskainen 2011b, 4.) Nuoren ajautuminen päihdekierteeseen voi vaarantaa hänen nuoruusiän kehityksensä (Lepistö, von der Phalen & Marttunen 2005, 2). Haitallisen runsas alkoholinkäyttö pitkittää opiskelua ja toisaalta pitkittänyt opiskelu stressaa ja lisää tarvetta hakea helpotusta alkoholinkäytöstä (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 116).

Pirskaisen ja Pietilän (2011, 181) mukaan päihteiden käytön aloittamisen syitä analysoitaessa on esitetty kaksi näkökulmaa: 1. syrjäytymismalli ja 2. nuorisokulttuurinen malli. Syrjäytymismallin mukaan nuori ajautuu päihteiden käyttöön huonojen olosuhteiden tai muiden ongelmiansa vuoksi. Nuorisokulttuurisen mallin mukaan päihteet kuuluvat osana nuorten vapaa-ajan viettoon ja ilonpitoon. Nuoret aikuiset juovat, koska humalassa on hauskaa. Ainakin uskotaan ja toivotaan olevan hauskaa, vaikka käytännössä ei aina niin olisikaan. Juomisen hauskuus on sosiaalinen tunne: vauhdikasta ja lujaa yhteenkuuluvuutta. Siinä tärkeintä ei ole alkoholi, vaikka juominen usein kuuluukin asiaan. Tärkeämpää on, että kaikilla on hyvä tunnelma: kaverit pitävät yhtä, ihmiset tutustuvat toisiinsa, tulee ehkä romanssejakin. Hyvä juominen koetaan siis intensiivisenä ja palkitsevana yhdessäolona. Huonoissa juomiskokemuksissa puolestaan ryhmät hajoavat, tulee riitaa ja hauskanpito muuttuu kaaokseksi. Lisäksi pahat juomiskokemukset aiheuttavat seurauksia itse juomistilanteen ulkopuolelle ja hajottavat turvallista arkea, joko yksilön omaa tai hänen läheistensä normaalielämää. (Maunu 2012, 147–148.)

Kansainvälisessä koululaistutkimuksessa on tutkimusvuosina 1995–2007 oppilailta kysytty poissaoloista koulusta sairauden, pinnaamisen tai muun syyn takia ja näistä pinnaaminen yhdistyy selkeimmin päihteiden käyttöön. Oppilaat jotka pinnaavat koulusta käyttävät enemmän päihteitä verrattuna oppilaisiin jotka eivät pinnaa. Tutkimusten mukaan raittius on lisääntynyt viime vuosina vain niiden keskuudessa jotka eivät ole pinnanneet koulusta. Humalakokeilut ovat vähentyneet selkeimmin niiden joukossa jotka eivät koulusta pinnaa, mutta tiheämpi humalajuominen on vähentynyt myös pinnaajien joukossa. Vuonna 2003 havaittiin alkoholinkäytön ja humalajuomisen vähentyneen nuorten valtaenemmistön keskuudessa mutta eniten juovien osuus ei ollut pienentynyt. Tästä voisi päätellä suuren osan nuorista vähentävän juomista mutta rajuimmin juovat eivät sitä tee. Runsaimmin päihteitä käyttävillä nuorilla menee muutoinkin huonosti,

koulumenestys on heikkoa, pinnausta esiintyy, perhetausta on muu kuin ydinperhe ja vanhempien valvonta on vähäistä. Perhetausta ei kuitenkaan selitä päihteiden käytön vähenemistä viimeksi kuluneiden neljän vuoden aikana koska ydinperheiden määrä on vähentynyt ja uusperheiden määrä lisääntynyt eikä vanhempien kontrollissa ole tapahtunut muutosta. Vaikka nuorten päihteiden käyttö on vähentynyt, on etenkin humalajuominen melko korkealla tasolla. Raitistuminen on 2000-luvulla alkanut pääkaupunkiseudulta ja korkeasti koulutettujen vanhempien lapsista, joista uudet ilmiöt usein lähtevät leviämään muille alueille ja muihin sosiaaliryhmiin. (Metso, Ahlström, Huhtanen, Leppänen & Pietilä 2009, 36, 38–39)

Kouluterveyskyselyn mukaan nuorten asenteet päihteiden käyttöä kohtaan ovat muuttuneet selvästi sallivampaan suuntaan 2000-luvun puolivälistä alkaen. Huolestuttavaa kehitystä on havaittavissa huumekeiluja kuvaavissa tuloksissa. Vuonna 2009 laittomia huumeita oli kokeillut 5 prosenttia yläluokkalaisista, 9 prosenttia lukiolaisista ja 15 prosenttia ammattiin opiskelevista. Vuonna 2011 vastaavat osuudet olivat 7, 10 ja 18 prosenttia. Nuorten huumekeilujen lisääntyminen näyttäisi johtuvan lisääntyneestä kannabistuotteiden kokeilusta. Muita laittomia huumeita kokeilneiden osuuksissa ei ole nähtävissä merkittäviä muutoksia. Nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö ovat kuitenkin vähentyneet 2000-luvun alusta. (Lommi ym. 2011, 22–23.)

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan vuonna 2011 raittiiden osuus lisääntyi 2000-luvun alusta. Nousu jatkui kahden viime vuoden aikana 12–16-vuotiaiden ikäryhmissä. Viikoittain ja kuukausittain alkoholia käyttävien osuudet laskivat 2000-luvun alkupuolelta lähtien 14–16-vuotiailla. 18-vuotiailla pojilla alkoholin käyttö ei ole vähentynyt. Tosi humalaan kuukausittain juovien 14–16-vuotiaiden poikien osuus on vähentynyt vuosituhannen taitteesta. Sen sijaan 18-vuotiailla tytöillä suunta on ollut nouseva kahta viimeistä vuotta lukuun ottamatta, pojilla taas osuudet ovat pysyneet melko vakioina. (Nuorten terveystapatutkimus 2011.)

Ammattikouluopiskelijoiden ja lukio-opiskelijoiden humalajuomisessa on eroa. Humalajuomisen rajan, 7 annosta, ylittäviä miesopiskelijoita oli 49 prosenttia ammattikorkeakoulu- ja 32 prosenttia yliopisto-opiskelijoista. (Pirskainen & Pietilä 2011, 181.) Maunun (2012, 152) mukaan erilaisissa sosioekonomisissa ympäristöissä kasvaneet nuoret ovat omaksuneet erilaiset sosiokulttuuriset maailmankuvat, joita he myös juomisellaan ritualisoivat. Näin ollen eri koulutusasteita edustavien nuorten juomislogiikan analyysi on ikkuna heidän elämäntapojaan laajemminkin jäsentäviin sosiaalisiin, kulttuurisiin ja moraalsiin tekijöihin.

Nuorten päihteiden käytön ehkäiseminen, varhaisen puuttumisen tehostaminen ja alkoholiuomien riskikäytön vähentäminen ovat Suomen terveystapolitiikan tärkeitä ja keskeisiä tavoitteita. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa on asetettu tavoitteeksi että nuorten alkoholin ja huu-

meiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti. Nuoret omaksuvat terveyteen ja päihteisiin liittyvät asenteet, taidot ja tiedot yhteisön, perheen ja ystävien sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä. Aikuisten mallien mukaisesti valinnat vaihtelevat raittiudesta tai kokeilusta päihtymystä tavoittelevaan päihteiden käyttöön. (Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi 2011, 4)

Lain mukaan päihteiden myynti on kiellettyä alaikäisille mutta tällä hetkellä valvonta näyttää tehottomalta. Lastensuojelumenojen kasvussa vanhempien haitallinen alkoholinkäyttö näyttäytyy huomattavana. Lastensuojelun osuus alkoholinkäytön yhteiskunnallisista kustannuksista on noin neljännes kaikista alkoholin aiheuttamista haitallisista kuluista. Säännöllisesti tehtävät nuorten terveystapatutkimukset näyttävät nuorten altistuvan ympäristössään enenevässä määrin erilaisille päihteille. Myös kansainvälisen koululaistutkimus Espadin mukaan erityisesti tyttöjen tupakointi ja humalajuominen ovat lisääntyneet ja nuorten mukaan heidän tuttavapiirisään on yhä enemmän huumeiden käyttäjiä. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2010, 275–276)

Päihteiden käytön vaikutukset

Sepän ym. (2010) mukaan päihdeongelmille altistavia ja suojaavia tekijöitä tunnetaan useita. Suojaaviin tekijöihin luetaan huolehtivat vanhemmat, kiinnostuneet aikuiset ja naapuruston resurssit, kielteinen suhtautuminen päihteisiin, nuori arvostaa hyvää terveyttä ja hyviä saavutuksia, älykkyys, hyvä koulumenestys, aktiivisuus koulussa ja harrastuksissa. Altistavia tekijöitä on tutkittu olevan alkoholin helppo saatavuus, halpa hinta, perheenjäsenten ja ystävien päihdemyönteiset asenteet, perheristiriidat, valvonnan puute, epäjohtonmukainen kurinpito, perheenjäsenten päihde- ja mielen-terveysongelmat, traumaattiset elämäntapahtumat, ystävien päihteiden käyttö, riskinotto ja sääntöjä rikkova käytös, lapsuus- ja nuoruusiän psyykkiset ongelmat, varhaiset päihdekokeilut. Lapsuusiän psyykinen oireilu, erityisesti käytöshäiriöongelmat, ylivilkkaus ja masennus lisäävät alkoholi-ongelmien riskiä myöhemmällä iällä. Lapsuusiän mielenterveyshäiriöiden, kuten ADHD ja käytöshäiriöiden hoito todennäköisesti vähentää päihdehäiriön kehittymisen todennäköisyyttä. (Seppä ym. 2010, 111–118.)

Nuorten alkoholin käyttöä voidaan luokitella jakamalla se viiteen eri luokkaan. Kokeilukäyttö on satunnaista käyttöä ja voi jäädä jopa yksittäiseksi käyttökerraksi. Säännöllistytävä käyttö nuorella voi olla esimerkiksi kuukausittaista. Riskikäytöstä seuraa jo todennäköisesti jotain haittaa nuorelle. Viikoittainen, humalahakuinen juominen on jo riskikäyttöä kuten myös päihteiden sekakäyttö. Haitallinen käyttö aiheuttaa fyysisiä, psyykki-

siä, sosiaalisia, taloudellisia ja tunne-elämän ongelmia. Haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus luokitellaan päihdehäiriöiksi. Alkoholista runsaasti käytävillä ilmenee muita enemmän sekä itsetuhoajatuksia että itsemurhayrityksiä. Käytöshäiriöisillä nuorilla hoidossa pysyminen sekä hoitotulokset ovat muita huonompia. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 111–118.)

Nuorten päihdehäiriöillä nähdään erityispiirteitä. Niemelän (2009, 50–53) artikkelissa nuorten kehityksellinen taso nähdään tekijänä joka tulisi hoidon sisältöä ja rakennetta suunniteltaessa huomioida. Mitä nuoremasta lapsesta on kyse sen herkemmin päihteiden käyttöön tulisi puuttua. Nuorempien hoito voisi olla perhekeskeistä kun taas hieman myöhemmällä iällä nuoren autonomian ja yksilöhoidon merkitys alkaa korostua. Perhetekijöiden merkitystä päihdeongelmien suhteen Niemelä kuvaa suojaavilla ja riskitekijöillä. Suojaavaksi tekijäksi nähdään huolehtivan vanhemmuuden kun taas puutteellisten vanhemmuustaitojen uskotaan lisäävän päihteidenkäytön riskiä. Tutkimuksissa on arvioitu päihdehäiriöisistä nuorista 60–80 prosentin kärsivän jostain samanaikaisesta psyykkisestä häiriöstä joista yleisimpiä ovat käytös- ja uhmakkuushäiriöt, depressio, ahdistuneisuushäiriöt sekä tarkkaavaisuus- ja aktiivisuushäiriö. Nuoruusiän päihteidenkäyttöön on myös kaveripiirillä suuri merkitys. Kaveripiirissä kokeillaan päihteitä sekä sen vaikutus näkyy tutkimusten mukaan myös käytön säännöllistymisessä. Niemelä näkee myös tutkimusten valossa kouluvaikeuksien, huonon koulumenestyksen ja pinnauksen olevan päihteitä runsaasti käytävillä yleisempiä kuin muilla. Päihdehäiriöt myös näyttävät kasautuvan nuorille joiden koulunkäynti pysähtyy peruskoulun jälkeen. Tutkimukset osoittavat päihdehäiriöiden olevan riski rikokseen syyllistymiseen, rikosten uusimiseen sekä riskialttiiseen seksuaalikäyttäytymiseen. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 50–53)

Käytöshäiriöisillä nuorilla esiintyy tiettyjä yhteisiä piirteitä. Näitä ovat esimerkiksi huono empatiakyky, taipumus tulkita väärin toisten tekojen motiivit, kyvyttömyys kokea syyllisyyttä tai katumusta. Käytöshäiriöinen nuori sietää huonosti pettymyksiä ja hänellä on usein huono impulssikontrolli. Riskialttiiseen elämäntapaan liittyy tupakan ja muiden päihteiden käyttöä. Nuorella esiintyy ongelmia sosiaalisessa selviytymisessä ja tämä johtaa vaikeuksiin ystävyys-suhteissa. Koulun käyminen voi tuottaa suuria vaikeuksia tai jäädä kokonaan käymättä. Itsemurha-ajatukset ja yritykset ovat tyypillisempiä käytöshäiriöisillä nuorilla verrattuna nuoriin keskimäärin. Suomalaisessa koulukotinuoria koskevassa Polku-tutkimuksessa 40 %:lla nuorista oli päihdehäiriö, alkoholin haitallinen käyttö tai alkoholiriippuvuus 35 %:lla ja huumehäiriö 16 %:lla. Päihdehäiriön on todettu alkavan yleensä käytöshäiriöiden jälkeen. Päihteiden käytöstä voi olla huomattavaa haittaa nuoren psykososiaalisessa selviytymisessä ja persoonallisuuden kehityksessä, vaikka varsinaista päihderiippuvuutta ei vielä olisi todettavissa. (Seppä ym. 2010, 101–103, 142)

Diagnosoitavia päihdehäiriöitä ovat haitallinen käyttö tai riippuvuus joita esiintyy nuoruusikäisistä 5–10 prosentilla. Päihdehäiriöihin liittyy 50–80 prosentilla myös muita samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Huomioitavaa on, ettei ainoastaan diagnosoitavien päihdehäiriöiden, vaan myös päihteiden käyttö sinänsä, on todettu olevan yhteydessä myöhempiin mielenterveyshäiriöihin. Komorbiditeetti liittyy sekä päihteiden käytön asteeseen että päihteiden käytön aloittamisikään. Mitä ongelmallisempaa käyttö on ja/tai mitä nuorempana päihteiden käytön on aloittanut, sitä todennäköisemmin nuori oireilee myös muulla tavoin. Lasten ja varhaisnuorten kohdalla olisi ensiarvoisen tärkeää pyrkiä siirtämään päihteiden käytön aloittamisikää mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen nuoruuden kehitystä. Tällä mahdollistettaisiin vaikeiden komorbidien häiriöiden kehittymisen estäminen sekä vähennettäisiin päihteiden käytöstä syntyviä huomattavia haittoja. (Pirkola ym. 2007, 6–9; Lönnqvist & Marttunen 2001.)

Alkoholin humalluttava vaikutus kasvaa iän myötä, eli nuoret humaltuvat hitaammin kuin aikuiset. Keskushermoston sietokyky on parempi ja toleranssin kehittyminen on hitaampi, minkä vuoksi krapula- ja vieroitusoireet ovat lievempiä kuin aikuisilla. Alkoholin sietokyky selittyy osittain nuorten kehon korkeammalla vesipitoisuudella. Kuitenkin nuorten kokemattomuus voi itsessään olla vaaratekijä, ja juominen aikuisten tapaan voi aiheuttaa vaarallisia yllätyksiä. Vaarallisin tekijä nuorille on alkoholin veren sokeria alentava vaikutus, mikä vaikeuttaa aivojen energian saantia ja toimintakykyä. Alkoholi ja muut päihteet vaarantavat nuorten aivojen ja keskushermoston kehitystä. Päihteet aiheuttavat häiriöitä myös sukupuoli- ja kasvuhormonin tuotantoon sekä kognitiivisiin toimintoihin. (Pirskainen & Pietilä 2011, 182–183.)

Nuorten käyttämät päihteet ja niiden tunnistaminen

Yleisimpiä lasten ja nuorten kokeilemia ja käyttämiä päihteitä ovat tupakka ja alkoholi. Impppaus on nuoruuteen liittyvä ilmiö. Lisäksi psykoaktiivisten lääkkeiden sekä kannabiksen, amfetamiinijohdannaisien ja opioidien käyttö näyttää yleistyvän ja lisääntyvän Suomessa. Tässä tuodaan esille lyhyesti impppauksen ja eri huumeiden käytön tunnistamiseen liittyviä tekijöitä.

Päihteiden käyttö alkaa usein tupakoinnista ja alkoholin kokeilusta 12–14 vuoden iässä. Tupakkatuotteet aiheuttavat käyttäjälleen vaikean riippuvuuden ja ylläpitävät sitä. Ne sisältävät aineita, jotka ovat myrkyllisiä ja aiheuttavat elimistössä solu- ja perimämuutoksia, kudonsvaurioita ja lukuisia sairauksia, kuten syöpää. Vaarattomia savukkeita ei ole olemassa. Nuoren kehittyville kudoksille tupakkamyrkyt ovat erityisen tuhoisia. Nuorena aloitettu pysyvä tupakointi lyhentää elämää keskimäärin 20 vuotta. Nuoren ke-

hittävät aivot ovat aikuisten aivoja herkemmat riippuvuuksien syntymiselle. Tupakkatuotteiden nikotiini ja muut yhdisteet muuttavat pysyvästi nuoren aivojen rakennetta ja aiheuttavat käyttäjälleen voimakkaan elinikäisen fyysisen nikotiiniriippuvuuden. Rinnalle kehittyy lisäksi sekä sosiaalinen riippuvuus eli tapa tupakoida tietyssä seurassa että psyykinen riippuvuus eli tapa tupakoimalla hillitä hermoja tai lieventää ahdistusta. (Hara, Ollila & Simonen 2009, 13) Nuoret pitävät usein omaa tupakointiaan tilapäisenä ja uskovat voivansa lopettaa koska tahansa. Tämä on osoitus nuorten kypsymättömyydestä tehdä arvioita ja ratkaisuja. Puolet tupakoivista nuorista suunnittelee lopettavansa piakkoin. Nopeasti kehittyvä riippuvuus ja lopettamisen vaikeus tulevat kuitenkin monelle nuorelle yllätyksenä. Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen on merkittävä kansanterveyshaaste. Tupakointi on alkoholin ohella tärkein yksittäinen ja ehkäistävässä oleva sairauksien ja ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja. Tupakka tappaa puolet tupakoitsijoista, joista enemmistö on vielä työiässä ja tupakkasairauksien hoito aiheuttaa yhteiskunnalle mittavat kustannukset. Tupakkatuotteiden käytön loppuminen onkin yksi merkittävimmistä mahdollisuuksista edistää väestön terveyttä ja pienentää terveydenhuollon kokonaismenoja. (Hara ym. 2009, 14). Tupakan vaaroja ja haittoja ovat yskä, maku- ja hajuaistin huononeminen, kylmät kädet ja jalat, väsymys, kalpeus ja mahavaivat, hengityselinten sairaudet, vaikutukset ulkonäköön ihon ja hampaiden väri, sydän- ja verisuonitaudit, keuhkosairaudet ja syöpä.

Huolestuttavaa on nuorten lääkkeiden käyttö alkoholin kanssa sekaisin. Usein kyseessä ovat rauhoittavat lääkkeet, mutta nuori saattaa käyttää myös muita vaikutukseltaan hänelle tuntemattomia lääkkeitä. Varsinaisista huumausaineiksi luokitelluista aineista kannabis on yleisimmin kokeiltu huume. Kannabismyönteiset asenteet ovat lisääntyneet nuorten keskuudessa. Tutkimukset ovat osoittaneet kannabiksen aiheuttavan fyysisistä riippuvuutta ja käytön lopettamisen jälkeen jopa viikkoja kestäviä vierotusoireita. Nuoret haistelevat päihtymistarkoituksessa esimerkiksi tinneriä, bensiiniä, liimoja ja sytyttimissä käytettyä butaania. Aineet aiheuttavat akuutin sekavuustilan, johon voi liittyä aggressiivisuutta ja impulssikontrollin heikkenemistä. Säännöllinen käyttö aiheuttaa riippuvuuden ja aineet voivat aiheuttaa sisäelin- ja aivovaurioita. (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 135–137). Lasten ja varhaisnuorten osalta tärkeä tavoite on siirtää laillisten ja laittomien päihdeiden käyttöä mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen nuoruuden kehitystä. Käyttää lapsi mitä tahansa päihdettä, vanhempien ja muiden aikuisten tulisi puuttua siihen heti. Myöhemmin nuoruudessa on keskeistä seurata kehitystä kokeilusta toistuvaan käyttöön, sitä seuraavaan väärinkäyttöön ja mahdolliseen riippuvuuteen.

Kannabiksen käytön tunnistaminen

Nuoren muuttunut käytös

- esimerkiksi se, että iloisesta ja sosiaalisesta nuoresta voi tulla äkäinen ja aggressiivinen.
- Hän voi saada voimakkaita raivokohtauksia.
- Nuori voi olla poikkeuksellisen väsynyt ja uupunut tai sekava tai ylienerginen.
- Hän voi olla levoton ja kärsiä unettomuudesta, unohdella asioita, olla salaileva ja välttelevä.
- Koulusta poissaolot voivat lisääntyä ja koulumenestys heikentyä.

Nuoren ulkoinen olemus

- Nuori voi laihtua tai hänellä voi olla jatkuva makeannälkä.
- Aiemmin ulkonäöstään ja hygieniastaan tarkka nuori ei enää huolehdi niistä.
- Vaatteissa ja hiuksissa voi olla erilainen, makeahko haju.
- Silmät voivat punoittaa, ja nuorella voi olla jatkuvaa yskää.
- Hän voi vaikuttaa päihtyneeltä, vaikka alkoholin hajua ei tunnu.

Nuoren elämänarvot ja elintavat

- Jatkuva rahan tarve voi viitata myös huumeiden kokeiluun ja käyttöön
- erilaisten huumeiden ja niiden käyttöön liittyvien välineiden ja symbolien – mm. piippujen, ruiskujen, lusikoiden, folioiden, filtereiden, klikkikuppien, jauhepussien ja muovien – löytyminen nuoren tavaroista. Kannabiksen käyttöön viittaa hajusteiden ja suitsukkeiden liioiteltu käyttö kannabiksen hajun peittämiseksi.

Kannabiksen käytön tunnusmerkkejä ovat

- silmien verestys
- pupillien laajentuminen
- katsekontaktin välttely
- imelän äitelä tuoksu hiuksissa ja vaatteissa
- sekavalta vaikuttava olo tila ja olemus ilman alkoholin tuoksua
- jatkuva yskiminen ja nenän niistäminen (johtuu nenän ja suun limakalvojen kuivumisesta)
- tavallisuudesta poikkeava hilpeys ja hihittely
- verensokerin lasku ja makeanhimo
- passivoituminen
- ylivoimainen ja jatkuva väsymys
- kaveripiirin vaihtuminen

- koulumenestyksen heikkeneminen
- rahan ja tavaroiden katoaminen kotoa
- luvattomat poissaolot kotoa ja koulusta
- epäsosiaalisuus ja näpistely.

Vanhemmat voivat löytää nuoren tavaroista sisäpinnaltaan kellertävän tina-paperikääreen, maissipiipun tai virvoitusjuomapullon, jonka pohjaosaan on tehty reikä ja jossa on kuulakärkikynän kuori. Selkeä käytön tunnusmerkki on myös hasismurujen löytyminen nuoren tavaroista.

Liimat, lakat, puhdistusaineet, tinneri, bensiini, butaani (sytkärikaasu)

Nuoren imppaajan tunnistaminen:

- haisee liuottimelle
- silmät ovat vetistävät ja punaiset
- pupillit ovat laajentuneet
- puhe on takeltelevaa ja epäselvää
- ei ole ruokahalua
- liikkuminen on kömpelöä
- keskittymiskyky on huono
- koulumenestys laskee ja on huonoa
- Tokkuraisuus.
- Yllykkeenomaiset teot.
- 10–15-vuotiaita, usein poikaporukka.
- Liimojen haju ja tahrat vaatteissa.

Teknisten liuottimien päihdevaikutuksia:

- sekavuus, vaihtelevat mielikuvat, euforia
- ongelmien tilapäinen unohtaminen
- houretilat, päänsärky, kaksoiskuvat
- tukehtumis- ja sydänpysähdysriski.

Teknisten liuottimien haittavaikutuksia:

- erittäin voimakas psyykkinen ja fyysinen riippuvuus
- henkisen tason lasku
- munuais- ja maksavauriot
- myrkytystilat, tukehtuminen
- väkivaltaisuus
- päihteistä vaarallisimpia, aivot voivat vaurioitua jo ensimmäisellä kerralla.

Yleisimmät rauhoittavat lääkkeet ovat niin sanottuja bentsodiatsepiineja. Puhekielessä niitä kutsutaan nimellä ”bentsot”. Bentsodiatsepiineja ovat:

diatsepaami, klooridiatsepoksidi, oksatsepaami, loratsepaami, klobatsaami ja alpratsolaami. Niitä myydään lukusilla eri kauppanimillä.

Buprenorfiini (Temgesic®, Subutex®) on paitsi lääke myös yleisimmin käytetty opiaatti suomalaisten huumeidenkäyttäjien piirissä. Alun perin buprenorfiinia käytettiin lääkityksenä voimakkaisiin kiputiloihin. Sittemmin sen havaittiin sopivan opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitölääkkeeksi. Suomessa käytössä olevat Temgesic ja Subutex ovat niin sanottuja resoriblettejä eli niiden on tarkoitus liuota kielen alta, jolloin vaikuttava aine imeytyy elimistöön suun limakalvojen kautta. Lääkkeellisessä korvaushoidossa asiakas yleensä nauttii tabletin hoitopaikassa päivittäin.

Päihdekäytössä buprenorfiini käytetään yleensä suoneen pistämällä. Tästä syystä buprenorfiini on erittäin ongelmallinen lääkeaine väärinkäytettynä. Koska sitä ei ole tarkoitettu injisoitavaksi, se sisältää mm. maissitärkkelystä ja muita sidosaineita, jotka voivat aiheuttaa suoniin erilaisia vaurioita ja tulehduksia. Tablettimuotoisten lääkeaineiden sidosaineet voivat pistettäessä aiheuttaa vakavia silmänpohjan muutoksia. Näiden muutoksien seurauksena voi olla näkökyvyn heikkeneminen. Nenän limakalvojen kautta tapahtuva käyttömuoto on vaarattomampi kuin suoniin pistäminen, mutta nenän limakalvot ovat herkkiä ja ne voivat vaurioitua. Buprenorfiinin päihdekäytössä tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen päihtymystila. Buprenorfiini on yhteiskäytössä bentsodiatsepiinien kanssa hengenvaarallinen, varsinkin jos mukana on myös alkoholi. Kuolemantapaukset, jotka on raportoitu buprenorfiinin käytön yhteydessä, liittyvät nimenomaan buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja alkoholin yhtäaikaiseen käyttöön. Buprenorfiini on Suomessa saanut suuren suosion ja nykyisin on runsaasti käyttäjiä, jotka ovat aloittaneet opiaattien käytön buprenorfiinilla. Useat nuoret buprenorfiinin käyttäjät siirtyvät suoraan sen käyttöön esimerkiksi kannabiksen käytön yhteydessä tai jopa ilman sitä. (Päihdelinkin tietoisikut)

Amfetamiini luokiteltiin Suomessa huumausaineeksi vuonna 1968. Katukaupassa amfetamiinia myydään tabletteina, kapseleina, jauheena, liuksena ja kiteinä. Väri vaihtelee kellertävän vaaleasta keltaiseen. Sitä voidaan nuuskata, polttaa, käyttää suonensisäisesti sekä suun kautta tabletteina tai kapseleina. Amfetamiinista käytetään lempinimiä piri, pore, speed, spiidi, vauhti, pirtsakka, pirtee, polakka, etukeno, nopee, a-vitamiini, swimba.

Amfetamiinin vaikutukset käyttäjälleen riippuvat mielentilasta ja seurasta jossa sitä käytetään. Vaikutusta muokkaavat myös mahdollinen muiden aineiden käyttö samanaikaisesti sekä käyttäjän kokemukset amfetamiinista. Amfetamiinin välittömiä psyykkisiä vaikutuksia ovat hyvänolon ja energisyyden tunne. Annosta suurennettaessa käyttäjästä tulee puhelias ja levoton, hän voi tuntea itsensä voimakkaaksi ja ylivertaiseksi tai käyttäytyä aggressiivisesti tai vihamielisesti. Amfetamiinia jatkuvasti käyttävä

voi olla arvaamaton, johtuen huumeen aiheuttamista harhoista jolloin käyttäjä kokee, että muut ihmiset uhkaavat tai vainoavat häntä. Amfetamiinin käyttäjän ruokahalu vähenee, hengitys ja sydämen lyöntitiheys nopeutuvat, verenpaine kohoaa ja pupillit laajenevat. Suuremmat annokset aiheuttavat kuumeilua, hikoilua, päänsärkyä, näön hämärtymistä ja huimausta.

Metamfetamiini on amfetamiinin sukulaisaine, jota syntetisoidaan usein pienissä salalaboratorioissa lähellä käyttäjäkuntaa tai laajassa mittakaavassa mm. Kaukoidässä. Ainetta myydään laittomasti valkoisena, vesiliukoisena jauheena, kiteinä ("ice") tai tabletteina. Metamfetamiinia käytetään syömällä, nuuskaamalla, polttamalla tai suonensisäisesti. Aine aiheuttaa amfetamiinin tavoin verenpaineen nousua, sydämen tykytyksiä, levottomuutta, energisyyden tunnetta ja unettomuutta, mutta sen teho on suurempi. Metamfetamiini johtaa myös herkästi sekavuuteen, impulsiiviseen käytökseen, väkivaltaisuuteen sekä harhaluuloisuuteen ja harhaaistimuksiin. Metamfetamiinin säännöllinen käyttö johtaa riippuvuuteen. Usein ainetta käytetään amfetamiinin tavoin muutaman päivän jaksoina, minkä jälkeen yliaktiivisuus, unettomuus tai muut oireet pakottavat käytön keskeyttämiseen. Vieroitusoireet muistuttavat amfetamiinivieroitusta (ahdistusta, masennusta, lisääntynyt unen tarve yms.). Metamfetamiinin aiheuttama alentunut harkintakyky ja impulsiivisuus voi lisätä tapaturmaalttiutta ja seksitautien riskiä. (Päihdelinkin tietoisuus- amfetamiini ja muut piristeet)

Varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön

Varhainen puuttuminen on noussut vahvasti esille 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla. Puuttumisen käsite ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Asiaa on käyty keskustelua, käsitettä on kritisoitu ja sen tilalle on ehdotettu muun muassa "varhaista tukea", "varhaista vastuusta" ja "huolta". Varhainen puuttuminen on kuitenkin vakiintunut niin maallikoiden kuin ammattilaisten kielenkäyttöön. (Huhtanen 2007, 22.) Varhaista puuttumista korostetaan Suomessa ja kansainvälisesti. Ongelmien ei tulisi antaa kasautua, ahdinkoon ei saisi jättää eikä kalliiseen korvaavaan työhön tulisi ajautua varhaisten mahdollisuuksien laiminlyömisestä vuoksi. Toisaalta varhaisesta puuttumisesta käydään myös kriittistä keskustelua. Perätään sen oikeutusta. Kysytään, vaihtuuko kaikille yhteisten palvelujen turvaaminen valikoiduksi puuttumiseksi. Ongelmatilanteiden ehkäisemiseksi ja lievittämiseksi tulee toimia mahdollisimman varhain, mahdollisimman avoimesti ja mahdollisimman hyvässä yhteistyössä. Tavoitteena on varhainen avoin yhteistyö. Olennaista on toimia silloin, kun mahdollisuuksia on ja vaihtoehtoja on runsaasti. Varhainen puuttuminen on varhaista vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi. (Valtakunnallinen Varpu-verkosto.)

Päihteettömyyden edistäminen tai päihdekäytön aloittamisiän viivästyminen edellyttävät monitasoista lasten, nuorten ja heidän perheidensä terveyttä edistävää ja suojaavaa toimintaa sekä voimavarojen varmistamista yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla. (Kinnunen 2011, 15–16.) Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön on parasta ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Mitä varhaisemmin kehittyvään päihderippuvuuteen puututaan, sitä parempi on hoidon ennuste. Päihdeongelman tunnistaminen ja siihen puuttuminen ovat kaikkien organisaatiossa toimivien tehtäviä. Varhaisnuorten ja nuorten kanssa toimivilla tulee olla selkeät puuttumis- ja menettelyohjeet päihdeongelman ilmetessä. Nuoruusiän kehityksen vahingoittumisen estämiseksi tulisi nuorten epäsosiaaliseen käyttäytymiseen tai ongelmalliseen päihteiden käyttöön puuttua. Päihteiden käytön kokeilun jälkeen osa nuorista siirtyy käyttämään päihteitä säännöllisesti tai sosiaalisissa tilanteissa, hyvin usein ystävien kanssa. Ystävien päihteiden käytöllä on suuri vaikutus nuorten päihteiden käyttöön. (Pirskanen 2007, 20, 29; Niemelä 2009, 109.) On myös tutkittu, että seurustelusuhde itseä vanhemman kanssa mahdollisesti lisää päihteiden käyttöä. Tämä on todettu erityisesti tytöillä, koska he seurustelevat poikia useammin itseään vanhemman henkilön kanssa. (Niemelä 2009, 52.)

7 Nuorten päihteidenkäyttöön puuttumisen malli Metsolassa

Jaana Lalli

Artikkelin näkökulma on laitokseen sijoitetun nuoren päihteidenkäyttöön puuttuminen. Sen tavoite on luoda toimintamalli Oulun kaupungin Metsolan lastenkotiin, joka on vuoden 2007 alussa perustettu nuoruusikäisille tarkoitettu vastaanotto- ja arviointi- sekä kuntoutusyksikkö. Nuoret tulevat vastaanotto- ja arviointiyksikköön useista eri syistä, mutta hyvin usein päihteidenkäyttö on taustalla vaikuttava syy.

Metsolan lastenkoti toimii vastaanottoyksikkönä, jossa on vastaanotto- ja arviointiosasto sekä kuntoutusosasto yli 12-vuotiaille lapsille ja nuorille. Metsolan vastaanottoyksikön tehtävänä on antaa lyhytaikaista hoitoa ja kasvatusta avohuollon tukitoimenpiteenä sekä sijaishuoltoa kiireellisesti ja hallinto-oikeuden väliaikaisen määräyksen perusteella sijoitetuille lapsille ja nuorille. Vastaanotto-osaston sijoituksen aikana kerätään lapsen tai nuoren tilanteesta tarvittavaa tietoa yhteistyössä perheen ja muun verkoston kanssa sen arvioimiseksi, voiko lapsi tai nuori palata takaisin kotiin vai tarvitseeko hän jatkosijoituspaikan. Vastaanotto-osastolta lapsi/ nuori siirtyy joko kuntoutusosastolle, kotiin tai yksityiseen lastensuojeluyksikköön.

Toimintamallin kehittämisen pohjana hyödynnetään Oulun kaupungin Redi 64 toimintatapoja. Redi 64 on Metsolan tärkein yhteistyökumppani nuorten päihdehoidossa. Toimintamallin tulee sopia Metsolan toimintaperiaatteisiin, ottaa huomioon henkilökunnan rakenteen, koulutukset ja osaamisen sekä kannustaa henkilökuntaa käyttämään erilaisia vahvuuksiaan. Mallin on tarkoitus olla yksinkertainen ja helposti käyttöön. Nuoren tullessa sijoitukseen hänelle tehdään hoito- ja kasvatussuunnitelma, jonka mukaan työskennellään. Näin huoli päihteidenkäytöstä on osa työskentelyä ja käsittää arvioinnit, keskustelut ja seurannan. Keskusteluja käydään sekä nuorten kanssa että vanhemman/vanhempien läsnä ollessa.

Päihteiden käyttöön puuttumisen toimintamallin kehittämisen idea lähti liikkeelle työyhteisön tarpeesta. Kävimme läpi monenlaisia ideoita ja lopulta päädyimme siihen, että tekisin toimintamallin päihteiden käyttöön liittyvään huoleen ja puuttumiskeinoihin. Aluksi teimme Metsolan kehittämispäivillä koko tiimin kanssa listaa asioista, joista työyhteisössä koetaan tarvetta tietää, osata sekä oppia lisää. Listaan kertyi monenlaista päihteisiin liittyvää asiaa. Metsolassa työskentelee motivoitunutta, ammattitaitoista, kehittymistä ja haasteita pelkäämätöntä henkilökuntaa, joten uusi malli työskentelylle on ajankohtainen. Toisaalta nuorten päihdemyönteisyys on selkeästi lisääntynyt ja Metsolaan sijoitukseen tulevilla nuorilla on yhä useammin syynä päihteiden käyttö. Tämä luo paineita päihteiden osalta välittävälle ja puuttuvalle, selkeästi tavoitteelliselle työskentelylle.

Nuorilla on Metsolaan tullessa yleensä ongelmia useilla alueilla. Koulun käynti ei suju, on rajattomuutta, vuorovaikutusongelmia kotona, erilaisia mielenterveysongelmia, itsensä vahingoittamista, käytöshäiriöitä sekä kasvavassa määrin yhä nuoremmilla, päihdemyönteisyyttä, päihteiden kokeilua ja käyttöä. Metsola on vastaanottava yksikkö, joten taloon tulevilla nuorilla on monenlaisia ongelmia ja sijoitusten syitä, ei pelkästään päihteidenkäyttö. Hyvin usein työ nuorten kanssa alkaa vuorokausirytmien hakemisella, koulunkäynnin säännöllistämällä, nuoren tilanteen pysäyttämällä esimerkiksi kotona vuorovaikutusongelmien kriisiyttäessä perheen arkielämän ja/tai iänmukaisen itsestä huolehtimiseen ja suojaamiseen ohjaamalla. Nuoren elämäntilannetta seurataan hyvin tarkkaan varsinkin sijoituksen alussa ja usein nousee huoli myös päihteidenkäytöstä.

Metsolaan sijoitetuilla nuorilla on todettu ainakin tupakan, alkoholin, kannabiksen, opiaattien, benzodiatsepiinien, amfetamiinin sekä bubrenorfiinin käyttöä. Nuoret ovat kertoneet käytöstä ja käyttöä on todettu huumeepikatestillä sekä laboratoriovarmennuksilla. Metsola käyttää 6-paneelitestä jossa näkyvät amfetamiini, metamfetamiini, THC eli cannabis, benzodiatsepiinit, opioidit sekä bubrenorfiini. Metsolassa huolta aiheuttaa myös nuorten imppaus, joka selkeästi näyttäytyy tietyin väliajoin niin sanotusti piikkiä. Imppaus vaikuttaa ryhmäilmiöltä. Nuorilla on ilmennyt muun muassa bensen, butaanin, kynsilakanpoistoaineen, erilaisten deodoranttien ja hajuvesien imppausta.

Nuoren päihdeongelman laitoshoidon tulee tapahtua riittävän turvalisessa ja vaikuttavassa, mutta toisaalta ei liian rajoittavassa ympäristössä. Laitoshoitokin tulee ensisijaisesti järjestää yhteisymmärryksessä nuoren ja hänen perheensä kanssa. Tarvittaessa jopa nuoren omasta tahdosta riippumatonta laitoshoidoa on harkittava esimerkiksi silloin, kun nuori ei ole kyennyt avohoidossa lopettamaan vakavaa päihdekierrettä, hän käyttää suonensisäisiä huumeita, kun hänen vakavat vieroitusoireensa edellyttävät lääkettä tai kun hän tarvitsee sairaalahoitoa mielenterveyshäiriön tai vakavan itsetuhoisuuden vuoksi. (Lepistö & Marttunen 3/2007)

Metsolan lastenkodin säännöt ja toimintaperiaatteet

Metsolan vastaanotto- ja arviointiyksikössä työskentelee Onnelan lastenkodin kanssa yhteinen johtaja, vastaava ohjaaja, neljätoista ohjaajaa, kaksi sairaanhoitajaa ja toimintaterapeutti. Henkilökuntaan kuuluu myös keittäjä ja laitoshuoltaja. Kasvatushenkilökunta koostuu koulutukseltaan erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Ohjaajina toimii sosionomin, nuoriso- ja vapaa-ajanohjaajan sekä yhteisöpedagogin koulutuksen omaavia. Sairaanhoitajilla on psykiatrian sairaanhoitajan koulutus ja toimintaterapeutilla toimintaterapeutin koulutus. Vastaavalla ohjaajalla on sosionomin koulutus. Henkilökunnalla on monia vahvuusalueita, joita pyritään työssä hyödyntämään. Näitä ovat esimerkiksi tieto ja taito seikkailukasvatukseen, eri urheilu- ja liikuntalajeihin, musiikkiin, ymmärtävä mutta samalla rajat asettava kasvatustaito ja hyvä huumorintaju. Näiden taitojen ja vahvuuksien kautta nuorta voidaan ohjata valitsemaan päihteiden käytön tilalle jokin muu mukava tekeminen ja kiinnostuksen kohde myös tulevaisuutta ajatellen.

Sääntöjen avulla varmistetaan lasten ja nuorten turvalliset olosuhteet lastenkodissa, turvataan jokaisen fyysinen ja psyykinen koskemattomuus, tuetaan lasta ja nuorta iänmukaiseen vastuunottoon, ohjataan lasta ja nuorta ymmärtämään omien tekojen seuraukset sekä ohjataan terveellisiin elämäntapoihin. Tavoitteena on lapsen hoidon ja kasvatuksen johdonmukaisuus laitoksessa ja kotona. Sääntöjen avulla mahdollistetaan turvallinen yhteydenpito lapsen ja perheen sekä lapselle tärkeiden ihmisten välillä. Lapsen ja nuoren vanhemmat ja muut läheiset voivat vieraila lastenkodilla sovitusti. Kaverivierailujen mahdollisuus lastenkodilla arvioidaan yksilökohtaisesti. Yhteydenpitoa tuetaan sijoituksen aikana myös niin sanottujen kotijaksojen avulla.

Metsolan tilat tarkastetaan säännöllisesti lasten ja nuorten turvallisuuden varmistamiseksi. Lapsen tai nuoren huone voidaan tarvittaessa tarkistaa myös ilman, että lapsi tai nuori on itse paikalla. Tarkastuksen toteuttaa kaksi hoito- ja kasvatushenkilökuntaan kuuluvaa yhdessä huomioiden rajoittamispäätöksen perusteet. Lastenkodissa teräaseiden ja muiden vastaavien esineiden sekä päihdyttävien aineiden ja päihdyttäviin aineisiin liittyvien esineiden hallussapito on kielletty. Lastenkodilta löydettävä alkoholi hävitetään alkoholilain mukaisesti, kahden ohjaajan läsnä ollessa alkoholi kaadetaan viemäriin. Lastenkotien tilojen tarkistamiseksi tilanteissa, joissa on syytä epäillä, että lastenkodilla on vaarallisia aineita esimerkiksi huumausaineet, asept, räjähteet, voidaan tarvittaessa tehdä poliisille ilmoitus rikosepäilystä. Jos esimerkiksi on syytä epäillä, että lastenkodilla liikkuu tai sinne on kätkeyty huumausaineita poliisi voi rikosepäilyyn liittyen tehdä lastenkodilla kotietsinnän. Pääsääntöisesti poliisi tekee etsinnän nuoren huoneeseen tai tiloihin, jotka nuoren halussa, mutta pyynnön yhteydessä

lastenkoti voi antaa suostumuksen etsinnän tekemiseen myös yleisissä tiloissa. Lapsen tilojen ja omaisuuden tarkistamisessa on arvioitava myös perusteet lastensuojelulain mukaiseen rajoitustoimenpiteeseen omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen ja luovuttamatta jättäminen. (Lsl 67 §, 506–510).

Sijaishuollossa olevilta nuorilta otetaan tarvittaessa huumeseuat tai puhallutetaan lastensuojelulain mukaisena rajoitustoimenpiteenä eli henkilönkatsastuksena. Henkilönkatsastus on mahdollinen, jos on perusteltua syytä epäillä, että lapsi on käyttänyt päihdyttäviä aineita. Katsastuksen toimittamisesta päättää ja katsastuksen toimittaa lastenkodin johtaja tai hänen määräämänsä lastenkodin hoito- ja kasvatushenkilöstöön kuuluva henkilö tai muu tehtävään soveltuvan ammatillisen koulutuksen omaava henkilö. (Lsl 66 §) Jos näytteen ottaa terveydenhuollon ammattihenkilö, näytteen voi ottaa yksin jos näytteen ottaa joku muu esimerkiksi ohjaaja, täytyy läsnä olla toinen henkilö ja näytteen ottajien tulee olla nuoren kanssa samaa sukupuolta. Nuorella tulee olla suojakäsineet näytettä antaessa, näytteen ottajalla tulee olla näköyhteys nuoreen näytteen oton ajan. Näytteen manipuloinnin estämiseksi näyte otetaan kerralla: nuori ei poistu vessasta kesken kaiken muualle. Jos avohuollon tukitoimena sijoitetulta nuorelta on tarve ottaa huumeseuat tai puhalluttaa ja nuori kieltäytyy, on arvioitava edellytykset jatkaa avohuollon sijoitusta. Sosiaalityöntekijä arvioi nämä edellytykset ja perusteet mahdolliselle kiireelliselle sijoitukselle. Jos nuori kieltäytyy antamasta seulaa, kirjataan kieltäytyminen nuoren lastensuojeluasiakirjoihin. Tulosta ei voi suoraan kirjata/ tulkita positiiviseksi. Jos pikaseualla osoittaa positiivista tulosta, voidaan näyte lähettää varmennettavaksi. Näyte säilytetään näytejääkaapissa ja lähetetään laboratorioon erillisen ohjeistuksen mukaisesti. Nuorelle kerrotaan, että pikaseualla näyttää positiivista ja kysytään, mitä nuori haluaa kertoa tilanteesta ja jos nuori kertoo käyttäneensä päihdyttäviä aineita, ei näytettä välttämättä tarvitse lähettää eteenpäin. Sosiaalityöntekijä tai ohjaaja päättää, tarvitaanko varmennusta.

Lastensuojelulain mukaiset rajoitustoimenpiteet koskevat ainoastaan sijaishuollossa olevia lapsia ja nuoria. Jos lapsi tai nuori on sijoitettu lastenkotiin kiireellisesti, huostaanotettu palveluesimiehen tai hallinto-oikeuden päätöksellä tai lapsi on lastenkodissa hallinto-oikeuden väliaikaisen määräyksen perusteella, on hän sijaishuollossa. Lastensuojelulain mukaisia rajoitustoimenpiteitä ovat yhteydenpidon rajoittaminen (Lsl 62 §, 468–490), aineiden ja esineiden haltuunotto (Lsl 65 §, 496–501) henkilöntarkastus ja henkilönkatsastus (Lsl 66 §, 501–506), omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen ja luovuttamatta jättäminen (Lsl 67 §, 506–510), kiinnipitäminen (Lsl 68 §, 510–512), liikkumisvapauden rajoittaminen (Lsl 69 §, 512–515), eristäminen (Lsl 70 §, 515–518) ja erityinen huolenpito (Lsl 71 §, 518–524), joka voidaan toteuttaa erityisen huolenpidon yksikössä. Rajoitustoimenpiteitä voidaan kohdistaa siinä määrin kuin huostaanoton tarkoituksen toteutta-

minen, lapsen oma tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus välttämättä vaatii. Rajoitustoimenpiteiden käyttäminen rangaistuksena on kiellettyä. Avohuollon tukitoimena sijoitettuihin lapsiin ja nuoriin rajoitustoimenpiteitä ei voida kohdistaa. Avohuollon sijoituksen edellytys kuitenkin on, että lapsi ja nuori sekä huoltajat sitoutuvat lastenkodin sääntöihin.

Metsolan vastaanotto- ja arviointiyksikössä periaatteena on, ettei toisten omaisuuteen kosketa ilman lupaa, omaa tai toisten omaisuutta ei rikota tai vahingoiteta. Lastenkoti ei korvaa rikottua tai hukattua omaisuutta vaan korvausvelvollisuus on tekijällä. Yksikössä henkilökohtaiset kännykät, kannettavat tietokoneet ja muut arvokkaammat esineet säilytetään pääsääntöisesti toimistossa. Erityistilanteissa tästä käytännöstä poikkeaminen voidaan sopia sosiaalityöntekijän kanssa. Yksikössä nuorten oman kännykän käyttöä voidaan rajoittaa yleisen järjestyksen ylläpitämiseksi. Tarvittaessa voidaan sijaishuollossa oleville nuorille tehdä yhteydenpidon rajoittamis päätös. Lyhytaikaisesta, enintään 7 vuorokautta kestävästä rajoittamisesta voi päättää lastensuojelulaitoksen johtaja. Päätöksen voi tehdä myös lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä joko jatkamalla päätöstä tai jos päätös on alun perin tarpeen määrätä 30 vuorokautta pidemmäksi.

Niin sanotut kotijaksot sijoituksen aikana tarkoittavat lapsen hoito- ja kasvatussuunnitelmaan sovittuja päiväkäyntejä ja useamman päivän jaksoja kotona. Kotiutumisen tukemiseksi tehdään tiivistä yhteistyötä perheen ja tarvittavan tukiverkoston kanssa joita voivat olla perhetyö, koulu, perheneuvola, lasten- ja nuorisopsykiatrinen työryhmä, A-klinikka ja mielen-terveystoimisto. Kiireellisen sijoituksen aikana kotijaksot ja vierailut kaverien luona arvioidaan suhteessa sijoituksen perusteeseen. Arvion tekee lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä. Jos sosiaalityöntekijä arvioi, että lapsi voi mennä kotijaksolle, on sosiaalityöntekijän arvioitava myös kiireellisen sijoituksen jatkamisen ja lapsen kotiuttamisen edellytykset.

Lastenkodin toiminta perustuu useisiin lakeihin ja säädöksiin, joista tärkeimpinä ovat mm. lastensuojelulaki, sosiaalihuoltolaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä laki lapsen huollosta ja tapaamis-oikeudesta. Lähtökohta on lastenkodin yhteisiin sääntöihin sitoutuminen: pyrkimyksenä on lasten ja nuorten taitojen ja toimintakyvyn vahvistaminen sekä edellytysten luominen lapsen tai nuoren kotiutumiseksi. Lastenkodin sääntöjä, lasta ohjaavia kasvatuskäytäntöjä sekä lastenkodin yleistä turvallisuutta turvaavia toimenpiteitä on arvioitava suhteessa lapsen oikeuksia rajoittaviin toimenpiteisiin.

Metsolan toimintamallin lähtökohtia

Nuoren vastaanottaminen

Nuoren tullessa Metsolan vastaanotto- ja arviointiyksikköön kiireellisellä sijoituksella hänet otetaan vastaan kahden työntekijän toimesta riippumatta vuorokaudenajasta. Metsolassa on yövuorossa aina kaksi työntekijää joten myös öiseen aikaan se on mahdollista. Nuorelta kysytään kaikki oleellinen tieto tilanteesta joka on johtanut sijoitukseen. Nuoren sijoituspäätöksen syyn ollessa päihteiden käyttö on perusteltua syytä tehdä hänelle huumeepikatesti. Näin myös silloin kun nuori on ollut karkureissulla ennen Metsolaan tuontia. Nuori antaa näytteen testiä varten Metsolan eteistilassa olevassa wc:ssä. Tarvittaessa nuoren kanssa voidaan odottaa tilassa näytteenantoa. Nuoren kanssa keskustellaan pikatestin mahdollisesta tuloksesta sekä mahdollisesta tarpeesta lähettää näyte laboratorioon varmennettavaksi. Testistä tehdään päätös henkilönkatsastuksesta sekä kirjataan keskustelu ja testin tulos asiakastietojärjestelmään. Lapsen ja nuoren tavat voidaan tarkastaa tulotilanteessa, jos sijoituksen peruste antaa siihen aiheutta ja on syytä epäillä.

Lasten ja nuorten päihteidenkäytön selvittämiseksi on lapsen/nuoren haastattelun, kliinisten havaintojen lisäksi hyvä hankkia tietoa vanhemmilta ja muilta läheisiltä tai lapsen/nuoren kanssa tekemisissä olevilta ihmisiltä jos lapsi/nuori kieltää tai vähättelee päihteidenkäyttöään. Lapselle ja nuorelle on tärkeää tehdä hyvä perustutkimus jossa otetaan huomioon yleisvaikutelma, somaattinen sekä psyykinen status. Psykiatrisen diagnostiikan lisäksi voidaan käyttää erilaisia haastattelumenetelmiä kuten Euro-ASI. (Moilanen M. ym. 2010, 277–287)

Nuoren kanssa työskentelyn aloittaminen

Nuoren kanssa työskentely jatkuu erilaisten kysely- ja haastattelulomakkeiden täyttämällä, yhteydenotoilla tarvittaviin tahoihin kuten Redille, lasten- ja nuorisopsykiatriseen työryhmään, sosiaalityöntekijään. Nuori täyttää kysely- ja haastattelulomakkeita ennen tulopalaveria eli muutaman päivän sisällä sijoitukseen tulosta. Nuoren tilanteen vaatiessa voidaan hänelle tehdä perustellusti liikkumisvapauden rajoittamispäätös. Nuoren palaverissa, johon on kutsuttu nuoren asioiden hoitoon tarvittava kokoonpano, sovitaan yhteistyökäytännöistä, työnjaosta sekä työskentelyn tavoitteista, keinoista ja seurannasta. Ensimmäisten viikkojen ajan Metsolassa nuoren kanssa keskustellaan säännöllisesti, nuorta kuunnellaan, tehdään mahdollisia sopimuksia ja käydään tiettyjä sääntöjä läpi.

On olemassa monia eri päihteiden käytön tunnistamisen menetelmiä. Havainnoimalla nuoren käyttäytymistä ja mielialan muutoksia voidaan tunnistaa päihteiden käyttö. Näiden lisäksi tunnistamisen keinoja ovat nuoren haastattelu, laboratorionäytteet eli virtsa- ja verikokeet ja puhalluskokeet alkometriin. (Pirskanen 2007, 33.) Crafft-kyselyssä suullisten kysymysten avulla kartoitetaan päihteiden käyttöä. Alkoholin kulutusta mittaamaan on suunniteltu enemmän aikuisten käyttöön oleva AUDIT-kysely (the Alcohol Use Disorders Identification Test), mutta sitä voi soveltaen käyttää myös nuorilla. (Pirskanen 2007, 33; Niemelä 2009, 54.) POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) on laaja kysely jolla selvitetään nuorten ongelmien ja hoidon tarvetta. Siinä käydään läpi muun muassa päihteet, mielenterveys, aggressiivinen käyttäytyminen, sosiaaliset taidot ja fyysinen terveys. (Pirskanen 2007, 38–39).

Esimerkiksi A-klinikkasäätiön Lahden Stopparilla nuoren hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, jonka osaamisalueita ovat mm. päihde-, mielenterveys-, kasvatustyö. Hoidon perustana on yhteisöllisyys, jonka avulla nuorella on mahdollisuus harjoitella avun vastaanottamista ja muiden huomioimista sekä saada näin eväitä itsenäiseen selviämiseen ilman päihteitä. Hoito suunnitellaan vastaamaan nuoren yksilöllisiä tarpeita. Se on päihdehoidon osalta lääkkeetöntä ja pitää sisällään muun muassa keskustelua, erilaisia hoidollisia ryhmiä, hierontaa, akupunktiota sekä korva-magneettihoitoa. Jokaisella nuorella on kaksi omaohjaajaa, joiden kanssa nuori työskentelee ja saa tukea yksilöllisen tarpeensa mukaisesti.

Nuoren päihteiden käyttöön puuttuminen

Päihteet ovat alaikäiselle laittomia ja vaarallisia ja mitä varhaisemmin päihdekokeiluun tai käyttöön puututaan, sitä parempi se on nuoren tulevaisuuden kannalta. Tarkoituksena puheeksi otossa on ongelman tuominen esille mahdollisimman varhain. Välittäminen ja huoli nuoren päihdemyönteisyydestä riittävät motiiviksi puuttumiseen. Puuttuminen nuoren alkoholien käytön epäilyyn ja/tai käyttöön kertoo aikuisen välittämisestä. Puuttumalla osoitamme huolta ja pyrimme kohti tiettyä tavoitetta. Tavoite on tärkeää miettiä yhdessä nuoren kanssa ja vaikka nuori ei aluksi näkisikään tavoitetta esimerkiksi päihteettömyydestä realistisena, on aikuisen sitä kohti kuitenkin työskenneltävä. Puheeksi otto etenee motivoivan haastattelun muutaman tärkeän periaatteen käytöllä. Mitä enemmän motivoivan haastattelun periaatteita aikuinen uskaltaa käyttää, sitä helpompi menetelmää on itselleen sisäistää.

Motivoiva haastattelu

Varhaisessa puuttumisessa ja hoidon aloitusvaiheessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Haastattelun periaatteiden pohjalta on kehitetty muutosmotivaatiota vahvistava hoitomalli. Tässä lyhyessä interventiossa otetaan huomioon nuoruusikään kuuluva itsemääräämisoikeuden ja itseenäistymisen tarve. Menetelmää on käytetty myös vahvistamaan nuoren hoitoon kiinnittymistä kognitiivisen käyttäytymisterapian aloitusvaiheessa. (Lepistö & Marttunen 2007)

Motivaatiota on pidetty päihdehoidossa hoidon välttämättömänä edellytyksenä. Hoitajan tehtävänä on herätellä ja voimistaa motivaatiota asiakkaassa. Tutkimukset ovat osoittaneet muun muassa kuinka heijastava kuuntelu empaattisella tyylillä toi parempia hoitotuloksia. Koski-Jänneksen (2008) mukaan riippuvuuksiin liittyvät ristiriidat motivaation suhteen syntyvät toiminnan tuottamana tyydytyksenä sekä sitä seuraavina haittoina. Jotta yksilö kykenisi muutokseen sitoutumaan, on ristiriitaa käsiteltävänä siten, että vaaka kallistuisi muutosta vastustavalta sitä puoltavalle puolelle (Koski-Jännes 2008, 42). Tällainen työskentely nuorten kanssa on hyväksi havaittua myös muiden kuin päihdeongelmien tiimoilta. Esimerkiksi karkureissujen tapahtumia sekä sen päättymisen seurauksia on hyödyllistä miettiä nuoren kanssa ja laittaa niitä myös paperille. Näin nuori itse tuottaa asioiden hyviä ja huonoja puolia sekä karkumatkalta että sen jälkeiseltä ajalta. Nuorten karkumatkoihin liittyy useimmiten hyvin vahvana päihteen käyttö. Tulevaisuudesta puhuminen ja sen tuottaminen mielikuvien avulla haaveeksi, tavoiteltavaksi on tärkeää tässä vaiheessa.

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian ilmaiseminen, ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan henkilökohtaisten arvojen välisen ristiriidan voimistaminen ja suuntaaminen kohti muutosta, väittelyn välttäminen sekä asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Empatiaan voidaan määrittää kuuluvan asiakkaan kuuntelu, hänen tekojen ja valintojen ymmärtäminen, tunteisiin ja tilanteisiin eläytyminen. Empaattinen auttaja ei kritisoi, arvostelee eikä syytä asiakasta vaikka ei hyväksyisikään hänen tekoja., 46–49).

Motivoivan haastattelun periaatteita

- Metsolan vastaanotto- ja arviointi yksikössä käytetään työskentelymuotona/mallina
- puheeksiottaminen eli kyselylomakkeet joiden pohjalta keskustelut nuoren kanssa sekä muuten säännölliset keskustelut
- motivoiva haastattelu, jossa hyvänä muistisääntönä VAHTI=vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastaminen, tiivistäminen

- voimavarakeskeisyys eli otetaan huomioon nuoren tilanne aina yksilöllisesti etsien juuri hänen voimavarojaan ja toimien niiden mukaan etenevästi
- turvallinen yhteisö
 - aikuiset
 - säännöt, rajat, sopimukset
 - mahdollisuus tulla kuulluksi
 - Seulat huolen/epäilyn herätessä
- nuoren perheen ja läheisten kanssa keskustelut
- Erilaiset teemaryhmät nuorille

Motivoivan haastattelun periaatteita

- Ilmaise empatiaa eli
 - kuuntele
 - ymmärrä tekoja ja valintoja
 - eläydy tunteisiin ja tilanteisiin
 - älä kritisoi, arvostele tai syytä nuorta vaikka et hyväksyisikään hänen tekoja
 - luo ilmapiiri jossa nuori voi turvallisesti kertoa ongelmiaan, huoliaan ja pelkojaan.
- Riippuvuuksiin liittyy usein ihmisen halu lopettaa haitallinen toiminta/käyttäytyminen ja toisaalta jatkaa sitä. Voit käsitellä tätä pohtimalla nuoren kanssa ongelmakäyttäytymisen etuja ja haittoja sekä muutoksen etuja ja haittoja.
- Suuntaa kohti muutosta voimistamalla ongelmakäyttäytymisen ja nuoren henkilökohtaisten arvojen välistä ristiriitaa.
- Vältä väittelyä, mutta sellaisen syntyessä, reagoi nuoren tunnetilaa heijastavilla kommentteilla. Voit myös vastata nuoren hyökkäykseen korostamalla hänen henkilökohtaista vastuuta ja valintoja, jolloin väittelyä ei synny.
- Vahvista nuoren pystyvyyden tunnetta kannustavilla ja rohkaisevilla kommentteilla ja/tai nuoren aikaisempiin onnistumisiin vetoamisilla. (Koski-Jännes 2008, 46–49).

Motivoivan haastattelun periaatteiden muistisäännöksi sopii sana VAHTI. Se tulee periaatteista vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu sekä tiivistäminen.

- Tue nuoren itsetuntoa ja asiantuntemusta vahvistamisen avulla. Tunnista ja nimeä nuoren vahvuuksia, osoita ymmärrystä hänen reaktioilleen ja tunnusta tunteiden oikeutus.
- Käytä avoimia kysymyksiä eli kysymyksiä joihin nuori ei voi vastata “kyllä” tai “ei”. Avoimilla kysymyksillä nuori saadaan kertomaan tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Avoimet kysy-

mykset alkavat kysyvillä sanoilla kuten ”mitä”, ”mikä”, ”miten”, ”millainen”.

- Käytä heijastavaa kuuntelua, jolloin toimit asiakkaan ajatusten ja tunteiden peilinä. Yritä kuulemasi ja havaitsemasi perusteella arvata mitä asiakas tarkoittaa tarkistamalla oletko ymmärtänyt oikein asiakasta, tarkoititko sitä ja sitä? ymmärsinkö oikein?
- Kokoa keskustelun välissä yhteen asioita joita asiakas on siihen mennessä puhunut tiivistämällä ne. Tämä osoittaa asiakkaalle että häntä on kuunneltu. Tiivistelmän avulla voit myös suunnata asiakkaan huomion muutoksen kannalta olennaisiin asioihin. (Koski-Jännes 2008, 50–53)

Nuorten päihdehoitotyössä tulisi näkyä yksilöllisyys, terveys- ja voimavarakeskeisyys, omatoimisuus, jatkuvuus, turvallisuus sekä perhe- ja verkostokeskeisyys. Hoidon tulisi välittää nuorelle kokemus siitä että hänestä välitetään, pidetään huolta ja häneen luotetaan. Päihdetyön tavoitteena on tukea nuoren elämänhallinnan kehittämistä jotta nuori kykenisi tekemään itsenäisiä ja terveyttä edistäviä valintoja. Tärkeää on että nuoren päihdekokeiluihin reagoitaisiin välittömästi ja päihteet otettaisiin puheeksi osana muihin terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Nuorella kaveripiirin merkitys päihteiden käytön aloittamisessa, kokeilussa ja käytön jatkumisessa on korostunut. (Havio ym. 2008, 168.)

Hoidon periaatteita Lahden Stopparissa ovat yksilöllisyys ja vastuullisuus, yhteisöllisyys, päihteettömyys, perhekeskeisyys, arvostus, turvallisuus, jatkon suunnittelu, kotiutus ja seuranta. Nuoren kanssa laaditaan tavoitteet ja yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoidossa korostetaan vastuullisuutta ja painotetaan omien valintojen merkitystä elämässä, pohditaan itse tuntoa vahvistavia sekä vaurioittavia uskomuksia ja mietitään nuoren omia vahvuuksia pärjätä tulevaisuudessa. Yhteisöllisyyden avulla harjoitellaan toisten huomioimista, saadaan palautetta omasta toiminnasta, harjoitellaan ryhmässä toimimista ja palautteen antamista. Hoidon aikana pyritään herättämään nuoren oma halu olla ilman päihteitä, etsitään vaihtoehtoja päihteiden käytölle, pohditaan retkahdusvaaratilanteita sekä harjoitellaan mielihalujen hallintaa. Päihteettömyyteen kuuluu myös savuttomuus.

Nuoren päihdehoidon jatkumisen turvaaminen

Metsolassa jokaisen aikuisen tulisi työskennellä nuoren kanssa niin että sovitut asiat tulee tehdyksi vaikka nuorelle valittu omaohjaajapari ei olisikaan vuorossa. Aikuiset voivat sopia osastopalaverissa tai päivittäinkin kuinka kunkin nuoren kanssa työskennellään ja missä aikataulussa. Kiireellinen

sijoitus kestää 30 vuorokautta, ellei sille ole perusteita jatkaa. Tuossa ajassa nuoren kanssa on pyrittävä työskentelemään päihteiden käytön suhteen niin että sijoituksen päättyessä nuorelle on suunnitelma käynneistä Redin sekä tarpeen vaatiessa lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmän työntekijän kanssa sekä suunnitelma vanhempien kanssa nuoren kotisäännöistä ynnä muusta kotiutumisen edellyttämistä asioista. Sijoituksen aikana nuorelta tulee pyytää virtsanäyte huumeepikatestiä varten jos perusteita/epäily päihteidenkäytöstä ilmenee.

Nuoren sijoituksen jatkuessa joko kiireellisen jatkopäätöksellä tai avoimuuden sijoituksella jatketaan nuoren kanssa työskentelyä tavoitteiden mukaisesti, yhteistyötä Redin kanssa tehden säännöllisesti.

Yhteistyö Redi 64 kanssa

Redi 64 on Metsolan kannalta tärkein yhteistyötaho sijoitukseen tulevien päihteitä käyttävien nuorten auttamiseksi. Redi 64 on Oulun kaupungin päihdepalveluja nuorille, alle 29-vuotiaille tarjoaa hoitopaikka. Palveluja ovat asiakkaan päihde- ja riippuvuusongelmien ja hoidon tarpeen arviointi, vieroitusoireiden lievittäminen, hoitokeskustelut, huumeetstit osana hoitoa sekä viiden pisteen korva-akupunktio. Redi 64 tarjoaa avohoidollisia palveluja, jotka ovat luottamuksellisia, perustuvat vapaaehtoisuuteen ja asiakkaan omaan haluun saada muutosta aikaan elämässään. Redi 64 pitää nuoren kanssa toiminnassa tärkeinä luottamuksellisuutta, vastavuoroista keskustelua ja aitoa kiinnostusta nuoreen. Alle 18-vuotiaat ohjautuvat Redin asiakkuuteen ensisijaisesti lastensuojelun kautta. Asiakkuus alkaa arvioinnilla joka käsittää nuoren, perheen ja verkoston huolen, nuoren terveydentilan, päihteidenkäytön, sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen tilanteen, muutosmotivaation arvioinnin sekä lastensuojelullisten toimenpiteiden kartoituksen. Redillä tehdään tarvittaessa perheinterventioita jos/kun perheessä syntyy huoli lapsen hyvinvoinnista. Lapsen päihteidenkäyttö vaikuttaa koko perheeseen, aiheuttaa hankaluuksia perheen vuorovaikutuksessa. Päihteidenkäyttö saattaa peittää alleen lapsen vahvuudet, positiiviset puolet ja selviytymistä tukevat keinot. Perheintervention ajatellaan vähentävän perheen kaikkien lasten mahdollista oireilua ja tukevan selviytymistä. (Pura & Karjalainen).

Nuorten päihdeasema Redi 64 käyttää hoitomalleina muun muassa kannabiksenpolttajien hoito-ohjelmaa, kognitiivis-käyttätymisterapeutista hoito-ohjelmaa, ratkaisukeskeisiä menetelmiä sekä motivoivan haastattelun menetelmiä. Nuorten hoidossa kunnioitetaan vanhemmuutta, annetaan tietoa päihteistä ja niiden käytön tunnistamisesta, tuetaan vanhemmuutta ja päihdekasvatusta. (Pura & Karjalainen 2011.)

Nuoren tapaamisissa Redin työntekijän kanssa voi Metsolasta olla työntekijä mukana nuoren suostumuksella tapaamisissa tapahtuivat ne sitten Redillä tai Metsolassa. Tärkeää on tehdä Redin kanssa yhteistyötä liittyen nuoren huumeeseuloihin yleensä ja ennen kaikkea nuoren ollessa avohuollon sijoituksella.

”Puutu päihteiden käyttöön” -malli

Nuoren tullessa Metsolan vastaanotto- ja arviointiosastolle/-yksikköön kiireellisellä sijoituksella ja epäilyllä/tiedolla että olisi käyttänyt päihteitä, hänelle tehdään huumeepikatesti. Tarvittaessa näyte voidaan lähettää laboratorioon varmennettavaksi.

- Kiireellinen sijoitus, epäily päihteiden käytöstä
- Tehdään henkilönkatsastus (huumeepikaseula → labra) tai puhallutus alkometriin. Näistä rajoitustoimenpiteistä tehdään päätös ja kirjaukset asiakastietojärjestelmään. Seulan otto tapahtuu eteistilan wc:ssä. Nuori voi odottaa eteistilassa näytteenantoa tarvittaessa.
- Tehdään henkilöntarkastus nuorelle tulotilanteessa osastolle, karkureissun jälkeen tai sijoituksen aikana epäilyksen herätessä.
- Tarvittaessa perustellusti pysäytys niin että estetään liikkumasta laitoksen ulkopuolelle liikkumisvapauden rajoittamispäätöksellä.
- Ennen aloituspalaveria, joka pidetään yleensä viiden päivän sisällä nuoren sijoituksesta, yhteys Redille. Kerrotaan nuoren tilanne ja Redin työntekijä kutsutaan palaveriin.
- Nuorelle mahdollinen päihdearvio Redillä ellei jo asiakkuutta sinne ole olemassa.
- Voidaan myös sopia ettei nuorella sijoituksen alkuvaiheessa sovitaisi käyntejä Redille vaan hänelle tehtäisiin Metsolassa tarvittavat selvitykset/arviointi päihteiden käytöstä.
- Jos asiakkuus Redillä olemassa, Metsolasta ollaan yhteydessä Redin työntekijään tilanteesta ja mahdollisesti sovitaan yhteistyökäytänteistä.
- Nuorelle tehdään hoito- ja kasvatussuunnitelma jossa mahdollisimman tarkasti määritetään huoli päihteiden käytöstä, tavoitteista sekä keinoista ja seurannasta päihteisiin liittyvän huolen osalta.
- Metsolassa nuori täyttää craft- ja/tai adsume-lomakkeen jonka pohjalta käydään keskustelu nuoren kanssa ennen aloituspalaveria.

- Nuori täyttää tarvittaessa myös muita haastattelulomakkeita esim. BDI-, espad- tai kouluterveyskyselyn, joiden pohjalta käydään keskustelua. Muita työskentelymenetelmiä ovat mm verkostokartan-, sukupuun-, tikapuuanamneesin (elämänjanan) tekeminen nuoren kanssa.
- Nuoren tilanne kartoitetaan arvioinnilla joka käsittää nuoren, perheen ja verkoston huolen, nuoren terveydentilan, päihteidenkäytön, sosiaalisten suhteiden, koulunkäynnin ynnä muut tärkeiksi arvioidut tai esille tulevat asiat.
- Nuorta havainnoidaan käytöksen, olemuksen (habitus), mielialan vaihteluiden, ynnä muiden osalta, ja huolen noustessa tehdään interventio/puututaan mahdollisimman nopeasti tilanteeseen. Nuoren puheista heijastuvan päihdemyönteisyyden vuoksi yleensäkin, mutta esimerkiksi nuoren tuottaessa päihteisiin liittyvää puhetta muille nuorille, on aikuisen sen kuullessaan puututtava tilanteeseen. Vuorossa olevat työntekijät puuttuvat tilanteeseen välittömästi tai mahdollisimman nopeasti keskustelemalla nuoren kanssa ja olemalla tarvittaessa yhteydessä nuoren asioita hoitaviin tahoihin.
- Nuoresta tehdyt huolestuttavat havainnot käytöksestä, olemuksesta, puheista kirjataan asiakastietojärjestelmään.
- Muista että sekä kiireellisessä sijoituksessa että huostaanotetun nuoren kohdalla voidaan tarvittaessa sosiaalityöntekijän toimesta kysyä nuorella sijoituspaikkaa esimerkiksi kauemmas kaverista päihdeongelman vuoksi. Metsolassa kirjoitetaan nuoresta tarvittaessa arviointi jos selkeästi huoli nuoren tilanteesta on niin suuri että Metsolan henkilökunta näkee olevan nuoren edun mukaista sijoittaa hänet kauemmas esimerkiksi kaveripiiristä päihteiden käytön vuoksi.
- Nuoren tullessa uudelleen sijoitukseen/arviointiin/pysäytykseen kotiutumisen tai huostaanoton ja sijoittamisen jälkeen aloitetaan nuoren kanssa saman mallin mukaan toimiminen. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää käydä läpi nuoren elämän kulkua edellisestä Metsolan sijoituksen päättymisestä uudelleen tulo päivään. Nuoren, perheen ja verkoston kanssa kartoitetaan syitä uudelleen sijoitukseen. Kartoitetaan nuoren Metsolasta lähdön jälkeen sovittuja hoitotahoja ja -kontakteja, niiden toteutumisia ja olemassaoloja. Aloitetaan nuoren kanssa työskentely jälleen hoito- ja kasvatussuunnitelman teolla.
- Nuori on Metsolan vastaanotto- ja arviointiyksikössä avohuollon sijoituspäätöksellä ja sijoituksessa nousee huoli nuoren päihteiden käytöstä
- keskustelu nuoren kanssa

- yhteys nuoren asioita hoitavaan sosiaalityöntekijään → ratkaisun miettiminen yhdessä nuoren, vanhempien ja sosiaalityöntekijän kanssa → avoimuusmahdollisia toimenpiteitä esimerkiksi Redille yhteydenotto, sääntöjen ja sopimusten sekä sitoutumisen päivittäminen ynnä muuta tilanteessa tarvittavaa.
- huoli nuoren päihteiden käytöstä kasvaa → nuori ei kykene sitoutumaan/motivoitumaan sovittuihin sääntöihin/asioihin → kiireellinen sijoitus

Haasteita työyhteisölle

Metsolan henkilökunnalla on perustiedot eri päihteistä. Työyhteisömme tuntee lastensuojelulain mukaiset mahdollisuudet puuttua nuorten päihteidenkäyttöön ja rajoitustoimenpiteitä päihteettömyyden varmistamiseksi tehdään tarvittaessa. Työyhteisössämme käydään aktiivisesti keskustelua ja pohdintaa sekä lain että nuoren edun mukaan toimimiseksi. Työyhteisössämme suhtaudutaan ammatillisesti nuorten päihteiden käyttöön, työskentely on avointa ja tavoitteellista puuttumisessa päihteidenkäyttöön. Alkometriä ja huumeepikaseuloja käytetään perustellusti. Nuoren ohjaus tarvittaessa päihdetyön palvelujärjestelmässä eteenpäin, on asia, josta käydään keskustelua yhteistyötahojen kanssa. Metsolasta tuodaan tarvittaessa esille nuoren huolestuttava tilanne ja tarve esimerkiksi sijoitukseen kauemmas päihteitä käyttävästä kaveripiiristä, paikkaan jossa on osaamista päihdetyöstä. Oulun kaupungilla ei ole omaa päihdetyöhön erikoistunutta alaikäisille tarkoitettua hoitopaikkaa ja kaupunki käyttää ostopalvelupaikkoja joihin sopimus.

Tehtävää tehdessä olen kiinnittänyt huomiota nuoren päihteidenkäytön lopettamisen motivoimisen tärkeyteen. Hoidon etenemisen ja tavoitteisiin pääsemisen onnistumiseksi nuoren on oltava valmis tekemään valintoja ja ratkaisuja kohti päihteettömyyttä. Usein työskentely vaatii aikaa ja luottamuksellisen suhteen työntekijään. Nuorten sijoitus Metsolassa on luonteeltaan vastaanottavaa ja arvioivaa ja sitä kautta ymmärrettävästi lyhyessä ajassa täytyisi kyetä ja ehtiä hoitaa puuttuminen nuoren päihteidenkäyttöön ja ohjata hänet ennen sijoituksen päättymistä sovittuihin avokäynteihin yhteistyökumppaneille. Hyvin usein ja liian usein nuoren tilanne kotiutumisen jälkeen ajautuu uudelleen nuoren kasvua ja kehitystä vaarantavaan käytökseen ja sitä kautta sijoitukseen. Kun sitten Metsolassa on selvitelty nuoren elämää sijoitusten välissä, on huomattu, ettei nuori ole jostain syystä kyennyt sitoutumaan esimerkiksi käynteihin Redin tai lasten ja nuorten psykiatrisen yksikön työntekijän luona. Tämä on asia johon ajattelin olevan tarvetta tarkemmin puuttua, miten motivoida nuori sovittuihin tapaami-

siin, kenen tehtävä olisi huolehtia ja kontrolloida käyntejä ja sitoutumista? Onko tämä vanhempien velvollisuus ja kuinka he käytännössä sen kykenisivät hoitamaan vai nuoren asioita hoitavan sosiaalityöntekijän? Ehtiikö sosiaalityöntekijä paneutua jokaisen kontrollia tarvitsevan nuoren seurantaan kun hänellä on asiakkaita työpäivien jokaiselle tunnille ja jonossa lisää? Tämän pohtiminen ja toimintatavan luominen malliin on haaste.

”Puutu päihteiden käyttöön” -mallin tulisi olla mahdollisimman pian käytössä ja sen mukaan toimiminen aloittaa esimerkiksi viikkopalaverissa muistuttamalla ja tarkistamalla jokaisen nuoren kohdalta sovitulla tavalla toimiminen. Viikkopalaverissa sekä kerran kuukaudessa pidettävässä talon palaverissa toivoisin työyhteisön ehtivän myös antaa palautetta motivoivan haastattelun käytöstä sekä esittävän kyselylomakkeiden työstämiseen liittyviä mahdollisia ongelmia tai muita mietteitä. Osa työntekijöistä on jo lomakkeita käyttänytkin, mutta tarkoitus olisi, että ainakin tarvittaessa jokainen niihin rohkenisi tarttua. Menetelmien omaksuminen vaatii jokaiselta työntekijältä omaa aktiivista otetta, kiinnostusta ja rohkeutta. Mallin tullaan päivittämään jatkossa.

Oulun poliisilaitos on tehostanut huumerikollisuuden torjuntaa. Sanomalehti Kalevassa (Kempainen 9.11.2012) olleessa artikkelissa kerrotaan heinäkuun alusta 2012 toimineen uuden katuvalvontaryhmän takavarikoineen muun muassa 176 kpl kannabiskasveja, 370 grammaa amfetamiinia, 350 grammaa hasista, 660 grammaa marihuanaa, 100 kpl huumesieniä, useita satoja kappaleita huumaavia lääkkeitä. Oulun poliisilaitoksen apulaispoliisipäällikkö Arto Karnarannan mukaan Oulussa on huolestuttavan vahva huumeongelma. Katuvalvontaryhmää vetävä komisario Mika Lauri ihmettelee kannabiksen kotikasvatuksen aktiivisuutta vaikka se vaatii vaihua, välineitä ja sopivia olosuhteita. Liekö huolestuttavan kotikasvatuksen syytä, mutta viime aikoina on Metsolaan tulevilla nuorilla esiintynyt huolestuttavan paljon kannabiksen käyttöä. Tämä kiinnostaa Metsolan työntekijöitä ja sen vuoksi olenkin tehtävässäni tarkastellut hieman kannabiksen käyttöä, vaikutusta, tunnistamista. Nuorilla kannabismyönteisyys näkyy vahvoina mielipiteinä kannabiksen vaarattomuudesta, erilaisten kannabisaiheisten esineiden ja asioiden esille tuomisina sekä aiheesta avoimesti puhumisena. Nuorten kanssa keskustelu aiheesta vaatii tänä päivänä aikuisilta tutkitun ja perustellun tiedon omaamista jotta se ei menisi väittelyksi ja saisi nuoren näkemään myös kannabiksen haittavaikutuksia ja käytön vaarallisuutta. Tässä asiassa voisimme pyytää konsultaatiota sekä mustaa valkoisella Redin työyhteisöltä. Päihteiden sekakäyttö on myös tullut työyhteisössä esille mielenkiintoisena asiana josta työkaverit haluaisivat vielä keskustelua ja ohjeita puuttumiseen, merkkejä tunnistamiseen.

Lähteet

- A-klinikkasäätiö. Julkaistu: 24.02.2009. A-klinikkasäätiö <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/asiakkaana-a-klinikkatoimessa> Viitattu 1.10.2012
- Ahlström, Salme & Österberg, Esa 2003: Tutkittua tietoa nuorten päihdeidenkäytöstä. *Opaslehtinen. Alkoholi- ja huumeetutkimus*, Stakes 2003.
- A-klinikkasäätiö: Nuorisoasemat: Espoon nuorisoasema. <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/nuorisoasemat> Viitattu 12.10.2012
- Lahden A-klinikkatoimi: Nuorten hoitoyhteisö Stoppari. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/lahdenstoppari/hoito> Viitattu 1.10.2012
- Fröjd, Sari & Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Ranta, Klaus & von der Pahlen, Bettina & Marttunen, Mauri 2009: Nuorten ahdistuneisuus ja päihdeiden käyttö: tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä 2009.* <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4f346481-ad88-43d7-8320-c5ddbfc057c1> Viitattu 30.11.2012
- Hara, Mervi & Ollila, Hanna & Simonen Olli (toim.): Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen yhteinen vastuumme. *Toimintasuositukset lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa vuosina 2010–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:58. Helsinki 2010.* http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=D_LFE-11427.pdf Viitattu 30.11.2012
- Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2008: *Päihdehoitotyö. Jyväskylä, 166,168*
- Heinälahti, Pekka 2010: *Päihdeidenkäyttö. Teoksessa Moilanen, Irma & Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik & Piha, Jorma & Kumpulainen, Kirsti (toim.): Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Porvoo.*
- Hietalahti, Anne 2005: *Buprenorfiini päihdekäytössä. Julkaistu 20.12.2005* <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/321-buprenorfiini-paihdekaaytossa> Viitattu 14.11.2012
- Juujärvi, Tiina 2012: *Sanomalehti Kalevan artikkeli ” Lastensuojelulla on hätä” 8.9.2012.*
- Kemppainen, Susanna 2012: *Sanomalehti Kalevan artikkeli ”Kilokaupalla huumeita” 9.11.2012.*
- Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio Pekka (toim.) 2008: *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä, 17–22, 42, 46–49, 50–53.*
- Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti 2006: *Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna, 135–137.*
- Lepistö, Jaana & Marttunen, Mauri 2007: *Kansanterveys-lehti nro 3/2007. Artikkelikeli ”nuorten päihdeongelmien hoito”. Julkaistu 7.3.2007.* http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/nuorten_paihdeongelmien_hoito/ Viitattu 20.10.2012
- Lepistö, Jaana & von der Pahlen, Bettina & Marttunen, Mauri 2007: *Nuorten päihdehäiriöiden hoito. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto.* http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuorten_paihdehairioiden_hoito.pdf Viitattu 20.10.2012

- Lönnqvist, Jouko & Marttunen, Mauri 2001: Nuorten päihdeongelmien hoito. *Katsaukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2001; 117(15): 1585–1590
- Metso, Leena & Ahlström, Salme & Huhtanen, Petri & Leppänen, Minna & Pietilä, Eija 2009: Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2009. Helsinki 2009. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 21, 36, 38–39
- Moilanen, Irma & Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik & Piha, Jorma & Kumpulainen, Kirsti (toim.) 2010: Lasten- ja nuorisopsykiatria. *Duodecim*. Porvoo, 275–276, 277–278.
- Niemelä, Solja 2009: Nuorten päihdeongelmien hoito ja ehkäisy. Teoksessa Tammi, Tuukka, Aalto, Mauri, & Koski-Jännes, Anja (toim.): *Irti päihdeongelmista*. Bookwell Oy, Porvoo, 52, 54, 109.
- Niemelä, Solja & Poikolainen, Kari & Sourander, Andre 2008: Miten nuorten päihteiden käyttöön voi puuttua? *Katsaus. Suomen lääkärilehti* 40/2008 vsk 63. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto40_2.pdf Viitattu 12.10.2012
- Orjasniemi, Tarja 2007: Vapaan alkoholin sukupolvi. Teoksessa Määttä, Kaarina (toim.): *Helposti särkyvää. Nuoren kasvun turvaaminen*. Gummerus kirjapaino Oy, Helsinki, 74–87.
- Oulun kaupungin sosiaali- ja perhepalvelut, lastensuojelu. <http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/kiireellinen-sijoitus> Viitattu 20.10.2012
- Oulun kaupungin sosiaali- ja perhepalvelut, lastensuojelu. <http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/huostaanotto> Viitattu 20.10.2012
- Oulun kaupungin terveystieteiden palvelut, avohoito, a-klinikka <http://www.ouka.fi/oulu/terveystieteiden-palvelut/avohoito-a-klinikka-ja-redi> Viitattu 26.11.2012
- Partanen, Airi & Aalto, Mauri 2009: Huumausaineet. Teoksessa Aalto, Mauri & Bäckmand, Heli & Haravuori, Henna & Lönnqvist, Jouko & Marttunen, Mauri & Melartin, Tarja & Partanen, Airi & Partonen, Timo & Seppä, Kaija & Suomalainen, Laura & Suokas, Jaana & Suvisaari, Jaana & Viertiö, Satu & Vuorilehto, Maria: *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen, Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee> Viitattu 16.9.2012
- Pirkola, Tiia & Lepistö, Jaana & Strandholm, Thea & Marttunen, Mauri 2007: Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b03.pdf Viitattu 16.9.2012
- Pirskanen, Marjatta 2007: Nuorten päihdeettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 140. Kuopio, 20, 29, 30, 33, 38–39.
- Pirskanen, Marjatta 2011: Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihdeettömyyden edistämiseksi- toimintaohjeita. Kuopio.
- Pirskanen, Marjatta & Pietilä, A.-M. & Laukkanen, Eila ”Nuorten päihteiden käyttö ja varhainen puuttuminen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa”-tutkimus- ja kehittämishanke vuosina 2003-2007. Kuopio.

- Pura, Marja & Karjalainen, Maijariitta 2011: Diasarja Nuorten päihdeasema Redi 64. Nuorten päihdeongelmien hoito.
- Rovasalo, Aki 2010: Lääkärikirja Duodecim 5.10.2010: Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit) – riippuvuus ja vieroitus http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlko1048 Viitattu 30.11.2012
- Räty, Tapio 2012: Lastensuojelulaki. Käytäntö ja soveltaminen. Bookwell Oy, Porvoo 2012, 283–284, 468–490, 496–501, 501–506, 506–510, 510–512, 512–515, 515, 518, 518–524.
- Sairanen, Sanna 2005: Opiaatit- morfiini ja heroini. Julkaistu 20.12.2005. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/315-opiaatit-morfiini-ja-heroini> Viitattu 12.11.2012
- Sairanen, Sanna 2005: Tekniset liuottimet ja imppaus. Julkaistu 20.12.2005. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/332-tekniset-liuottimet-ja-imppaus> Viitattu 12.11.2012
- Sairanen, Sanna & Tache Ulrich 2005. Amfetamiini, metamfetamiini ja muut piristeet. Julkaistu 20.12.2005. Päivitetty 1.9.2009. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/311-amfetamiini-ja-muut-piristeet> Viitattu 12.11.2012
- Salakari, Juhani 2011: Päihteiden ongelmakäytön ymmärtämisestä. Teoksessa Saarinen, Pirjo & Tuohimaa, Anne & Heikkinen, Anneli. (toim.): Kätkeyn jäljillä: Kirjoituksia mielestä ja psykoterapiasta: Itä-Suomen psykoterapiayhdistyksen 30-vuotisjuhlakirja. Kuopio, 166–170, 176–177, 194–195.
- Seppä, K. & Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010: Alkoholiriippuvuus. Duodecim. Helsinki, 101–103, 111–118, 142
- Tacke, Ulrich & Sairanen, Sanna 2005: Kannabis (marihuana ja hasis). Julkaistu 20.12.2005. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/312-kannabis-marihuana-ja-hasis>. Päivitetty 2.9.2009. Viitattu 12.11.2012
- Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) 2009: Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. WS Bookwell Oy, Porvoo, 50–53.
- THL:n alkoholiohjelma vuosille 2004-2007. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/tavoitteet/lapset_ja_perheet Viitattu 10.10.2012

8 Nuorten päihteiden käytön varhaisen puuttumisen toimintaohjeistus Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalla

Jenni Kärki

Artikkeli kuvaa varhaista puuttumista ja yhteisten työkäytäntöjen kehittämistä Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalle. Tavoitteena on hyvien käytäntöjen kehittäminen nuorten päihteiden käytön varhaiseen puuttumiseen. Nuorten päihteiden käyttö tunnistetaan ja puheeksi otto on helppoa terveysasemalla, haasteena on kehittää tämän jälkeistä toimintamallia. Kirjoittaja lähti kehittämään tätä toimintamallia yhdessä terveysaseman tärkeimpien yhteistyökumppaneiden kanssa. Yli sektori ja ammattiryhmien rajojen menevän yhteistyön ja käytäntöjen kehittäminen, palveluketjujen rakentaminen, ja toimintakaavion vakiinnuttaminen käytäntöön ovat haasteita joita nykyisin palveluiden kehittäjät työssään kohtaavat.

Mielenkiintoni ja tarpeet tämän kehittämistyön aiheeksi nousivat esiin, kun siirryin töihin Oulun kaupungin Nuorten päihdeasema Redi 64:lta Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalle. Työskenneltyäni opiskeluterveysasemalla noin puolentoista vuoden ajan olen huomannut puutteita siinä, miten saada päihteitä käyttävä nuori oikean tuen piiriin oikeaan aikaan. Otin opiskeluterveysaseman henkilökunnan kanssa keskustelun aiheeksi miten aiemman työkokemukseni ja päihdetyön moniammatillisten erikoistumisopintojen myötä voitaisiin hyödyntää osaamistani perusterveydenhuollon ja päihdepalveluiden yhteistyön lisäämiseksi. Ajatuksia kehittämistehtävän aiheen rajaamiseksi sain myös Oulun kaupungin ehkäisevän päihdetyön työntekijältä. Haasteena oli se, kuinka opiskeluterveysasemalle saataisiin yhteinen käytäntö opiskelijoiden päihteiden käytön varhaiseen puuttumiseen. Jokainen nuorten kanssa työskentelevä aikuinen joutuu joskus kohtaamaan päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja arvioimaan nuorten päihteiden käytön vakavuutta. Nuorten päihdeongelmien varhaistunnis-

tamissa perusterveydenhuollolla on keskeinen merkitys. (Aalto-Setälä & Marttunen & Pelkonen 2003, 3.)

Oman kokemukseni ja opiskeluterveysasemalla tekemäni kartoituksen mukaan päihteiden käytön varhainen tunnistaminen ja toteaminen sujuvat hyvin opiskelijaterveysaseman henkilökunnalta. Päihteet otetaan puheeksi herkästi ja rutiininomaisesti terveystarkastuksissa sekä vastaanotoilla. Haasteena on se, miten toimitaan, kun päihteiden käyttö on tunnistettu. Tämä sai minut toteamaan, että yhtenäistä toimintamallia opiskeluterveysasemalle tarvitaan, kun opiskelijan päihteiden käyttö on tunnistettu ja todettu.

Lähdin tämän ajatuksen pohjalta etsimään tietoa asiasta. Huomasin pian, että vuosina 2003–2007 Kuopion yliopistossa oli ollut tutkimus- ja kehittämishanke, jonka aiheena oli nuorten päihteiden käytön varhainen puuttuminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Tämän kehittämishankkeen tuloksena vuonna 2011 on Marjatta Pirskainen luonut toimintaohjeet ”Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi”. Pirskaisen mallia mukailleen, tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on soveltaa Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalle toimintaohjeistusta varhaisen puuttumisen mallista, joka sisältää Nuorten päihdemittarin sekä toimintakaavion ja sen sisältämiä interventiosuosituksia. Toimintakaavion on tarkoitus toimia yhtenäisenä suosituksena ja ohjeena opiskeluterveysaseman henkilökunnalle, heidän kohdatessaan päihteitä käyttäviä nuoria. Tämän lisäksi toimintakaavion tarkoitus on lisätä palveluketjun näkyvyyttä ja sujuvuutta nuorten päihdeasema Redi 64:n sekä tarvittaessa lastensuojelun kanssa.

Opiskeluterveydenhuollon keskeisenä tehtävänä on opiskelijan terveyden, hyvinvoinnin ja opiskelukykyisyyden edistäminen. Tavoitteena on edistää ja ylläpitää sekä opiskelijoissa että olosuhteissa olevia suojaavia tekijöitä ja toisaalta vähentää olosuhteissa olevia altistavia ja laukaisevia riskitekijöitä sekä yksilökohtaista haavoittuvuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 88.) Pirskaisen (2011b, 8) mukaan Varhaisen puuttumisen mallin tavoitteena on nuorten päihteettömyyden edistäminen. Päihteiden käyttöä ei siis hyväksytä, vaikka siitä keskustellaan avoimesti ymmärtäen nuorten kokeilunhalu – taustalla on odotus alle 18-vuotiaiden nuorten päihteettömyydestä ja nuorten suojele päihteiden käytön haitoilta. Kuitenkin kouluterveyskyselyn mukaan valtakunnallisesti vuonna 2011 vähintään kerran kuussa itsensä humalaan joi 15 prosenttia yläluokkalaisista, 23 prosenttia lukiolaisista ja 39 prosenttia ammattiin opiskelevista (Lommi, Luopa, Puusniekka, Vilkki, Jokela, Kinnunen, Laukkarinen & Flang 2011). Varhainen puuttuminen ja tuki voi muuttaa nuoren päihdekäytön prosessin suunnan ongelmakäytöstä kohti päihteettömyyttä (Pirskainen 2011b, 5).

Opiskeluterveydenhuollon piiriin kuuluvat toisen ja korkea-asteen opiskelijat. Kohderyhmän erityispiirre on opiskelu sekä työnä että elämän-

vaiheena. Opiskelu edellyttää sekä yksilön omia voimavaroja että tukea opiskeluympäristöltä. Opiskelijoiden terveydenhuollossa on siten keskeistä sairauksien hoidon lisäksi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä tukevien opiskeluolosuhteiden edistäminen sekä opiskelukykyä heikentävien tekijöiden korjaaminen ja hoitaminen – olivatpa ne sitten yksilön sisäisiä ongelmia tai systeemien piirteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2006, 21.) Tällä hetkellä terveyspalvelut ovat nuorilla yleensä sidoksissa opiskelupaikkaan, ja vaikka osa terveyspalveluista olisikin kunnan vastuulla, nuoret eivät usein ole riittävän tietoisia siitä, mitkä heidän oikeutensa ja palvelunsa ovat kunnan terveydenhuollossa. Oppilaitosten tulisikin huolehtia siitä, että nuoret tietävät, mistä terveyspalvelut löytyvät, ja kenen puoleen heidän tulee kääntyä erilaisissa terveyttä koskevissa asioissa. (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 40.)

Opiskeluterveydenhuollon rooli varhaisessa puuttumisessa

Lukion ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoille järjestetään opiskelu aikana yksi laaja terveystarkastus, joka muodostuu terveydenhoitajan ensimmäisenä ja lääkärin joko ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuonna tekemästä tarkastuksesta. Heti opiskelujen alussa terveydenhoitajan tarkastuksessa olisi suositeltavaa käyttää terveyshaastattelulomaketta sekä lisäksi alle 18-vuotialle Nuorten päihdemittaria ja täysi-ikäisille AUDIT-kyselyä. (Laakso & Kunttu 2011, 107.) Opiskeluterveysasemalla on käytössä terveyskyselylomake, jossa tällä hetkellä on kysymyksiä päihteiden käytöstä lyhennetyn AUDIT-testin muodossa. Tähän on päädytty sen vuoksi, koska AUDIT ovat lyhyempi ja nopeammin vastattavissa kuin Nuorten päihdemittari. Terveyskyselylomake jaetaan syksyisin opintonsa aloittaville opiskelijoille. Tupakoinnilla, alkoholinkäyttötavoilla, ruokailutottumuksilla ja liikunnan määrällä on vahva yhteys hyvään tai huonoon terveyteen (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 9). Opiskeluterveydenhuollon toiminnan priorisoinnissa on tärkeä huomioida se, että päihteiden käyttö on merkittävin terveyserojen lisääntymiseen vaikuttava tekijä. (Pirskainen & Pietilä 2011, 179.) Opiskelijoihin kohdistuva terveyden edistämistoiminta vaikuttaa paitsi opiskeluaikaan myös heidän tulevaan elämäänsä. Opiskelijaväestön ikärakenne painottuu nuoriin ja nuoriin aikuisiin, jotka oman itsenäisen elämänsä alkuvaiheessa joutuvat ratkaisemaan ja valitsemaan elämisensä terveystyylin. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2006, 88.)

Nuorten päihteiden käyttö ja päihdehäiriöiden kehittyminen voidaan kuvata prosessina. Osa nuorista siirtyy raittiudesta ja kokeiluluonteisesta päihteiden käytöstä säännölliseen ja sosiaaliseen päihdekäyttöön, esimerkiksi humalajuomiseen ystäväryhmissä. Päihteiden käytön haitallisten

seurausten; tapaturmat, toisen satuttaminen, riidat, harkitsemattomat seksuaalikontaktit, ilmeneminen tarkoittaa ongelmakäytön vaihetta. (Pirskainen 2011b, 5.) Perusterveydenhuollon tasolla, kuten kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa, on tärkeää tunnistaa lasten ja nuorten niin sanottu subdiagnostinen oireilu. Perusterveydenhuollon vastaanotoille tulevista lapsista ja nuorista monella eivät vielä täyty varsinaiset häiriöiden diagnostiset kriteerit, mutta hyvinkin monenlaista oireilua ja mahdollisesti vielä lievää päihteiden käyttöä voidaan havaita. (Pirkola, Lepistö, Strandholm, & Marttunen 2007, 9.) Nuoren voi olla vaikea tunnistaa haitallisten seurausten yhteyttä suuriin alkoholiannoksiin. Näin päihteiden käytön jatkuminen haitallisine seurauksineen voi johtaa ongelmien kasautumiseen ja päihteiden väärinkäytön vaiheeseen tai riippuvuuteen. Päihdeongelmien ehkäisemiseksi ongelmakäytön ja haitallisten seurausten tunnistaminen ja varhainen puuttuminen on erityisen tärkeää. (Pirskainen 2011b, 5.) Nuoret eivät koe juomisen haittoja terveydellisinä, vaikka päihdekasvattajat usein vetoavatkin terveysargumentteihin. Nuorten maailmassa juomisen riskit eivät tarkoita aivosolujen tuhoutumista tai maksavaurioita, vaan joutumista vaarallisiin sosiaalisiin tilanteisiin ja suhteisiin. (Maunu 2012, 148.)

Alkuarvio päihderiippuvuuden luonteesta ja hoidontarpeesta tehdään perusterveydenhuollossa. Samalla arvioidaan riittääkö peruspalveluiden hoito vai ohjataanko asiakas päihde-erityispalvelujen piiriin (Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma 2006, 26.) Päihdepalvelujen lähtökohtana on, että päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin vastataan kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhain ja tarjotaan aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. Opiskeluterveydenhuolto vastaa omalta osaltaan päihdeongelmien varhaisesta toteamisesta ja hoidosta. Ensikontaktipaikka vastaa aina asiakkaan hoidosta kunnes tarvittava jatkohoito on järjestetty. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 147.) Olen havainnut puutteita opiskeluterveysasemalla siinä, ettei oman alueen päihdepalveluita ja yhteistyömahdollisuuksia tunneta riittävän hyvin. Mikäli opiskelijan päihdeongelma katsotaan erikoissairaanhoidon vaativaksi, ohjataan hänet nuorten päihdeasema Redi 64:lle. Terveystieteiden tai lääkärin ohjattua asiakasta päihdepalveluihin on sinne meneminen jäänyt täysin opiskelijan itsensä vastuulle. Opiskelijan mahdollisesta alkavasta asiakkuudesta päihdepalveluissa ei ole tullut minkäänlaista tietoa opiskeluterveysasemalle, ellei opiskelija itse siitä ilmoita. Tämä hankaloittaa lähettävää tahoa siten, että heille jää epäselväksi onko nuoren päihteiden käytön ongelmat hoidossa vai ei. Toimivaa palveluketjua ei siis ole ollut opiskeluterveysaseman ja päihdepalveluiden välillä. Opiskeluterveysaseman henkilökunnan kertoman mukaan osa runsaasti päihteitä käyttävistä nuorista ei koskaan ole mennyt sovitusti päihdepalveluihin. Yksi syy asioida runsaan päihteidenkäytön vuoksi mieluummin opiskeluterveysasemalla kuin päihdepalveluissa lienee leimautumisen pelko. Opiskelijoilla on matalampi kynnyksensä ottaa yh-

teyttä tuttuun työntekijään opiskeluterveysasemalla. Toisinaan tilannetta hankaloittaa se, ettei oppilaitoksissa ole selvää suunnitelmaa siitä, miten puututaan opiskelijan päihteiden käyttöön, vaan opiskelijat ohjataan ensi sijassa opiskeluterveysasemalle. Kynnystä ohjata ja hakeutua Redi:lle tulisi mielestäni madaltaa. Opiskelijan päihteiden käyttö voi lisääntyä nopeasti ja ongelmat vahvistua, mikäli siihen ei puututa riittävällä ammattitaidolla ja motivoinnilla oikea aikaisesti. Pirskaisen ja Pietilän (2011, 180) mukaan säännöllisen käytön ja ongelmakäytön välinen rajavyöhyke on tärkeä alue varhaiselle puuttumiselle. Varhainen puuttuminen ja tuki voivat muuttaa nuoren päihdekäytön prosessin suuntaa ongelmakäytöstä kohti päihdetömyyttä ja kohtuullista alkoholin käyttöä. Mahdollisimman varhaisella ja riittävällä puuttumisella ja melko lyhyilläkin hoitointerventioilla voidaan näiden riskissä olevien lasten ja nuorten kohdalla vaikuttaa siihen, ettei oireilu kehity varsinaiseksi mielenterveyshäiriöksi. Esimerkiksi motivoivan haastattelun tekniikat soveltuvat hyvin perustason työvälineeksi päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn. (Pirkola ym. 2007, 9.) Pirskaisen ja Pietilän (2011, 180) mukaan päihdetömyyteen tai päihteiden käyttöön liittyvän neuvonnan ja päihdehaittojen ehkäisemisen kannalta tärkeimmät vuodet ovat 13–21, mutta jatkuvat 28 ikävuoteen saakka.

Nuoremmat opiskelijat tai alaikäiset eivät ole useimmiten huolissaan runsaastakaan päihteiden käytöstä. Yhteistä kaikille opiskelijoille vastaanotollani on se, etteivät he näytä ymmärtävän yhteyttä runsaan alkoholin käytön, ahdistuneisuuden ja masennusoireiden tai unihäiriöiden välillä. Nämä kaikki yhdessä laskevat nuoren toimintakykyä opiskelussa. Olen huomionnut runsaan kannabiksen kokeilukäytön ja satunnaiskäytön myös opiskeluterveysaseman vastaanotoillani.

Nuorten päihdemittari (Adsume)

Nuorten päihdemittari soveltuu seulontavälineeksi yläkoululaisten ja toisen asteen opiskelijoiden terveystapaamisiin. Päihdemittaria voidaan käyttää myös tarvittaessa, kun huoli päihteiden käytöstä on herännyt. Lisäksi päihdemittari soveltuu nuorison terveystodistuksen tai ajokorttitodistuksen laatimisen ja asevelvollisten kutsuntatarkastusten yhteyteen. (Pirskainen 2011b, 6.) Nuorten päihdemittarissa on 17 kysymystä, joista nuori rennastaa tai rastittaa itselleen sopivan vaihtoehdon. Lisäksi mittari sisältää kolme avointa kysymystä. Nuorten päihdemittari mittaa nuoren juomisen määrää ja tiheyttä. Lisäksi siinä kysytään päihteiden käytön sosiaalisesta ulottuvuudesta.

Kokeillessani päihdemittarin käyttöä vastaanotollani nuorten kanssa, huomasin pisteytyksen olevan monimutkainen ja vaikeasti käytettävä. Otin

yhteyttä sähköpostitse Pirkaiseen, jotta hän selventäisi pistelaskua ennen kuin esittelisin mittarin käyttöä opiskeluterveysaseman henkilökunnalle. Päihdemittarin pisteytyksessä voi olla isoa vaihtelua sen mukaan miten moneen kohtaan nuori on rengastanut kysymyksessä kaksi. Teoriassa pisteitä voisi tulla 0–43 pisteen väliltä, jos nuori on käyttänyt alkoholin lisäksi lääkkeitä, huumausaineita tai vaikkapa impannut. Jos pisteitä tulee enemmän, yli 13 pistettä, niin tilanne on selvitetävä useiden tapaamisten aikana. (Pirkaisen sähköpostivastaus 31.5.2012.) Hän myös tiedotti päivitetystä päihdemittarin versioista, jossa pistelaskua on yksinkertaistettu. Nuori voi täyttää päihdemittarin myös sähköisesti Internetissä. Terveys ry:n Selvä peli -hankkeen nettisivuilla nuori saa pistemäärän laskurin mukaisesti vastauksen, jossa on kuvattu päihteiden käyttö, huolen astetta liikennevalojen värin perusteella ja lisäksi siinä on kuvaus miten terveydenhoitaja tai lääkäri toimisi nuoren tilanteessa.

Mini-interventio

Suomessa mini-interventioita on toteutettu yli 20 vuotta, mutta huolimatta tästä pitkästä historiasta ja monista hankkeista mini-interventio ei ole vielä juurtunut terveydenhuollon pysyväksi arkirutiiniksi. Päihteiden käyttö nuoruusiässä voi altistaa mielenterveyden ongelmille ja haitata normaalia kasvua ja kehitystä. Siksi on tärkeää kartoittaa toistuvasti eri ikävaiheissa nuorten alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä ja niihin liittyvää riskikäyttäytymistä toimipaikasta ja organisaatiosta riippumatta: koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon lisäksi myös muissa terveydenhuollon toimipaikoissa sekä oikeus-, sosiaali- ja työvoimapalvelujen piirissä. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 8.) Mini-intervention vaikuttavuudesta on vahvaa tutkimusnäyttöä. Päihdehoidoista se on yksi tutkituimmista. Terveydenhuollossa on tehty noin 50 mini-intervention tehoa selvittänyttä tutkimusta, joissa on verrattu neuvontaa saaneita ja ilman neuvontaa jääneitä. Ryhmien erot motivaatiossa tai muussa eivät selitä tuloksia, koska tutkittavat on arvottu ryhmiin. Mini-intervention vaikutuksesta keskimäärin 10 prosenttia riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa. Hoitovaikutus säilyy ainakin 1–2 vuotta. Sen sijaan pitkäaikaisten hoitosuhteiden vaikutusta neuvonnan tehoon ei vielä tunneta. On mahdollista, että mini-intervention toistaminen myöhemmin lisää niiden osuutta, jotka hyötyvät neuvonnasta. (Aalto & Seppä 2009, 20.)

Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden, mutta myös psykologien ja kuraattoreiden kontaktit opiskelijoiden kanssa tarjoavat mahdollisuuden varhaiselle liialliseen alkoholinkäyttöön puuttumiselle eli mini-interventiolle. Mini-interventio sisältää keskustelun alkoholin käy-

töstä, suurkulutuksen tunnistamisen, tietojen antamisen, kuuntelun ja motivoinnin sekä henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen ja seurannan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 117.) Mini-interventio yleensä kattaa 2–3 käyntiä (Niemelä 2011, 304). Mini-intervention tulisi olla opiskeluterveydenhuollon henkilöstön hallitsema työväline. Alkoholin käytön puheeksi ottamisen tulisi olla rutiininomainen osa vastaanottotapahtuman sisältämää keskustelua. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 117.) Perusterveydenhuoltoon kehitetty alkoholin suurkulutuksen lyhytneuvonta, mini-interventio on todettu tehokkaaksi nuorten juomien alkoholiannosten ja haitallisten seurausten vähentämisessä. Lyhyimmillään mini-interventio sisältää yhden viisi minuuttia kestävä neuvonnan. Tärkeintä on motivoiva asenne ja empaattinen asiakkaan tukeminen kuuntelemalla ja rakentavasti kommentoimalla. (Pirskainen 2011b, 4.) Mini-intervention ja muun päihdetyön perusta terveydenhuollossa on työntekijöiden valmiudessa kysyä ja keskustella päihteiden käytöstä. Mini-interventio sisältää alkoholin käytöstä kysymisen ja siihen liittyvän palautteen lisäksi keskeisimmin neuvonnan ja suunnittelun. Vaikuttava mini-interventio motivoi muutokseen: käynnistää pohdintaa, auttaa päättämään ja edelleen vähentämään alkoholin käyttöä ja tarvittaessa pidättäytymään alkoholista. Motivaatiota ja muutosta edistää se että saa oikeanlaista tietoa ja tukea. (Inkinen 1999, 12.) Opiskeluterveysaseman henkilökunnan käyttöön on hankittu A-klinikka-säätiön apukortteja päihteiden käytön puheeksioton välineeksi ja tueksi mini-intervention pitämiseen vastaanotoilla.

Pirskaisen (2011b, 9) mukaan mini-interventio voi lyhyimmillään sisältää yhden käynnin ja viiden minuutin kestoisen neuvonnan. Sisällön kiteyttää sana RAAMIT: Rohkeus - valetaan rohkeutta ja optimismia onnistumisen suhteen. Alkoholitietous - annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista. Apu - avustetaan päätöksenteossa vähentää tai lopettaa juominen. Myötätunto - lämmin, myötätuntoinen ja empaattinen lähestymistapa. Itsemääräämisoikeus - kunnioitetaan nuoren omia päätöksiä. Toimintaohjeet - luodaan vaihtoehtoisia strategioita vähentää juomista. Apuvälineenä alkoholi-ongelmien laajuuden selvittämisessä sekä mini-interventiossa voidaan käyttää erilaisia testejä, joita suositellaan liitettäväksi myös terveystarkastuskyselyihin. Ohjeelliset pistearvot antavat keinon puuttua runsaaseen alkoholin käyttöön jo ennen varsinaista suurkulutusta. Maailman terveysjärjestössä kehitetty kymmenen kysymyksen alkoholin käytön itsearviointitesti (AUDIT) ohjeellisine pisterajoineen antaa kuvan alkoholin tuottamista ongelmista. Yksilöllisesti huumeiden käytön mini-interventiotoiminta vastaa alkoholin käyttöön puuttumista. Huumeiden käytöstä on aktiivisesti kysyttävä vastaanotoilla aivan samoin kuin tupakoinnista ja alkoholin käytöstä (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006, 117.) Nuorten päihdemittari soveltuu yleisesti käytetympää AUDIT-testiä paremmin nuorille. AUDIT on alkujaan suunniteltu aikuisten alkoholin käytön pitkäaikaishaittojen ja

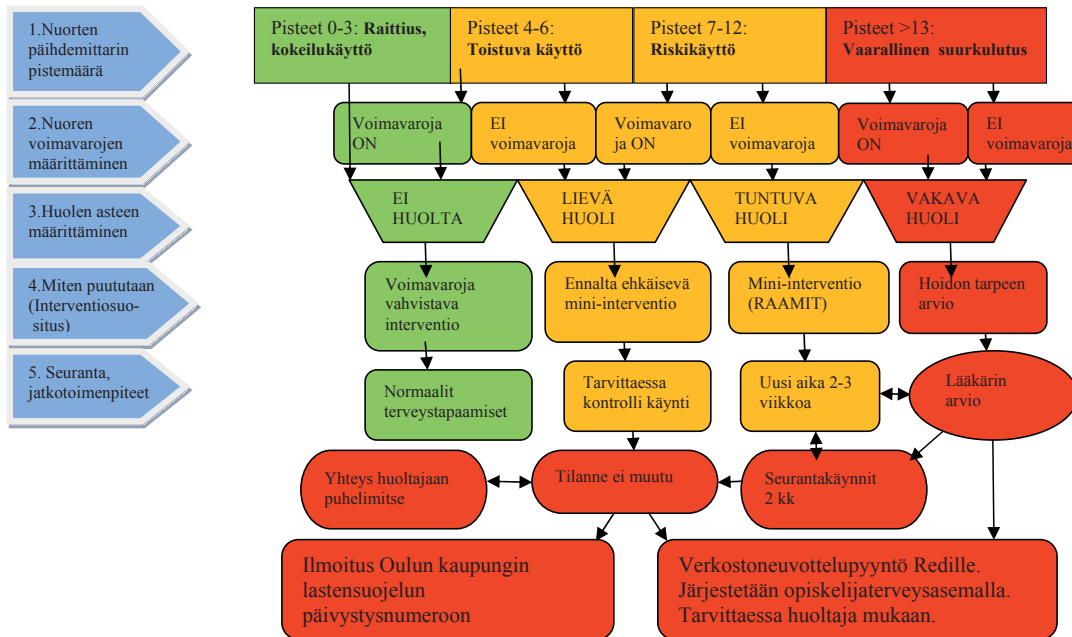
riippuvuuden kartoittamisen välineeksi. Suomessa ei ole esitetty AUDIT:in pisterajoja nuorille (Pirskainen 2011b, 12).

Palveluketjutuksen mallintaminen Oulussa

Ketjuuntuneessa moniammatillisessa työssä keskeistä on, että sovitaan vastuutahoista sekä turvataan hoitoketjun jatkuvuus ja saumattomuus varhaisesta puuttumisesta hoitoon asti (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 23). Varhaisen puuttumisen mallin toimintaohjeissa vuodelta 2011, oli esimerkki Vaasan kaupungissa tehdystä toimintakaavion sovellutuksesta opiskeluterveydenhuoltoon. Lähdin toteuttamaan Oulun mallia tämän pohjalta ja pohtimaan toimivaa palveluketjua ja toimintakaavion sisältöä.

- 1) Aluksi keskustelin oman lähiesimieheni kanssa kehittämistävistäni ja sovimme, että saan yhden tunnin aikaa yhteisessä hoitohenkilökunnan kokouksessa.
- 2) Esittelin Nuorten päihdemittarin, sen pisteytyksen ja alustavan ehdotuksen toimintakaaviosta. Kokouksessa sitten täydensin toimintakaaviota opiskeluterveysaseman henkilökunnan tarpeista ja ehdotuksista käsin.
- 3) Seuraavaksi olin yhteydessä nuorten päihdeasema Redi 64:lle palveluesimieheen ja esitin hänelle suunnitelmani. Sain järjestettyä tapaamisen kahden kokeneen Redin työntekijän kanssa elokuussa 2012.
- 4) Lopuksi olin yhteydessä Oulun kaupungin lastensuojeluun ja sovin tapaamisen tiimipalaverin kanssa, jotta sain toimintakaavioon lastensuojelun näkökulmaa.

Kuuntelemalla kaikkia palveluketjun osapuolia sain tehtyä yhtenäisen toimintamallin, joka hyödyttää niin työntekijöitä kuin erityisesti päihteitä käyttäviä nuoria, jotta he pääsevät oikeaan aikaan oikeanlaisen tuen piiriin. Näiden keskustelujen tuloksena syntyi toimintakaavion ehdotus Nuorten päihdemittarin pisteytyksen pohjalta.



Kuvio 1. Oulun kaupungin sovellutus varhaisen puuttumisen mallista opiskeluterveydenhuollossa (mukaillen Pirkaisien mallia)

Esitys toimintakaaviosta opiskeluterveysaseman henkilökunnalle

Varhaisen puuttumisen mallin toimintakaavion sovellutus opiskeluterveysasemalla alkoi siitä, että esittelin terveydenhoitajille Nuorten päihdemittarin. Koko henkilökunta sai minulta sähköpostilla päihdemittarin etukäteen tarkasteltavaksi, jotta mittarin kysymyksiin oli mahdollisuus tutustua etukäteen. Keskustelimme sen käytöstä yhdessä. Perustelin henkilökunnalle päihdemittarin hyvää käytettävyyttä etenkin ala-ikäisten nuorten kohdalla, siten että alkoholin käytön lisäksi terveydenhoitaja voi mittarin pohjalta ottaa sujuvasti keskusteluun myös muut päihteet kuten lääkkeet ja huumeet sekä päihteiden käytön sosiaalisen ulottuvuuden. Päihdemittarin käyttöön-ottoa oli pohdittu opiskeluterveysasemalla muutama vuosi sitten, mutta tuolloin se koettiin hankalaksi käyttää juuri pisteytyksen monimutkaisuuden vuoksi. Nyt pisteytystä on selkiytetty. Kerroin miten pisteet lasketaan ja millaiset ovat interventiosuositukset tai tarvittava palveluketju eri pistemäärien mukaisesti. Pisteytyksen mukaisen toimintakaavion on tarkoitus olla apuväline opiskeluterveysaseman henkilökunnalle ja se tukee heitä hahmottamaan palveluketjua.

Sovin yhdessä opiskeluterveysaseman henkilökunnan kanssa toimintakaavion yhteisistä käytännöistä etenkin terveydenhoitajien vastaanotoilla.

Avasin ja tarkensin toimintakaavion käsitteitä, kuten mitä tarkoittavat nuoren voimavarat ja miten niitä voi ottaa mukaan keskusteluun arvioitaessa päihteiden käyttöä. Nuoren voimavaroja kartoittaessa keskustellaan nuoren perheestä, ystävistä ja harrastuksista sekä sosiaalisista taidoista. Lisäksi nuoren voimavaroihin luetaan itsetunto ja mieliala osana kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kertasin mini-intervention sisältöä ja sovimme yhdessä millaista päihdeaiheista materiaalia ja tietoa voi mini-intervention yhteydessä jakaa opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuollossa on käytössä ainakin Sosiaali- ja terveysministeriön ”Vähennä vähäsen” -oppaita. Vaikka tässä oppaassa ovat riskikäytön annosmääräraajat koskevatkin aikuisia, se sisältää asioita, joita voi pohtia myös nuorten kanssa. Muun muassa oppaan sisältämän juomapäiväkirjan täyttäminen on yksi konkreettinen keino lähteä tarkastelemaan ja vähentämään alkoholin käyttöä. Pohdin terveydenhoitajien kanssa lääkärin roolia osana päihteitä käyttävän nuoren palveluketjua. Tulimme siihen tulokseen, että lääkärin on hyvä tavata nuori, mikäli päihteiden käyttöä on tuntuvan tai vakavan huolen verran. Lääkärin rooli osana varhaista puuttumista on lähinnä tuntuvan tai vakavan huolen kohdalla, jolloin tarvittaessa voidaan ottaa laboratoriokokeita ja arvioida lääkkeellisen tuen tarvetta ainakin täysi-ikäisellä nuorella. (Muistiinpanot opiskeluterveysaseman tapaamisessa 5.9.2012.)

Terveydenhoitaja tai lääkäri siis täyttää nuorella päihdemittarin vastaanotollaan. Sen jälkeen he yhdessä käyvät keskustellen läpi nuoren antamia vastauksia, joita tarvittaessa voi tarkentaa. Yhdessä nuoren kanssa lasketaan pistemäärä ja terveydenhoitaja tai lääkäri voi näyttää toimintakaaviosta miten toimitaan nuoren tilanteessa ja miten tulee puuttua, jos kyseessä on vakava tai tuntuva huoli. Vähemmistä pistemääristä annetaan positiivista palautetta ja tuetaan edelleen raittiuteen. Käsitteitä päihderiippuvuus tai päihdehäiriö ei käytetä, koska Nuorten päihdemittari ei sisällä riippuvuutta mittaavia kysymyksiä, eikä diagnosointi kuulu koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Tämän vuoksi puhutaan päihteiden käyttöä kuvaavien käsittein esimerkiksi ”suurkulutus” ja siihen liittyvästä huolesta. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.) Yhdessä pohtien toteutuu tarvittava interventio nuoren tarpeiden mukaan promotiivisesti eli edistäen ja vahvistaen, voimavaroja tukien raittiille ja kokeilijoille, preventiivisenä mini-interventiona päihteitä toistuvasti käyttäville, mini-interventiona riskikäyttäjille ja hoidon tarpeen arviointina vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä. Tavoitteena on tunnistaa nuoren voimavaroja kaikissa tilanteissa, myös vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä, ja tukea nuoren terveyttä ja päihdeettömyyttä edistäviä voimavaroja ja valintoja. (Pirskainen 2011a, 171.) Kokemukseni mukaan nuoret lähtevät pohtimaan päihteiden käyttöään luontevasti, ja on tärkeää antaa heille rehellistä palautetta tästä. Opiskeluterveysaseman henkilökunnan mukaan on myös joukko opiskelijoita, jotka eivät ole halukkaita puhumaan päihteiden käytöstään tai vähättele-

vät sitä. Toisinaan opiskelijat ovat jopa hyökkääviä argumenteissaan kysyttäessä päihteiden käytöstä. Tämä ryhmä on haastava varhaisen puuttumisen kannalta, etenkin jos käy ilmi että päihteiden käyttöä on runsaasti. (Muistiinpanot opiskeluterveysaseman tapaamisessa 5.9.2012.) Lastensuojelun mukaan tällaisissa tapauksissa suositetaan tekemään lastensuojeluilmoitus (Muistiinpanot lastensuojelun tapaamisessa 20.9.2012).

Toimintakaavion työstäminen Nuorten päihdeasema Redi 64 hoitotiimin kanssa

Oulun kaupungissa toimii nuorten päihdeasema Redi 64, joka tarjoaa päihdepalveluita Oululaisille alle 29-vuotiaille nuorille. Redillä työskentelee moniammatillinen hoitotiimi. Redi 64 tuli osaksi varhaisen puuttumisen toimintakaaviota, koska näin sen keskeisenä osana palveluketjua. Redin työntekijöiden kanssa pohdin toimintakaavion osa-alueita, jossa jatkohoitoon ohjataan opiskelijaa kun opiskeluterveysaseman henkilökunnalle tulee tuntuva tai vakava huoli nuoren päihteiden käytöstä. Tarvittaessa Redin työntekijää voi myös konsultoida aikaisemminkin. Kuluneen vuoden aikana yhteistyötä Redi 64:n kanssa on kehitetty ehdotuksestani esimerkiksi siten, että Redin työntekijä on mukana opiskeluterveysaseman psykiatrin konsultaatioissa. Konsultoimalla ja tekemällä enemmän yhteistyötä madalletaan kynnystä saada asiakas oikeaan palvelun piiriin oikea aikaisesti sekä työntekijöinä saadaan työvälineitä ja tietoa miten kohdata päihteitä käyttävä nuori. Konsultaatio tilaisuuksissa työntekijöillekin tulevat tutuksi toistensa käytännöt ja samalla tutustuu eri yksiköiden henkilökuntaan. (Muistiinpanot Redi 64 tapaamisessa 27.8.2012.)

Keskustelussa Redin hoitotiimin kanssa nousi esille päihteiden käytön puheeksi oton tärkeys ja mini-interventio etenkin tuntevan huolen kohdalla. Mini-intervention tarkoituksena on tehdä tilannearvio, raittiuspäätös, asettaa tavoitteet juomisen vähentämiselle ja/tai lopettamiselle, huomioon ottaen asiakkaan ikä. Mitä nuoremasta opiskelijasta on kyse sitä herkemmin ja nopeammin tulee puuttua tilanteeseen. Redin työntekijät painottivat muistamaan, että kuten aikuiset, myös nuoret tarvitsevat tehokasta motivointia päihteiden käytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi, tämän vuoksi he suosittivat seuranta aikaa terveydenhoitajan vastaanotolle. Redin suositus toimintakaavioon oli että, päihteiden käytön puheeksioton jälkeen kontrolliaika varataan terveydenhoitajalle 2–3 viikon kuluttua, mikäli terveydenhoitajalla tulee huoli. Seuranta-aika opiskeluterveysasemalla voisi olla noin kaksi kuukautta, riippuen asiakkaan iästä ja huolen tasosta. Opiskelijalle siis annetaan mahdollisuus muuttaa omaa päihteiden käyttöään. Redin työntekijä tulee mukaan arvioimaan tilannetta opiskelu-

terveysasemalle viimeistään kahden kuukauden kuluttua, mikäli tarvitaan vielä tiiviimpää työskentelyä motivoinnin ja muutoksen suhteen tai tilanne ei alkoholinkäytön suhteen ole muuttunut. Tarvittaessa Redille voi olla yhteydessä aiemminkin, koska nuorten riskikäyttöön on puututtava nopeasti. (Muistiinpanot Redi 64 tapaamisessa 27.8.2012.)

Vakavan huolen kohdalla, mikäli nuoren alkoholin käyttö täyttää vaarallisen suurkulutuksen pistemäärät, otetaan Redin suosituksen mukaan suoraan yhteys lastensuojeluun ja Redille. Mikäli todetaan lääkkeiden ja huumeiden käyttöä tai imppaamista, ne ovat lastensuojeluilmoituksen tekemisen peruste. Näin nuorelle osoitetaan, että huumeiden käyttöön suhtaudutaan suurella vakavuudella ja että, se ei missään suhteessa ole sallittua ja hyväksyttävää. Nuoren puheesta olisikin tärkeää kuulla onko kyseessä ollut yksittäinen kokeilu vai onko kokeiluja jo useampi kerta, jolloin nuori voi selvästi olla epätavallisen kiinnostunut päihteistä. Redin ja lastensuojelun yhteistyö alkaa aina verkostotapaamisella, jossa mukana ovat nuori, vanhemmat ja lastensuojelun työntekijä. (Muistiinpanot Redi 64 tapaamisessa 27.8.2012.) Koska nuoren ongelmat saattavat heijastaa perheessä ilmeneviä vaikeuksia tai huolia, nuoren perhetilanteen arviointi on myös tärkeää. Vanhemmilta saatava informaatio on usein hyödyllistä, ja tarvittaessa vanhempien kanssa tulee tehdä yhteistyötä. (Aalto-Setälä ym. 2003, 13.) Redin toiveena on että, mikäli työntekijä pyydetään verkostokäynnille mukaan, olisi tästä hyvä ilmoittaa myös nuoren vanhemmille. Mikäli arvioidaan opiskelijan tarvitsevan Redin palveluita jatkossa, ja asiakkuus siirtyy sinne, otetaan vanhemmat aina mukaan hoidon suunnittelussa ja järjestämisessä. (Muistiinpanot Redi 64 tapaamisessa 27.8.2012.)

Eri oppilaitoksissa on omat ohjeistuksensa päihteidenkäyttäjien hoitoonohjausmallista. Kokemukseni perusteella joissain oppilaitoksissa ne ovat puutteellisia ja kaipaisivat päivitystä. Kokemukseni mukaan oppilaitosten henkilökunnalla on erilaiset näkemykset ja kaikki eivät näe vastuutaan puuttua opiskelijan päihteidenkäyttöön. Päihteitä käyttävän nuoren tilanteeseen tulisi kuitenkin jokaisen sen huomattuaan puuttua. Yhdessä oppilaitoksen ja opiskelijan kanssa tehty kirjallinen hoitoonohjaussopimus on ollut toimiva ja selkeä, mikäli sellainen oppilaitoksesta löytyy. Hoito on hyvä aloittaa päihdepalveluissa yhteisellä hoitoneuvottelulla, jossa mukana on opiskelija, oppilaitoksen edustaja ja päihdetyöntekijä. Osa ohjelmista voi myös velvoittaa opiskelijaa osallistumaan hoitoonohjausneuvotteluun ja sitoutumaan hoitoon, ennen kuin voi jatkaa opintojaan. Seurantaan varten hoitosopimuksissa voidaan edellyttää, että oppilaitos voi saada tietoa onko hoitosuunnitelma edennyt suunnitelman mukaisesti. Hoidon sisällöstä ja siellä käsitellyistä asioista oppilaitoksille ei voida tietoja luovuttaa (Niemelä 2011, 304). Opiskeluterveysasema saa mahdollisesti tiedon hoitoonohjauksesta opiskelijalta itseltään. Mielestäni tätä tulisi jatkossa kehittää, siten että opiskeluterveysaseman rooli selkiytyisi asiakkaan ko-

konaisvaltaisessa hoidossa. Kehitettävä olisi myös tiedonkulkua sujuvaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä oppilaitosten välillä huomioiden salassapitovelvollisuus.

Toimintakaavion työstäminen Lastensuojelun tiimin kanssa

Lastensuojelun tiimin palaverissa oli läsnä lastensuojelun palveluesimies, lastensuojelun sosiaalityöntekijöitä ja perhetyöntekijöitä. Esittelin heille Nuorten päihdemittarin ja osa työntekijöistä oli käyttänyt sitä työssään jo aiemminkin. Tiedotin heitä uudesta päivitetystä päihdemittarin versiosta ja pisteytyksestä. Annoin heille kommentoivaksi alustavan suunnitelmani opiskeluterveydenhuollon toimintakaavion sovelluksesta. Kerroin myös lähtökohtaisesti sen, että nuorelle annetaan mahdollisuus muutokseen suhteessa päihteiden käyttöön, vaikka kysymyksessä olisikin alaikäinen nuori ja laki kieltävät alaikäisten päihteiden käytön. Tämä tarkoittaa kuitenkin sitä, että työntekijä seuraa systemaattisesti nuoren päihteiden käytön tilannetta ja sen muutosta. Hoidon järjestämisessä on tärkeä kunnioittaa nuoren mielipidettä. Jos hän uskoo itse pystyvänsä muuttamaan käyttäytymistään yksin, sovitaan seurannasta kouluterveydenhuollossa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.) Sosiaalityöntekijöiltä tuli kommentteja siitä, että terveydenhoitajan tai lääkärin tulisi olla lastensuojeluun yhteydessä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jos kyseessä on tuntuva tai vakavan huolen tasoista päihteiden käyttöä. Lastensuojelu tulisi nähdä tässä tilanteessa tukitoimena ja lastensuojelun työntekijä voisi toimia opiskeluterveydenhuollossa työparina. Lastensuojelun työntekijät olivat sitä mieltä, että vanhemmat pitää ottaa mukaan tapaamisille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja heille tulee antaa tieto nuoren päihteiden käytöstä. Jos terveydenhoitaja tai lääkäri tekee lastensuojeluilmoituksen, on ilmoituksen tekijän hyvän tavan mukaista tiedottaa siitä nuoren vanhemmille suoraan esimerkiksi puhelimitse. Tärkeää on kertoa ja perustella ilmoituksen tekeminen myös nuorelle itselleen. Poikkeuksena ovat uhkatilanne, että vanhemmat tämän jälkeen satuttaisivat nuorta. (Muistiinpanot lastensuojelun tapaamisessa 20.9.2012.)

On tärkeää toimia vastuullisesti nuoren edun mukaisesti lastensuojelulain velvoittamalla tavalla tilanteissa, joissa nuori vaarantaa päihteiden käytöllään terveyttään ja kehitystään. Vastuullisuus edellyttää puuttumista terveyttä vaarantavaan tilanteeseen, eikä jäädä odottamaan, että nuori mahdollisesti joskus tiedostaa tilanteensa itse. Vaikka nuori ei tunnista ongelmaa, perustellaan välttämättömyyttä ottaa yhteys alle 18-vuotiaan vanhempiin ja tarvittaessa lastensuojeluun. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.) Lastensuojelun työntekijät myös muistuttivat konsultaatio

mahdollisuudesta puhelimitse. Tällainen yhteydenotto on hyvä käytäntö ja matalan kynnyksen toimintaa ja tuki opiskeluterveysaseman työntekijöille, ennen mahdollisen lastensuojelu ilmoituksen tekemistä nuoresta. Mielestäni tätä mahdollisuutta tulee jatkossa hyödyntää enemmän. (Muistiinpanot lastensuojelun tapaamisessa 20.9.2012.)

Kehittämistyön pohdintaa

Tämän kehittämistehtävän tarkoitus oli luoda toimintaohjeistus Oulun kaupungin opiskeluterveysasemalle nuorten päihteiden käytön varhaiseen puuttumiseen. Lisäksi tarkoitus oli saada aikaan toimiva palveluketju ja löytää mahdollisuuksia yhteistyön kehittämisessä opiskeluterveysaseman, Redi 64:n ja lastensuojelun palveluketjussa. Varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön oli minulle suhteellisen uusi näkökulma, koska aikaisemmin olen tehnyt hoitotyötä Redi 64:lla, jossa siis nuorella on jo ollut päihteiden käyttöä ja siihen liittyviä ongelmia. Varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön korostuu perusterveydenhuollossa ja erityisesti opiskelijoiden kanssa työskennellessä. Yhteisen käytännön pohjaksi loin opiskeluterveysasemalle toimintakaavion Nuorten päihdemittarin pisteytyksen mukaisesti. Käydessäni keskustelua Redi 64:lla ja lastensuojelussa minulle tuli tutuksi palveluketjun yksiköiden käytäntöjä. Sain myös monenlaisia ajatuksia ja ehdotuksia yhteistyön kehittämisestä toimintakaavion ulkopuolelle. Näitä monia ajatuksia en ole päässyt kehittämistehtävän tekemisen aikana vielä ideoimaan omalle työyhteisölleni.

Olisin mielelläni käynyt pidempiä keskusteluja useampien tapaamisten aikana nuorten päihteiden käytön varhaisesta puuttumisesta eri palveluketjuun kuuluvissa yksiköissä. Oman työyhteisöni, opiskeluterveysaseman aiemmista käytännöistä varhaisessa puuttumisessa olisin toivonut kuulevani vielä enemmän, mutta siihen ei tullut mahdollisuutta ajan puutteen vuoksi. Kehittämistehtävän näkökulmasta katsottuna näin puutteena sen, ettei yhteisiä opiskeluterveysaseman henkilökunnan tapaamisia ollut kuin kerran kuukaudessa. Toimintakaavion on tarkoitus tukea eri ammattiryhmän edustajia kuin itse olen, eli opiskeluterveysaseman terveydenhoitajia ja lääkäreitä. Oli haastavaa sopia käytännöistä ja palveluketjun sisällöistä muiden ammattiryhmien näkökulmasta. Toisaalta tämän kehittämistehtävän tarkoitus on tehdä palveluketju näkyväksi heille. Toimintaohjeistuksen ja erityisesti toimintakaavion on tarkoitus olla staattinen malli, jota voidaan muuttaa tarpeiden ja palveluketjun osien muutosten mukaisesti. Asian pohdittaminen suuremmalla kokoonpanolla eri ammattiryhmien kesken olisi ollut avartava kokemus. Nyt tiedon välittäminen palveluketjun yksiköstä toiseen ja ymmärrys eri yksiköiden ja ammattiryhmien toimintatavoista jäi yksin

minun tulkinnan varaani. Nuoren näkökulma ja kuunteleminen jäivät tämän kehittämistehtävän ulkopuolelle. Koen asiakaslähtöisyyden ja opiskelijoiden osallistumisen muutoin olevan tärkein elementti työssäni. Tässä siis oiva jatkohaaste ja erilainen näkökulma, mikäli toimintakaaviota sovelletaan yhä uusille paikkakunnille ja toimipisteisiin. Toimintaohjeistuksen tekemistä tukivat laaja näkemykseni ja työkokemukseni Oulun kaupungin palveluista ja palveluketjusta, koska olen työskennellyt päihdepalveluissa ja perusterveydenhuollossa opiskeluterveysasemalla sekä tämän myötä eri oppilaitoksissakin. Lastensuojelun kanssa olen tehnyt verkostotyötä aiemmin päihdetyöntekijänä.

Ratkaisujen ja interventioiden etsiminen nuorten päihteiden käytön ehkäisemiseksi merkitsee kaikkien ongelman parissa painiskelevien, siitä kiinnostuneiden ja siihen suhteessa olevien ihmisten yhteistyötä ja vuoropuhelua. Se vaatii tilanteen ja ympäristön tarpeiden huomioimista ja niiden välisen suhteen kollektiivista ymmärtämistä. Lisäksi ilmiön tulkitseminen ympäristössään ja siihen reagoiminen sopivalla tavalla edellyttää yhteisiä sopimuksia ja moniäänisiä hyviä käytäntöjä, sellaisia, missä nuoretkin saavat äänensä kuuluviin oman elinympäristönsä tulkkeina. (Leimio-Reijonen 2010, 117.) Varhainen puuttuminen on mielestäni tärkeä asia. Siihen tulisi kiinnittää huomiota vieläkin enemmän. Päihteidenkäytön voi ottaa puheeksi kuka tahansa. Se on jokaisen, etenkin nuorten kanssa työskentelevän velvollisuus. Tämän kehittämistehtävän aikana opin itsestäni sen, että tarvitaan suuri joukko ihmisiä puhumaan varhaisen puuttumisen puolesta, eikä yksin voi saavuttaa laajoja tuloksia, vaikka kuinka ponnistelisi asian puolesta. Tärkeää on toimia varhaisessa vaiheessa, jossa nuoren päihteiden käyttö on todennettu. Tämä voi tarkoittaa keskustelua terveydenhoitajan kanssa, verkostotapaamista päihdetyöntekijän kanssa tai lastensuojeluilmoituksen tekemistä nuoresta. Mielestäni on tärkeää tehdä yhteistyötä yli sektorirajojen. Toimivan palveluketjun saamiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan verkostotapaamisia, työparityöskentelyä ja vuoropuhelua eri ammattiryhmien välillä. Konsultoinnin tärkeyttä ja vaivattomuutta ei pidä unohtaa. Näin opimme työntekijöinä paljon toisiltamme, tiedostamme palveluketjun ja nuori saa mahdollisimman kokonaisvaltaista tukea kohti raittiutta. Jatkossa toivon että, kehittämistehtäväni myötä opiskeluterveysasemalla otetaan aktiivisesti käyttöön Nuorten päihdemittari ja sen mukainen toimintakaavio interventiosuosituksineen. Olisin toivonut voivani kirjoittaa tähän kehittämistehtävään kokemuksia toimintakaavion käytöstä, mutta kuten kaikki uusi toiminta, vie tässäkin aikaa saada toimintaohjeistus aktiivisesti käytäntöön.

Lähteet

- Aalto, Mauri & Seppä, Kaija 2009: Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa Aalto, Mauri & Bäckmand, Heli & Haravuori, Henna & Lönnqvist, Jouko & Marttunen, Mauri & Melartin, Tarja & Partanen, Airi & Partonen, Timo & Seppä, Kaija & Suomalainen, Laura & Suokas, Jaana & Suvisaari, Jaana & Viertiö, Satu & Vuorilehto Maria: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee> Viitattu 22.10.2012
- Aalto-Setälä, Terhi & Marttunen, Mauri & Pelkonen, Mirjami 2003: Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos. Helsinki. http://www.socialkompetens.fi/ep/tiedostot/nuorten_paihdehairioiden_varhaistunnistaminen_arvo.pdf Viitattu 6.8.2012.
- Bäckmand, Heli & Lönnqvist, Jouko 2009: Johdanto. Teoksessa Aalto, Mauri & Bäckmand, Heli & Haravuori, Henna & Lönnqvist, Jouko & Marttunen, Mauri & Melartin, Tarja & Partanen, Airi & Partonen, Timo & Seppä, Kaija & Suomalainen, Laura & Suokas, Jaana & Suvisaari, Jaana & Viertiö, Satu & Vuorilehto, Maria: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee> Viitattu 22.10.2012.
- Huhtanen, Kristiina 2007: Kun huoli herää. Varhainen puutuminen koulussa. WS Bookwell Oy. Juva, 22.
- Inkinen, Maria 1999: Mini-interventio. Kysymällä ja motivoimalla muutokseen. Stakes. Helsinki, 12.
- Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008: Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. Wsoy oppimateriaalit. Helsinki, 23.
- Laakso, Juhani & Kunttu, Kristiina 2011: Terveystarkastukset opiskeluterveydenhuollossa. Teoksessa Kunttu, Kristiina & Komulainen Anne & Makkonen, Katri & Pynnönen Päivi (toim.): Opiskeluterveys. Bookwell Oy. Porvoo, 107.
- Leimio-Reijonen, Susanna 2010: Nuorten päihdeettömyyden edistäminen-vuoropuhelua ja yhteistoimintaa. Teoksessa Kylmäkoski, Merja & Pylkkänen, Sanna & Viitanen Reijo (toim.): Yhteisöllisiä näkökulmia nuorten ehkäisevään päihdetyöhön. Sarja C. Oppimateriaaleja 23. http://www.humak.fi/sites/default/files/liitteet/yhteisollisia_nakokulmia.pdf Viitattu 21.8.2012
- Lepistö, Jaana & von der Phalen, Bettina & Marttunen, Mauri 2005: Nuorten päihdehäiriöiden hoito. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuorten_paihdehairioiden_hoito.pdf Viitattu 10.9.2012
- Lommi, Anni & Luopa, Pauliina & Puusniekka, Riikka & Vilkki, Suvi & Jokela, Jukka & Kinnunen, Topi & Laukkarinen, Essi & Flang, Pauliina 2011: Kouluterveyskysely ammatillisissa oppilaitoksissa 2011. Oulun kuntaraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 22–23.
- Maunu, Antti 2012: Ryyppäämällä ryhmäksi. Ehkäisevän päihdetyön karttalehtiä nuorten ja nuorten aikuisten juomiskulttuureihin. BrandID Oy-kirjapaino. Pori, 147–148, 150.

- Mikkonen, Juha & Tynkkynen, Lotta 2010: Terve amis! Ammattiin opiskelevien terveyden taustatekijät: 50 toimenpide-ehdotusta terveystieteen kaventamiseksi. Elämäntapa liitto. Kehys Oy. Pori, 9, 40.
- Muistiinpanot Lastensuojelun tapaamisessa 20.9.2012. Oulun kaupunki.
- Muistiinpanot Redi 64 tapaamisessa 27.8.2012. Oulun kaupunki.
- Niemelä, Solja 2011: Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Kunttu, Kristiina & Komulainen, Anne & Makkonen, Katri & Pynnönen, Päivi 2011: Opiskeluterveys. Duodecim. Bookwell Oy. Porvoo, 304.
- Nuorten terveystapatutkimus 2011: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Helsinki 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1563268 Viitattu 24.9.2011.
- Partanen, Airi 2009: Mielenterveys ja päihdetyön ohjelmat. Mielenterveys ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Yliopistopaino, 61.
- Pirkola, Tiia & Lepistö, Jaana & Strandholm, Thea & Marttunen, Mauri 2007: Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 3/2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b03.pdf Viitattu 14.6.2012
- Pirskainen, Marjatta 2012: Sähköpostivastaus 31.5.2012.
- Pirskainen, Marjatta 2011a: Nuorten päihdemittari, ADSUME. Teoksessa Mäki, Päivi & Wikström, Katja & Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Laatikainen Tiina (toim.) 2011: Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Juvenes Print. Tampere, 170, 171.
- Pirskainen, Marjatta 2011b: Varhaisen puuttumisen malli nuorten päihteettömyyden edistämiseksi-toimintaohjeita 2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a20fef9f6-b934-4385-81ec-1f47cb1d9ado> Viitattu 5.7.2011
- Pirskainen, Marjatta & Pietilä, Anna-Maija 2011: Terveystottumukset ja niihin vaikuttaminen. Teoksessa Kunttu, Kristiina & Komulainen Anne & Makkonen, Katri & Pynnönen Päivi (toim.): Opiskeluterveys. Bookwell Oy. Porvoo, 179–183.
- Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma. Oulun seutu 2006: <http://www.yli-ii.fi/tiedostot/15%2010%20kansia%20paino%20oversio.doc> Viitattu 19.9.2012
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 12. Opiskeluterveydenhuollon opas. Yliopistopaino. Helsinki 2006, 21, 88, 116–117, 147.
- Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012: Käypä hoito. Nuorten päihdemittarin käyttö. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/nix00487>. Viitattu 10.7.2012.
- Valtakunnallinen Varpu-verkosto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Yliopistopaino. Helsinki 2012. http://www.varpu.fi/varpu/varhainen_puuttuminen Viitattu 22.10.2012

9 Päihdearvion toteutus arviointijaksolla kriisi- ja arviointiyksikkö Komsiossa

Katri Sarre ja Minna Lassila

Artikkeli kuvaa päihdearviomallin kehittämistä kriisi- ja arviointiyksikkö Komsion arviointijaksolla. Kriisi- ja arviointiyksikön arviointijaksolla ei ollut käytettävissä valmista mallia. Tekijät hyödynsivät Nuorten ystävien sisäisen päihdetyön koulutuksessa saamaa tietoa muiden yksiköiden päihdearvioinnin toteutuksesta ja käytettävistä mittareista. He kävivät läpi Komsion arviointijakson perehdytyskansion materiaalin, arviointijakson tavoitteet päihdearviolle ja vaatimukset raportoinnista. Tekijät hyödynsivät päihdearvion rakenteen suunnittelussa aiempaa kokemustaan päihdetyössä.

Komsio on Nuorten ystävien Rovaniemellä sijaitsevan palvelukeskus Hiekkarinteen yhteydessä oleva EHO-tasoisesti resursoitu yksikkö, jonne voidaan sijoittaa vaikeasti oireilevia 13–17-vuotiaita nuoria. Komsioon sijoitettujen nuorten sijoitusperusteena on lastensuojelulain mukainen huostaanotto, kiireellinen sijoitus tai erityisen huolenpidon jakso. Yhteydenotto sijoitukseen liittyy aina sosiaalityöntekijältä. Komsiossa on seitsemän asiakaspaikkaa, joista kaksi on varattu kriisi- ja arviointipaikaksi. Yksikön yhteydessä sijaitsee kaksi tuki-/itsenäistymisasuntoa, joissa itsenäistymisharjoittelussa olevat nuoret voivat turvallisessa ympäristössä harjoitella omatoimisen elämän kannalta vaadittavia arjenhallinnan taitoja. Komsion toiminta-ajatuksena on asiakkaiden psykososiaalisen kuntoutumisen tukeminen ja edistäminen. Toimintaa ohjaavat arvot, jotka perustuvat ihmisarvon kunnioittamiseen. Yksikön tehtävä on nuoren pysäyttäminen, arviointi, motivointi, kuntoutukseen sitouttaminen ja kasvatusprosessin alkuun saattaminen.

Komsiossa toteutettavan työskentelyn lähtökohtina ovat lasten, nuorten ja perheiden omat tarpeet, voimavarat ja tavoitteet. Tavoitteena on tukea

jokaista nuorta yksilöllisesti, tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti yhdessä huoltajien, sosiaalitoimen ja koulun kanssa. Omaohjaaja pitää säännöllisesti, viikoittain yhteyttä perheeseen, joko puhelimitse tai käymällä perheen kotona perhetyöntapaamisella perhetyöntekijän työparina. Komsiossa huolehditaan nuorten elämänrytmin säännöllisyydestä; nuoret käyvät koulua, osallistuvat arkiaskareisiin ja käyvät harrastuksissa. Keskeistä on jatkuvasti saatavilla olevan aikuisen tuki ja ohjaus. Jokaisella nuorella on omaohjaaja, joka huolehtii nuoren asioista ja tarpeista. Omaohjaaja on ensisijaisesti vastuussa nuoren arjen sujumisesta. Arviointijakson aikana kootun tiedon pohjalta laaditaan arviointiraportti, jonka tarkoituksena on antaa sosiaalityöntekijälle arvokasta tietoa ja välineitä nuorelle sopivan jatkosijoituspaikan löytämiseen. Raportti toimii myös alustavana jatkokuntoutussuunnitelmana uudessa sijoituspaikassa. Komsiossa työskentelee kuusi ohjaajaa, vastaava ohjaaja, tiimivastaava, kaksi yövalvojaa sekä perhetyöntekijä. Komsion tiimiin kuuluvat myös konsultoiva lastenpsykiatri ja psykologi sekä Komsion yhteydessä olevan kotikoulun opettaja.

Nuoren kanssa työskentely arviointijaksolla on tiivistä. Arviointijaksolla on viikoittaisia neuvotteluja, joihin osallistuvat tarvittaessa yksilöllisesti nuoren tilannetta ja tuen tarvetta arvioiden nuoren opettaja, tiimivastaava, palvelukeskuksen vastaava ohjaaja, perhetyöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä, psykologi, psykiatri sekä omaohjaaja. Arvioinnissa lähdetään liikkeelle aiemmista sijoituspaikoista, sosiaalityöntekijältä, sukulaisilta sekä muilta nuorelle läheisiltä ihmisiltä saadun tiedon pohjalta. Arviointitiimi pyrkii muodostamaan esiymmärryksen, jonka pohjalta arviointia lähdetään viemään eteenpäin. Neuvottelujen avulla rakentuu arviointijakson loppulausunto ja kuva nuoren tarpeista. Päihdearvio sisältyy arviointijaksoon. Päihdearvioiden tulee olla työmuotona vertailukelpoinen, tasalaatuinen muiden Nuorten ystävien vastaavien yksiköiden toteuttamien päihdearvioiden kanssa. Nuorten ystävien sisäisten päihdetyön koulutusten yhteydessä on käyty läpi jo tehtyjä päihdearvioita ja niiden pohjalta on tehty yhtenevä linjaus päihdearviossa käytettävistä mittareista. Tämän linjauksen pohjalta Komsion päihdetyöntekijät ovat valinneet mittarit ja tavan toteuttaa päihdearvio.

Päihdearvio arviointijakson aikana

Komsiossa päihdetyötä toteuttavat parityönä kaksi Nuorten ystävien sisäisen päihdetyön koulutuksen saanutta työntekijää. Toinen päihdetyötä toteuttavista työntekijöistä toimii ohjaajana Kriisi- ja arviointiyksikkö Komsiossa ja tutustuu nuoreen heti tämän sijoituksen alkaessa. Palvelukeskus Hiekkarinteen jälkihuollon työntekijä on toinen päihdearvioita yksikössä

tekevä ohjaaja. Myös jälkihuollon työntekijä pyrkii tapaamaan nuoren jo ennen päihdearvioinnin aloittamista. Päihdetyöntekijät tapaavat nuorta arviointijakson aikana viisi kertaa ja tekevät päihdearvion näillä tapaamisilla läpi käytyjen arviointilomakkeiden, nuoren niihin antamien vastausten sekä keskusteluissa tehtyjen huomioiden pohjalta. (Komsion perehdytyskansio.)

Päihdetyöntapaamiset aloitetaan vapaamuotoisella keskustelulla nuoren päihteiden käytön tilanteesta ennen sijoitusta. Suurimmalla osalla kriisi- ja arviointiyksikköön arviointijaksolle tulleista nuorista juuri päihteiden käyttö on osasy sijoitukseen. Nuoren kanssa käydään keskustellen läpi hänen päihdehistoriaansa, sekä asenteita päihteitä ja päihteiden käyttöä kohtaan. Tapaamisilla nuori täyttää arviointilomakkeita, joilla kartoitetaan nuoren päihteiden käytön tilannetta, mielialaa ja mahdollisia syitä päihteiden käytölle.

Jokaisella päihdetyön tapaamisella toinen päihdetyöntekijöistä tekee muistiinpanoja käytyjen keskustelujen ja arviointilomakkeiden vastausten pohjalta. Nuori käy lomakkeiden kysymykset läpi yhdessä päihdetyöntekijän kanssa ennen kysymyksiin vastaamista. Nuori vastaa kysymykseen kerrallaan ja nuoren antama vastaus käydään yhdessä keskustellen läpi. Lomakkeiden kysymyksissä on toistoa, mutta niistä saatujen vastausten yhteneväisyys tai eroavaisuus antaa mahdollisuuden vertailla nuoren vastausten todenperäisyyttä. Esimerkiksi kysymys kuinka paljon alkoholia nuori keskimäärin nauttii kerrallaan, toistuu useassa arviointilomakkeessa. Mikäli vastaukset eroavat suuresti, voidaan palata aiemmin täytetyn lomakkeen vastauksiin ja varmistaa nuorelta miksi vastauksissa on eroja.

Kysymyslomakkeet ja muistiinpanot päihdearvion tapaamisista säilytetään päihdetyöntekijöillä ja niiden pohjalta päihdetyöntekijät laativat parityönä päihdearvion kirjallisenä liitteeksi nuoren arviointijakson raporttiin. Päihdearvion pohjalta arvioidaan tarvitseeko nuori jatkossa sijoituksen aikana tai sen päättyessä päihdetyöskentelyä joko yksikön omien päihdetyöntekijöiden kanssa tai nuorille suunnatuissa avopäihdepalveluissa. Päihdetyöntekijä tekee jokaisesta päihdetyön tapaamisesta lyhyen kirjallisen raportin nuoren päivittäisraportointiin Nappulassa (asiakasrekisteri joka käytössä nuorten ystävien yksiköissä). Päivittäisraportointiin merkitään vähintään päihdetyön tapaamisella käsitelty arviointilomake, nuoren asenne ja osallistuminen tapaamiseen, sekä seuraavan sovitun tapaamisen ajankohta.

Nuoren kanssa sovitaan aina etukäteen päihdearviolle sovittujen tapaamisten ajankohdat. Päihdetyön tapaaminen toteutetaan rauhallisessa ympäristössä kriisi- ja arviointiyksikön pienessä neuvottelutilassa. Päihdetyön tapaamisen kesto kerrallaan on keskimäärin 45–60 minuuttia riippuen nuoren aktiivisuudesta sekä käsitellyn aiheen laajuudesta.

Kriisi- ja arviointiyksikkö Komsiossa käyttää päihdetyön rakenne arviointijaksolla:

1. Tapaaminen: Nuorten päihdemittari (ADSUME). Yleistä keskustelua, sekä pohjustus päihdearviolle.
2. Tapaaminen: Alkoholiriippuvuus (SADD)+ alkoholin käytön riskit (AUDIT). Keskustelua kysymyslomakkeiden pohjalta ja tarvittaessa paluu edellisen tapaamisen kysymyslomakkeen vastauksiin sekä käytyyn keskusteluun.
3. Tapaaminen: Huumeidenkäyttötesti (DAST) + tarvittaessa huumeisiin liittyviä kysymyksiä kysymyslomake (DUDIT). Keskustelua kysymyslomakkeiden pohjalta ja tarvittaessa paluu edellisten tapaamisten kysymyslomakkeiden vastauksiin sekä käytyihin keskusteluihin.
4. Tapaaminen: Mielialakyselylomake. Keskustelua kysymyslomakkeiden pohjalta ja tarvittaessa paluu edellisten tapaamisten kysymyslomakkeiden vastauksiin sekä käytyihin keskusteluihin.
5. Tapaaminen: BDI-kysely. Keskustelua ja yhteenveto päihdearvion tapaamisten osalta.

Kaikki käytössä olevat mittarit löytyvät päihdelinkin ja sosiaaliportin verkkosivuilta. Nuoren täytettyä kyselylomakkeet (paperiversio, tulostettu) on toinen päihdetyöntekijöistä käynyt tekemässä testin verkossa nuoren antamien vastausten pohjalta. Nuoren kanssa on yhdessä käyty läpi testien vastauksien perusteella saadut tulokset. Nuorten ystävillä aiemmin käytössä olleet arviointilomakkeet Jopo-projektin päihdehaastattelu, päihteiden käytön edut ja haitat (nelikenttä) sekä retkahdukseen liittyvää lomakkeet ovat käytössä arviointijakson jälkeisessä päihdetyöskentelyssä.

Esimerkkiraportti päihdetyöstä arviointijaksolla

Tämä päihdearvio on tehty 15-vuotiaalle tytölle. Nimi, paikkakunnat ja arvioinnin toteutuksen ajankohta on muutettu.

PÄIHDEARVIO 15.10.–30.11.2012

Sannan päihdearviointi aloitettiin 15.10.2012. Päihdearvioinnin aikana Sannaa tavattiin kuusi kertaa päihteisiin liittyvien teemojen pohjalta. Viimeinen tapaaminen toteutettiin 30.11.2012.

Tapaamiskertojen aikana käytiin läpi Sannan päihdehistoriaa, suhtautumista päihteisiin ja päihteidenkäytön vaikutuksia hänen elämänsä. Lisäksi tapaamisten aikana käytiin läpi Sannan perhetilan-

netta ja Sannan päihteidenkäytön vaikutuksia siihen. Apuna asioiden läpi käymisessä käytettiin AUDIT ja SADD lomaketta, JOPO-projektin päihdehaastattelu lomakkeita, nelikenttää sekä retkahdukseen liittyvää lomakkeistoa.

Päihteidenkäytön Sanna kertoi aloittaneensa 12–13-vuotiaana. Sannan ensimmäinen alkoholikokeilu on tapahtunut kaveripiirissä. Seuraava alkoholinkäyttö kerta on tapahtunut noin puolen vuoden päästä ensimmäisestä kokeilusta. 13-vuotiaana Sanna on kertonut kokeilleensa kannabista sekä myöhemmin huumaavia lääkkeitä. Lääkkeitä, joita Sanna kertonut käyttäneensä ovat olleet Lyrica, Tramal ja Stella. Käyttökerrat ovat tapahtuneet Hyvinkäällä karkureissun aikana. Alkoholinkäyttö on lisääntynyt ennen sijoitusta perheen muuttaessa Oulusta Tornioon ja tuolloin alkoholinkäyttöä on ollut 1–2 kertaa viikossa. Nuoren itsensä kertoman perusteella juominen on ollut humalahakuisia. Alkoholista Sanna on kertonut nauttineensa noin 9 olut pulloa (33cl) illan aikana. Runsaan alkoholinkäytön seurauksena Sannalla on ollut muistinmenetyksiä. Lisäksi alkoholin ja huumaavien lääkkeiden sekäkäytön seurauksena Sannalla on ollut aistiharhoja. Alkoholinkäytön seurauksena Sanna on joutunut hyväksikäytetyksi sekä loukannut itseään humalassa. Alkoholin hankinta on tapahtunut pääsääntöisesti aikuisen henkilön hakemana mutta sitä on hankittu myös varastamalla vanhemmilta. Huumaavia lääkkeitä ja kannabista Sanna on kertonut saaneensa kavereiltaan ja myös ostanut niitä heiltä. Sanna on myös kertonut, että olisi halunnut kokeilla suonensisäisiä huumeita. Kannabiksen käyttö on ollut kokeilukäyttöä.

Tupakoinnin Sanna on aloittanut kertomansa mukaan 12–13-vuotiaana ja se on jatkunut säännöllisenä sijoitukseen asti. Komsiossa olon aikana Sanna on polttanut satunnaisesti. Nuuskaa ei kertomansa mukaan käytä. Sanna kertonut, että alkoholinkäyttö hänen ikäisellään on yleistä. Kertoi alkoholin ja muiden päihdyttävien aineiden käytön olevan kuitenkin hänelle itselleen haitallista sekä osa syynä hänen sijoitukseensa. Päihteidenkäyttö on vaikuttanut Sannan itsensä arvioimana myös hänen ja vanhempien välisiin suhteisiin. Hänen ja hänen kavereidensa välisiin suhteisiin päihteidenkäyttö ei Sannan mukaan ole vaikuttanut. Sannan kertoman mukaan voidaan todeta hänellä olevan humalassa riskikäyttäytymistä. Tätä tukevat Sannan kertomat humalassa mopoilusta, halusta kokeilla suonensisäisiä huumeita, aikuisten henkilöiden seuraan hakeutuminen/joutuminen ja itsensä loukkaaminen eri tilanteissa.

Päihteidenkäytön syiksi Sanna on kertonut, että päihtyneenä on haus Kempaa. Muita syitä päihteidenkäytölleen Sanna ei ole tuonut esille keskustelujen aikana. Sannan kanssa on käyty läpi ”retkahduspäivän”

tunteita, ajatuksia ja hänen toimintaansa päivän aikana. Sanna pystyi tarkastelemaan omia tuntemuksiaan, sekä käytöstään päivän aikana hyvin. Hän osasi erottaa tiettyjä toiminta- ja käytösmalleja, jotka toistuvat näinä päivinä. Sanna pystyi myös luomaan erilaisia korvaavia toimintamalleja päiville, joina riski päihteidenkäytölle on suurin. Päihteidenkäytöstään huolimatta Sanna on pystynyt hoitamaan arkiaskareet, kuten koulunkäynnin ilman poissaoloja, pois lukien karkureissut. Sanna on ollut sitoutunut päihdearviotyöskentelyyn ja tapaamisiin. Tapaamisten aikana Sanna on ollut pääsääntöisesti yhteistyökykyinen ja vastannut hänelle asetettuihin kysymyksiin avoimesti. Päihdearvio tapaamisten aikana esille ei ole noussut aiheita, joista Sanna ei olisi halunnut puhua. Sannan asenne ja aktiivisuus päihdetyötä ja tapaamisia kohtaan on ollut myönteinen. Päihdearviotyöskentelyn näkökulmasta Sannan alkoholinkäyttö, juomamäärät, huumaavien aineiden kokeilut ja vanhempien henkilöiden seura ovat riskitekijöitä ikätason mukaisen kehityksen kannalta. Lisäksi kokeilun halu uusia päihteitä kohtaan on suuri ja tämä nähdään riskinä myös tulevaisuudessa. Päihdearvion jatkoksi tehtävä päihdetyöskentely nähdään Sannalle tarpeellisena ja suositeltavana.

Pohdinta

Nuoren päihdetyön tapaamisen kesto arviointijaksolla on keskimäärin 45–60 minuuttia ja tapaamisia on lopullisen toimintamallin mukaisesti viisi kertaa viiden viikon aikana. Meillä ei ollut selkeää käsitystä siitä kuinka paljon työaikaa päihdearvion tekeminen vaatii. Todellisuudessa yhden päihdearvion tapaamisen kestoksi voi laskea molemmille päihdetyöntekijöille liki kaksi tuntia, kun mukaan lasketaan tapaamisen valmistelu, purku ja raportointi. Pyrimme päihdearvioin ajallisen ja työntekijällekin henkisen kuormittavuuden vuoksi siihen, ettei useita päihdearvioita olisi päällekkäin vaan, että seuraava päihdearviointi aloitettaisiin vasta edellisen ollessa jo loppuillaan.

Nuoret ovat yksilöllisiä ja sen huomaa myös päihdearvion toteutuksessa. Kaikkien nuorten kanssa käydään päihdearvion tapaamisilla läpi samat asiat ja samat kysymyslomakkeet, tästä huolimatta päihdearvion tapaamiset voivat poiketa paljon toisistaan. Muun muassa nuoren asenne sijoitusta, päihdetyötä ja päihdetyöntekijöitä kohtaan, sekä päihdetyön tapaamiseen varattu tila vaikuttavat päihdearvion kulkuun. Kokemuksemme mukaan päihdetyöskentely arviointijaksolla kannattaa aloittaa vasta nuoren kotiututtua Komsioon ja totuttua työskentelemään useiden vieraiden ihmisten kanssa. Nuori oppii luottamaan uusiin aikuisiin ympärillään ja työskente-

lyn aloitus on näin helpompaa ja tuloksellisempaa, saamme tuolloin nuorelta rehellisempää tietoa päihteiden käytöstä. Tapaamisille varatulla tilalla on huomattu olevan suuri merkitys. Olemme pääsääntöisesti toteuttaneet päihdetyön tapaamiset Komsion pienessä neuvottelutilassa, joka on mielestämme soveltunut tähän työskentelyyn parhaiten. Pieni neuvottelutila on viihtyisä ja eikä siellä ole liikaa tilaa tai virikkeitä. Annoimme jokaisella tapaamisella nuoren ensimmäisenä meistä kolmesta valita itselleen mieluisen istumapaikan, jo näin pienellä eleellä mielestämme annoimme nuorelle tunteen, että häntä kuunnellaan ja hän voi vaikuttaa asioihin.

Päihdearvion tapaamiset ovat haastavia sekä nuorelle että työntekijälle. Nuori joutuu aikuisen kanssa keskustellen pohtimaan omaa päihteiden käyttöönsä ja sen syitä sekä sen aiheuttamia etuja ja haittoja. Päihteiden käytöstä johtuvia haittoja voivat muun muassa olla vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, useimmiten perheen keskuudessa, päihtyneenä aiheutetut tai aiheutuneet vahingot, mahdollinen seksuaalinen hyväksikäyttö, päihteiden käytön vaikutus taloudelliseen tilanteeseen, mahdolliset päihteiden hankinnasta aiheutuneet velat, rikokset yms. Päihdetyön ohjaajalle on haasteellista työstää näitä asioita nuoren kanssa.

On etuja toteuttaa päihdearvio parityönä. Työntekijät kuulevat ja huomioivat eri asioita eri tavoin. Tarkentavien pienten kysymysten esittäminen nuoren puhuessa viestittää nuorelle, että häntä kuunnellaan ja hänestä ollaan aidosti kiinnostuneita. Nuori on itse oman tilanteensa asiantuntija, vaikei sitä hallitsisikaan. Hänen sanomisia, kokemuksia tai tuntemuksia ei vähätellä. Luottamuksellisen suhteen luominen on tärkeää päihdearvion toteutumisen kannalta.

Mielestämme olemme saaneet kehitettyä toimivan, yhtenevän ja luotettavan toimintamallin päihdearviolle Komsion arviointijaksolla. Pystymme tarvittaessa hyödyntämään toimintamallia myös yksikön muiden nuorten kanssa tehtävään päihdetyöhön. Aiempi kokemuksemme päihdetyöstä ja työstä lastensuojelussa näkyy toiminnassamme. Päivitetty tieto ja kiinnostus päihdetyötä kohtaan vaikuttaa osaltaan arvioinnin kulkuun ja nuorten kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Lähteet

- Forsell, Martta & Virtanen, Ari & Jääskeläinen, Marke & Alho, Hannu & Partanen, Airi 2010: Huumetilanne Suomessa 2010. Yliopistopaino, Helsinki.
- Havio, Marja-Liisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi, 2008. Päihdetyönhoitotyö. Gummerus kirjapaino OY. Jyväskylä.
- Komsion perehdytyskansio. Kriisi- ja arviointiyksikkö Komsio.
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2008. Haasteena päihdeet, Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY. Oppimateriaalit OY, Helsinki.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>. Viitattu 29.7.2012
- Niemelä, Solja 2009: Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja: Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Niemelä, Solja 2010: Alkoholien vaikutukset nuoren elimistöön. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo. Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Niemelä, Solja 2010: Nuorten alkoholin ja muiden päihdeiden käytön yleisyys. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo: Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Niemelä, Solja 2010. Nuorten juomiskäyttäytyminen. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo: Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 29.7.2012.
- Päihdelinkki 2011. www.paihdelinkki.fi. Pikatieto. Cannabis. Osoitteessa: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Cannabis>. Viitattu 9.9.2012
- Päihdelinkki 2013. <http://www.paihdelinkki.fi/testit>. Viitattu 31.5.2013
- Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Kiianmaa, Kalervo 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.
- Soikkeli, Markku 6.4.2006. Huumeet ja laki. Mikä on huumausaine? <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/huumeet-ja-laki>. Viitattu 29.7.2012
- Sosiaaliportti. Lastensuojelun käsikirja 4.3.2011. Lapsen kiireellinen sijoitus. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/kiireellinsijoitus/>. Viitattu 29.7.2012
- Sosiaaliportti. Nuorten päihdemittari ADSUME:
http://www.sosiaaliportti.fi/File/2b161d33-964f-4631-861b-29808ee1d70e/NUORTEN+P%C3%84IHDEMITTARI_ADSUME_2011.pdf. Viitattu 31.5.2013
- Tacke, Ulrich 2012: Nuorten päihdeidenkäyttö. Terapia Fennica.fi. http://terapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten_p%C3%A4ihdeidenk%C3%A4ytt%C3%B6. Viitattu 30.7.2012

10 Päihteiden puheeksi ottaminen ja yhteistyö sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa Rovaniemellä

Maarit Ulkuniemi

Artikkeli kuvaa opiskelijoiden päihteiden puheeksiottoa ja päihdetyön yhteistyötä sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa. Päihteiden käytön tunnistaminen on haasteellista mutta yhtä haasteellista voi olla oman huolen puheeksi ottaminen. Opiskelijoiden monimutkaistuneet elämäntilanteet haastavat huolen puheeksi ottamiseen ja yhteiseen työskentelyyn huolen lievittämiseksi. Yhteistyö haastaa oppilaitoksia organisaatioina antamaan tilaa yhteiselle työskentelylle ja dialogisemmalle vuorovaikutukselle. Kirjoittajan näkökulma toisen asenteen päihdetyöhön on sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen kuraattorin rooli. Tavoitteena työssä on kokonaisvaltainen hyvinvointi, jossa tärkeää on sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen mahdollisimman varhain. Oppilaitoksen oma päihdestrategia, yhteisesti sovittu toimintamalli sekä toimivat yhteistyöverkostot ovat edellytykset työn onnistumiselle.

Oppilaitoksen päihdetyön perusta on lainsäädännössä, osin opetussuunnitelmiin ja oppilaitoksen järjestyssääntöön kirjattuna. Lainsäädännössä korostuu turvallisen ja terveellisen oppimisympäristön luominen sekä velvollisuus omaa terveyttä ja turvallisuutta uhkaavaan käyttäytymiseen puuttumiseen. Oppilaitoksen velvollisuutena on huolen herätessä tuen ja ohjauksen rakentaminen opiskelijalle. Kouluterveyskysely on nostanut esille nuoren elämän haasteita, joista erityisesti humalahakuinen juominen sekä huumeokeilut tuottavat huolta. Päihteiden puheeksi ottaminen ja varhainen puuttuminen ovat haasteena oppilaitoksissa. Haasteeseen on pyritty vastaamaan kehittämällä välineitä varhaiseen puuttumiseen oppilaitoksen sisällä ja verkostotyötä vahvistamalla.

Rovaniemen koulutuskuntayhtymän kouluuyhteisöjen päihdestrategia ja päihdetyön malli on laadittu vuonna 2002 moniammatillisen työryhmän toimesta. Päihdestrategian tavoitteena on päihdeongelmien ennaltaehkäisy, opiskelijan päihdeongelman tunnistaminen ja siihen puuttuminen sekä hoitoonohjaus. Päihdestrategian juurruttaminen oppilaitoksessa osaprojektissa kehitettiin oppilashuolto- ja opetushenkilöstön käyttöön toimivaa menettelytapaohjeistoa päihdeongelmaisen nuoren kohtaamiseen ja hoitoonohjaukseen oppilaitoksessa. Tavoitteena oli henkilöstön ja opiskelijoiden tietoisuuden vahvistaminen päihdestrategiasta sekä sitoutuminen päihteettömän oppimisympäristön luomiseen. (Kiistala toim. 2005, 17.) Moniammatillinen työryhmä on laatinut ehdotuksen Rovaniemen koulutuskuntayhtymän päihdetyön malliksi ammatillisen peruskoulutuksen tiimin (APEKO) toimeksiannosta. Liitteenä 1–3 olevaa mallia ei ole virallisesti vahvistettu.

Toisella asteella opiskeleva nuori on monenlaisten haasteiden edessä. Usealle opintojen aloittaminen merkitsee itsenäisen elämän alkua, koti ja lähiverkosto voivat olla kaukana ja omasta arjesta huolehtiminen on haasteellista. Nuorimmillaan toisen asteen koulutuksen aloittava on 15-vuotias ja oppilaitoksessa toimivien aikuisten tuki sekä aktiivinen yhteydenpito lähiverkostoon on tärkeää arjen hallinnan, oppilaitoksessa viihtymisen ja opintojen etenemisen varmistamiseksi. Nivelvaihe perusopetuksesta ammatillisiin opintoihin on suuri muutos. Kouluterveyskysely (2010) toi esille huolen toisella asteella opiskelevien nuorten terveystottumuksista: kaksi viidestä tupakoi päivittäin, vähän useampi joi itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa ja joka viides oli kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran (Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla 2010, 42).

Nuorten haasteisiin vastaaminen on haastanut oppilaitoksia hyvien yhteistyökäytäntöjen luomiseen sekä oppilaitoksen sisällä että verkostoyhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Oppilaitoksilla on merkittävä rooli ehkäisevässä päihdetyössä, koska ikäluokat ovat helposti saavutettavissa. Terveys- ja laillisuuskasvatus sekä päihdetietous ovat tärkeä osa ennaltaehkäisevää työtä. Oppilaitoksen opettajat, opiskelijat ja sidosryhmät tarvitsevat tietoa oppilaitoksen päihdetyömallista. Päihdetyömallin toimintaohjeistus rohkaisee henkilöstöä toimintaan huolen herätessä päihteiden käytöstä ja vahvistaa tunnetta, ettei kukaan jää huolen kanssa yksin.

Päihteiden käytön tunnistaminen on haasteellista mutta yhtä haasteellista voi olla oman huolen puheeksi ottaminen. Oppilaitoksen työskentely on pitkään perustunut erikoistuneeseen asiantuntijuuteen, jossa opettajan tehtävänä on opettaa. Huolen herätessä opiskelija ohjataan eteenpäin. Joskus voi käydä niin, että huoli herää mutta mitään ei tehdä. Opiskelijoiden monimutkaistuneet elämäntilanteet haastavat huolen puheeksi ottamiseen ja yhteiseen työskentelyyn huolen lievittämiseksi. Yhteistyö haastaa oppilaitoksia organisaatioina antamaan tilaa yhteiselle työskentelylle ja dialogisemmalle vuorovaikutukselle.

Näkökulmani toisen asteen päihdetyöhön on sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen kuraattorin roolista. Kuraattorin toimii sosiaalityön asiantuntijana kasvatus- ja opetustyön tukena ollen osa oppilaitoksen kokonaisuutta. Tavoitteena työssä on kokonaisvaltainen opiskelijahyvinvointi, jossa tärkeää on sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen mahdollisimman varhain. Työtä tehdään yksilöiden, työyhteisön ja verkostojen kanssa. Sosiaali- ja terveysalalla on omia erityispiirteitä niin hakeutumisen kuin opiskeluun soveltumattomuuden osalta (ns. sora-ammattit), ja se voi tuoda haasteita päihdeongelmiin ratkaisuja etsittäessä. Kuraattorin työtä on kuvattu ristiriitaiseksi ja tarpeen olevan suurempi kuin siihen asetetut resurssit. Yhteiskuntatieteellisen näkökulman tuominen ja eri sidosryhmien kanssa tehtävä yhteistyö ovat kuraattorin tehtävinä. Kuraattori on osa opiskelijahuoltoa ja tavoitteena on aina ollut opintojen etenemisen turvaaminen, ja valmistuminen ammattiin.

Oppilaitoksen päihdetyötä määrittävät lait ja ohjeistukset

Oppilaitoksen päihdetyön perusta löytyy laista. Laki ammatillisesta koulutuksesta (630/1998, 28 §) säättää jokaisen opetukseen osallistuvan oikeudesta turvalliseen opiskeluympäristöön. Turvallinen opiskeluympäristö on enemmän kuin oppilaitoksen tilat, siihen kuuluvat työssä oppimisen paikat sekä asuntolatoiminta.

1.1.2012 voimaan tullut SORA-ohjeistus toi muutoksia lakiin ammatillisesta koulutuksesta sekä ammatillisesta aikuiskoulutuksesta ja ohjeisti tilanteista, joissa opiskelijan voi velvoittaa esittämään huumausainetestiä koskevan todistuksen. Koulutuksen tai tutkinnon järjestäjä voi velvoittaa opiskelijan huumausainetestiin, mikäli on aihetta epäillä opiskelijan olevan huumausaineiden vaikutuksen alaisena opintoihin kuuluvissa käytännön tehtävissä tai työssä oppimisessa tai että opiskelijalla on riippuvuus huumeista. Testaamisen on oltava välttämätöntä opiskelijan toimintakyvyn selvittämiseksi laissa tarkemmin määritellyissä tehtävissä. Oppilaitoksissa on monijäseninen SORA-toimielin, jossa mukana ovat opiskelijoiden sekä työelämän edustajat. (Opetushallitus, oppaat ja käsikirjat 2013:1, 66.)

Lastensuojelulaki (417/2007, 25§) velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon, opetus-, nuoriso- ja poliisitoimen, seurakunnan tai muun uskonnollisen yhdyskunnan palveluksessa tai luottamustoimessa olevat henkilöt viipymättä ilmoittamaan salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuollosta vastaaville toimielimille, jos he tehtävässään ovat saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttävät lastensuojelutarpeen selvittämisen. Päihdehuoltolaissa (41/1986, 9§) painotetaan yhteistoimintaa päihdehuol-

lon, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutoimen kesken. Huumausaineiden hankkiminen, valmistaminen, hallussapito, käyttäminen ja myyminen tai muulla tavalla levittäminen ovat huumausainerikoksia. Poliisille tulee ilmoittaa hankkeilla olevasta törkeästä huumausainerikoksesta. Alaikäisille välittäminen on törkeä huumausainerikos (626/1996).

Oppilaitoksen järjestyssääntöihin on kirjattu menettelytapaohjeet järjestyssääntörikkomuksissa sekä kurinpitorangaistukset. Järjestyssääntöjen tavoitteena on luoda perusta turvallisuudelle ja viihtyvyydelle sekä yhtäläiseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun (Lapin ammattiopiston järjestyssäännöt, rehtorin päätös A70/2011). Oppilaitoksen alueella opiskelija, vierailija tai henkilökuntaan kuuluva ei saa olla tai oleskella päihteiden tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena vaan hänet on poistettava päihdestrategian ja hoitoonohjausmenettelyn ohjeiden mukaisesti. Oppilaitos voi määrätä opiskelijan huumausainetestiin laissa säädetyissä erityistapauksissa (951/2011). Opiskelijan kieltäytyessä hoitoonohjauksesta tai hoidosta tai tilanteen vakavuuden niin vaatiessa asioida käsitellään kurinpitoasiana.

Oppilaitoksen opiskelijahuollon tavoitteena on hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen (479/2003, 37a §). Ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen puuttuminen, yhteistyö huoltajien kanssa sekä ohjaaminen tukea antaviin palveluihin rakentavat turvallisen oppimisympäristön. Opiskelijan vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen tuottaa osallisuutta ja edistää opintojen etenemistä. Tavoitteena on keskeytyneiden opintojen vähentyminen ja syrjäytymisen ehkäisy.

Opiskelijahuolto toimii moniammatillisena työryhmänä: opiskelija-terveydenhoitaja, kuraattori, opinto-ohjaaja, erityisopettaja ja koulutuspäällikkö. Työryhmään kutsutaan tarvittaessa asiantuntijoita. Yksittäisen opiskelijan asiaa käsitellään opiskelijan ja alaikäisen opiskelijan huoltajan ollessa läsnä tai kirjallisella luvalla asian käsittelyyn ilman asianosaisia. Tavoitteena on, että opiskelija olisi aina läsnä. Yhteistyö muotoutuu opiskelijan tarpeesta lähtöisin, tavoitteena on opiskelijan elämäntilanteen paraneminen, opiskelukyvyn ja elämänotteen vahvistuminen. Toiminta on suunnitelmallista ja pitemmällä aikajänteellä tapahtuvaa.

Moniammatillisessa työssä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Yhdessä työskentely tuottaa tuloksen, jota ei synny rinnakkain työskentelyssä. Yhteisen tiedon kokoamisen ja keskustelun seurauksena syntyy yhteinen, jaettu merkitys. Vuorovaikutustietoinen yhteistyö edellyttää vuorovaikutuskulttuurin tunnistamisen ja tietoisien pyrkimysten tiedon ja eri näkökulmien yhteen saattamiseen. Moniammatillista verkostoyhteistyötä oppilaitoksen näkökulmasta voidaan kuvata käsitteellä interprofessional (interdisciplinary), jossa asiantuntijat muodostavat yhdessä keskustellen yhteisen käsityksen ja räätälöidyn asiakaslähtöisen tavoitteen. (Isoherranen 2005.)

Yhteistyötilanteissa rakennetaan hyvinkin erilaisista näkökulmista yhteinen kokonaisnäkemys ja yhteinen tavoite. Erikoistuminen on tarpeen mutta ilman yhteiseen merkitykseen pyrkivää keskustelua, dialogia, kokonaisuus voi jäädä vain erillisistä osasista koostuvaksi. Dialogin avulla rakennetaan yhteistä, jaettua tietoa eri asiantuntijoiden vuorovaikutuksessa. Dialogin tavoitteena on uuden yhteisen ymmärryksen saavuttaminen; ymmärryksen, jota ei voi tavoittaa kukaan yksin. Yhteistyötilanteissa on tärkeää muistaa, että kullakin toimijalla on oma huolensa. Yhteistyötä tekevillä on oma perustehtävänsä ja erilainen lähestymiskulma. Huolet sivuavat toisiaan, voivat jopa tuottaa toisiaan. Lähestymiskulmia ei voi muuttaa mutta niitä voi monipuolistaa, oppia ymmärtämään lisää omasta lähestymiskulmasta. (Arnkil & Seikkula 2009, 89–95.) Yhteistyössä haasteena on sitoutuminen, jokainen joutuu miettimään mihin sitoutuu ja mihin ei. Ilman tätä ”yhteisestä asiakkaasta voi tulla ei kenenkään asiakas”.

Kuntatasolla Rovaniemen kaupungissa toimintaa ohjaa Mielenterveys- ja päihdeohjelma (2012–2016). Ohjelman taustalla on Mieli 2009 (STM) kansallinen suunnitelma, jossa tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen palvelujen käyttäjänä, ehkäisevään toimintaa panostaminen, palveluiden toteutuminen toimivina kokonaisuuksina sekä työn ohjauskeinojen vahvistaminen. Oppilaitoksen rooli on kaksijakoinen: lainsäädäntö sekä järjestyssäännöt edellyttävät kontrollointia. Opiskelijan velvollisuutena on olla läsnä ja suorittaa tehtävät annetuissa aikamääreissä. Oppilaitoksen tehtävänä on tarjota tukea ja rakentaa yksilöllisistä tarpeista lähtevä suunnitelma (hops/henkilökohtainen oppimissuunnitelma, hojks/henkilökohtainen oppimisen järjestämissuunnitelma) ja seurata sekä arvioida suunnitelman etenemistä tavoitteiden mukaisesti. Päihteiden käyttöön liittyvät menettelytapaohjeet perustuvat oppilaitoksen päihdestrategiaan ja päihdetyön malliin sekä järjestyssääntöön.

Kun huoli opiskelijasta herää...

Toisen asteen oppilaitoksessa opiskellaan ammattiin ja opiskelu on vapaaehtoista. Oppilaitoksella sekä opiskelijalla on yhteinen tavoite: valmistua ammattiin. Toisen asteen opinnoissa itsenäinen opiskelu on lisääntynyt ja vaatii opiskelijalta monenlaisten asioiden hallintaa. Usealle toinen aste tarkoittaa oman itsenäisen elämän aloittamista toisella paikkakunnalla. Arjesta, omasta taloudesta ja opinnoista huolehtiminen ovat nuorille isoja haasteita. Asuntola-asuminen tarjoaa turvallisen vaihtoehdon ja tuen alakäisille opiskelijoille mutta asuntola-asuminen ei opiskelijoita houkuttele, osin taustalla opiskelijoiden turvaksi luotujen sääntöjen vuoksi.

Oppilaitos edellyttää, että opiskelija on läsnä ja osallistuu opetukseen. Poissaolojen ja opintojen etenemisen seuranta ovat tärkeä osa opiskelijan

tuen tarpeen arviointia. Oppilaitoksilla on käytössään poissaolojen sähköinen seuranta perusopetuksen tavoin. Opiskelijoille on nimetty ryhmänohjaaja, jonka tehtävänä on seurata opintojen sujumista ja huolen herätessä olla yhteydessä vanhempiin sekä tukiverkoston oppilaitoksessa. Säännöllisesti toteutettavat hops-keskustelut ovat vuorovaikutustilanteita, jotka mahdollistavat opiskelijan kokonaistilanteen arvioimisen ja tarvittavan tuen rakentamisen. Arnkil (2012) kuvaa huolta kontaktitiedoksi, joka saadaan vuorovaikutussuhteen sisältä käsin. Vuorovaikutustilanteet opiskelijan kanssa opintojen eri vaiheissa ovat tärkeitä molemmin puolisen palautteen ja arvion mahdollistamiseksi mutta myös huolen puheeksi ottamiseen.

Poissaolot ja opintojen etenemisen seuranta ovat tärkeitä opiskelijan tilanteen arvioimiseksi, ja huolen puheeksi ottamiseen mitattavissa oleva perusta. Päihteiden käytön tunnistaminen voi olla haasteellista. Opiskelijoiden elämässä päihteiden käyttö voi olla monenlaista: kokeilua, satunnaiskäyttöä, viihdekäyttöä, suurkulutusta, varhaisvaiheen ongelmakäyttöä ja päihderiippuvuutta (Lappalainen-Lehto & Romu & Taskinen 2007, 45). Nuori ei helposti koe päihteitä ongelmaksi ja vähättelee käyttöä. Omien havaintojen puheeksi ottaminen ei ole helppoa, usein se koetaan toisen yksityisalueelle puuttumiseksi. Taustalla voi olla perinteinen ajatus opettajan tehtävän olevan vain opetus. Opettaminen on opettajan asiantuntijuutta ja oma rooli nähdään selkeästi vain tässä, kaikki muu kuuluu jollekin toiselle. Asia siirretään eteenpäin. Verkostotyön yhtenä lähtökohtana on pidetty sitä, ettei ole enää ketään kenelle asian voi siirtää, ja tämä johti erilaisten yhteistyötä edistävien menetelmien kehittämiseen (Arnkil & Seikkula & Eriksson 2001).

Huolen vyöhykkeistö on kehitetty nuorten, perheiden ja heidän kanssa työskentelevien työntekijöiden yhteistyön välineeksi. Vyöhykkeistö on antanut yhteisen kielen ja kannustaa tarttumaan omaan huoleen itselle apua pyytäen ja yhteistyön mahdollistaen. Huoli on aina subjektiivinen tunne, joka syntyy suhteessa ja tilanteesta tehtyjen havaintojen pohjalta. Huolesa on läsnä aiemmat kokemukset, suhde ihmiseen ja hänen verkostoonsa, omat voimavarat ja toimintamahdollisuudet. Tärkeä on muistaa, että huoli on aina huolta omista toimintamahdollisuuksista ja lähtökohta yhteistyön rakentamiselle sekä kommunikaatiolle yli rajojen. (Arnkil & Koskimies & Pyhäjoki 2012, 18–21.)

Olemme laaja-alaisen erityisopettaja Riitta-Liisa Töllin kanssa rakentaneet huolen vyöhykkeistön (Riitta-Liisa Tölli & Maarit Ulkuniemi 2011) toisen asteen opiskelijoille oppilaitoksen sääntöjen ja ohjeistuksen pohjalta. Kuraattorin työn kokemukseni pohjalta oppilaitoksessa kaivataan konkreettisia mittareita tilanteen arvioimisen tueksi. Tärkeää on, että mittarit ovat omien toimintamahdollisuuksien arvioimisen tukena, taustatietona ja keskustelun avaajana. Huolen vyöhykkeistö kuvaa koettua huolta ja etenemistä yhteistyötä kohden, huolen tunne on kokijalle tosi, ja sitä voi tutkia yhteistyössä toisten kanssa. Ymmärrys itsestä ja omista toimintamahdol-

lisuuksista voi kehittyä ottamalla huoli puheeksi ja jakamalla sitä toisten kanssa. Vyöhykkeistö auttaa jäsentämään huolen astetta, omia mahdollisuuksia auttaa sekä lisävoimavarojen tarpeen. (Arnkil & Koskimies & Pyhäjoki 2012.)

Minulla ei ole huolta opiskelijasta	Minulla on huoli opiskelijasta	Minulla on tuntuva huoli opiskelijasta	Olen erittäin huolissani opiskelijasta
	Huolen puheeksi ottaminen ja jakaminen	Verkoston koolle kutsuminen	Opiskelijan opintojen ja elämän tukemiseksi tarvitaan toimenpiteitä heti
<p>Suhtaudun luottavaisesti omaan mahdollisuuksiini ryhmän ohjaajana. Opiskelijan opinnot sujuvat.</p> <p>Opiskelijalla ei selittämättömiä poissaoloja.</p> <p>Koen yhteistyön sujuvana.</p> <p>Koen, että voimavarani ryhmäohjaajana kantavat ja olemassa olevat oppilaitoksen rakenteet (opinto-toimisto, koulu-terveydenhuolto, opinto-ohjaus, kuraattori, erityisopetus) vahvistavat selviytymistäni.</p>	<p>Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessäni opiskelijan opintojen sujumisesta. Opiskelijalla on selittämättömiä, luvattomia poissaoloja yli 3 koulupäivää. (3pv * 8h = 24h) Rästiopintoja ja hylättyjä opintosuorituksia alkaa kertymään. Otan huoleni puheeksi opiskelijan kanssa ja konsultoin opiskelija-huoltoa (kuraattori, erityisopettaja, opinto-ohjaaja, terveydenhoitaja).</p> <p>Tehostan opiskelijan opintojen seuranta yhteistyössä opiskelija-huollon kanssa ja keskustelen opiskelijan kanssa tilanteesta sovittuna ajankuluttua (viimeistään kahden viikon kuluttua).</p> <p>Luottamus omaan ryhmäohjaajan toimintamahdollisuuksiin on hyvä. TUKIVERKOSTO!!!</p>	<p>Opiskelijalla on selittämättömiä ja luvattomia poissaoloja kouluviikon verran (5pv*8h= 40h) Rästiopinnot ja hylätyt opintosuoritukset uhkaavat työssä oppimiseen lähtemistä tai seuraavaan opintovaiheeseen etenemistä. Keskeyttämis- ja eroamishuoli olemassa. Sovimme verkoston koolle kutsumisesta opiskelija-huoltohenkilöstön kanssa (vastuu verkoston koolle kutsumisesta opiskelija-huollon työntekijällä). Opiskelijan opintoja koskevan huolen ilmaiseminen ja tukitoimenpiteiden etsiminen eri toimijoiden yhteistyönä. Tukemisen toimintasuunnitelman määrittäminen ja tukitoimien toteuttamisesta sopiminen (räätelöity polku, HOJKS): miten toimitaan opiskelijan tukemiseksi?, työnjako: mitä itse kukin tekee?; ajoitus: millä aikataululla toimitaan? seuranta; milloin asiaa arvioidaan uudestaan ja millä kokoonpanolla?</p> <p>Jokaisesta poissaolosta vaaditaan terveydenhoitajan tai lääkärin todistus. Luottamus omaan ryhmäohjaajan toimintamahdollisuuksiin heikkenee. Omat voimavarat ehtymässä. TUKIVERKOSTO!!!</p>	<p>Opiskelijalla selittämättömiä ja luvattomia poissaoloja kahden viikon verran (10pv * 8h= 80h). Huolta opiskelijan opinnoista on paljon ja jatkuvasti, huoli on erittäin suuri. Opiskelijan rästiopinnot ja poissaolot estävät työssä oppimiseen siirtymisen ja seuraavaan opintovaiheeseen etenemisen. Opiskelijan opiskelukyky on vaakalaudalla. Keskeyttämis- ja eroamishuoli ilmiselvää. Opiskelijan tukiverkosto kutsutaan koolle sopimaan parhaasta mahdollisesta jatkosuunnitelmasta. Oppilaitoksen keinot erittäin vähäiset ja tavoitteena ohjata parhaan mahdollisen avun piiriin.</p> <p>Lisävoimavaroja, kontrollia ja muutos tilanteeseen saatava oppilaitoksen ulkopuolelta.</p>

Riitta-Liisa Tölli ja Maarit Ulkuniemi

Kuvio 1. Huolen vyöhykkeistö oppilaitoksessa 13.5.2011

Oppilaitoksessa jokainen on vastuussa turvallisen oppimisympäristön rakentamisesta ja huoli hyvinvoinnista on jokaisen vastuulla. Toimijoiden erilaiset roolit suhteessa opiskelijaan mahdollistavat erilaisia vuorovaikutustilanteita. Toisella asteella ryhmänohjaajilla on tärkeä rooli. Ryhmänohjaajat käyvät säännöllisesti Hops-keskustelut opiskelijan kanssa, ja tavoitteena on opiskelijan huomioiminen kokonaisvaltaisesti, ei vain opintojen näkökulmasta. Ryhmänohjaajalla on hyvä havaintopaikka ryhmänsä yksilöihin sekä ryhmän toimintaan yhdessä. Herkkyys havaita muutoksia sekä tuen tarpeen tunnistaminen vahvistavat ryhmän luottamusta ohjaajaan ja avoimen ilmapiirin syntymistä. Poissaolojen sekä opintojen etene-
misen seuranta mahdollistavat varhaisen puuttumisen sekä tuen. Arnkil ja Seikkula (2009) kehottavat huolen herätessä ennakoimaan, mitä tapahtuu, jos et tee mitään, mitä voisit tehdä toisin ja mitä seuraa, jos teet toisin.

...on se otettava puheeksi

Huolen puheeksi ottaminen haastaa oppilaitoksen sisäisen yhteistyön sekä yhteistyön verkoston toimijoiden kanssa. Postmodernissa yhteiskunnassa korostuu tiedon ja vuorovaikutuksen sosiaalinen sidonnaisuus. Yksilöä tarkastellaan aiempaa enemmän hänen sosiaalisista yhteyksistään käsin ja tieto rakentuu vuorovaikutuksessa, jossa eri osapuolet vaikuttavat vastavuoroisesti toinen toisiinsa. Kieli ja puhe ovat vuorovaikutuksen keskeisiä välineitä. Tiedon paljous, nopea uusiutuminen haastaa eri asiantuntijoita entistä enemmän yhteistyöhön, jossa asiakkaalla on keskeinen rooli. (Isoherranen 2005.)

Mönkkönen (2001) on tarkastellut sosiaalisen vuorovaikutuksen tasoja asiakassuhdetta kuvaavissa tarinoissa. Ensimmäisellä tasolla ”ollaan tilanteessa”, vuorovaikutusta ei synny eikä sille haluta antaa mahdollisuutta. Pohjola (1999) käyttää sanaa ohitus merkityssisällöltään ohuista ja ilmeettömistä tapaamisista; yhteistyösuhde ei rakennu. Mieleen tulee tilanteita nuorten kanssa, jossa opettaja on ohjannut opiskelijan kuraattorin puhuteltavaksi. Jo lähtökohtaisesti tilanne on vuorovaikutuksen ja luottamuksellisen suhteen syntymisen kannalta aika heikko. Sosiaalinen vaikuttaminen kuvaa toista tasoa; vuorovaikutus on yksisuuntaista ja toisen toimintaan voidaan vaikuttaa vastaamattomuudella. Mönkkönen (2001) jakaa sosiaalisen vaikuttamisen kahteen näkökulmaan: asiantuntija- ja asiakaskeskeiseen, koska työssä asiakkaiden tai kasvatuksen parissa toisella osapuolella on asemansa perusteella enemmän valtaa. Kieli, ammatti-termit ja rutiinit on yksi keskeinen asiantuntijavallan väline, asiakkaan ja työntekijän ajatusmaailmat eivät kohtaa ja toiminnasta tehdään tulkintoja ja asetetaan tavoitteita omien näkökulmien perusteella. Asiakaskeskeisyys

lähtee asiakkaan tarpeista mutta se on mahdollista vain tiettyyn rajaan asti. Vuorovaikutuksessa on tärkeää, että molemmilla osapuolilla on väliä, mitä pidetään dialogisen vuorovaikutuksen perusedellytyksenä. Aidossa dialogissa ei ole valmista ratkaisua vaan se rakentuu vuorovaikutuksessa yhdessä toimien. (Mt., 2001.)

Kolmatta tasoa kuvaa käsite peli. Molemmilla on mahdollisuus vaikuttaa suhteeseen ja molemmilla on tavoite mutta ne eivät välttämättä ole yhteneväisiä. Toimijat ovat tietoisia toistensa tavoitteista vaikka toimintaa ohjaavat tekijät eivät tule avoimesti esille, molemmat käyttävät valtaa. Yhteistyö kuvaa tasoa, jossa osapuolet jakavat yhteisen päämäärän ja tarvitsevat toisiinsa etenemiseksi, vuorovaikutus on vastavuoroista ja parhaimmillaan vailla ehdotonta tietämistä. Yhteistoiminta edellyttää yhteistä päämäärää ja yhteistä tietämistä, sosiaalista tietoisuutta, johon liittyy luottamus. Asiakastyössä kysymykset ovat parempia kuin vastaukset eikä toisen toimintaa voi täysin ennakoita. (Mönkkönen 2001.)

Kuraattorityö on rakennettu opetus- ja kasvatustyön tueksi oppilaitoksiin. Toisella asteella ei vielä ole subjektiivista oikeutta kuraattoritoimintaan vaikka opiskelijat ovat alaikäisiä opintojen alkaessa. Esitys opiskelijahuoltolaista muuttanee tilannetta (HE oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi 11/2012). Oppilaitoksessa ennaltaehkäisevä työ sekä varhainen puuttuminen ovat olleet haasteena jo pitkään. Kuraattorityö on valitettavan usein muun sosiaalityön lailla korjaavaa toimintaa. Opiskelijat ohjautuvat kuraattorin luokse valitettavan myöhään ja kuraattorityö nähdään usein hyvin suppeasti taloudellisen tuen näkökulmasta. Osa ohjautuu pakotettuna, puhutteluun poissaoloista eikä se tarjoa hyvää lähtökohtaa yhteistyölle monimutkaistuneissa tilanteissa. Arnkil ja Seikkula (2009, 41) nimittävät tätä kontrollitehtävän delegoinniksi. Tuki ja auttaminen nähdään myönteisenä tehtävänä ja kontrolli, valvominen ja rajoittaminen kontrolliammatillaisen tehtävänä. Huolta tuottavien asioiden puheeksi ottaminen siirretään jollekin toiselle. Luottamuksen rakentuminen on yhteistyön välttämätön elementti ja ilman sitä muutoksen aikaansaaminen on vaikeaa, ellei ehdotonta. Päivi Rautiota lainaten: ”tärkeämpää kuin se, että asiakas on luotettava, on se, että työntekijä on luotettava”. Tämän olen pyrkinyt toiminnassani muistamaan. Kuraattorin työssä on sekä kontrollin että tuen elementit mutta ne eivät ole toisiaan poissulkevia. Nuorten kanssa työskennellessä kontrolli on välttämättömien rajojen asettamista. Sen avulla voidaan vahvistaa ja tukea nuorta ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan. (Kananoja & Lähteinen & Marjamäki 2011, 139–140.) Tuki ja kontrolli ovat voimauttavia ja/tai alistavia. Voimauttava auttaminen ei tuota avuttomuutta mutta alistava tekee riippuvaiseksi avusta. Voimauttava kontrolli lisää mahdollisuuksia oma-kohtaiseen hallintaan, alistava heikentää itsemääräämistä. (Arnkil & Seikkula 2009, 42.)

Kuraattorin työn tavoitteena on opiskelijahyvinvoinnin edistäminen. Työtä tehdään yksilöiden, työyhteisön ja sidosryhmien kanssa. Opiskelijan hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita ovat arjen sujuminen, toimintakykyisyys sekä valmiudet ryhmässä toimimiseen. Opiskelijoiden kuulluksi tulemiseen on kiinnitetty erityistä huomiota viimeisten vuosien aikana. Oppilaskuntien ohelle oppilaitoksiin ovat tulleet opiskelijaraadit, jossa arkeen ja opiskeluun liittyvät asiat ovat kaikkien yhteisiä. Yhteistyö huoltajien kanssa on vahvistunut ja kynnyksellä molemminpuoliseen yhteydenottoon on madaltunut. Huoli päihteistä haastaa yhteistyöhön ja yhteistyö on välttämätöntä nuoren tukemiseksi. Luottamus on keskeinen sosiaalisen pääoman elementti ja merkittävä tekijä opiskelija- ja oppilaitoshyvinvoinnille.

Yhteistyökumppanina Romppu

Huolen herätessä päihteiden käytöstä ja tukea antaviin palveluihin ohjaamisessa opiskeluterveydenhuollolla on tärkeä rooli. Opintojen alkaessa jokainen opiskelija on oikeutettu kokonaisvaltaiseen terveystarkastukseen, jonka yksi osa-alue on päihteiden käytön arviointi. Opiskelu on nuoren työtä ja opiskelulla on tärkeä merkitys syrjäytymisen ehkäisemisessä. Opiskeluterveydenhuolto on kehittänyt menetelmiä ja ottanut käyttöön mittareita päihteiden käytön tunnistamiseksi. Varhaisen puuttumisen kannalta nämä ovat hyviä työvälineitä ja helpottavat puheeksiottamista.

Toisen asteen opiskelijoiden merkittävin yhteistyökumppani päihteiden käytön tai erilaisten riippuvuuksien osalta on Romppu. Paikka on tarkoitettu alle 25-vuotiaille nuorille ja palvelee ”matalan kynnyksen” toimijana, jonka taustayhteisönä on Rovalan settlementti. Asiakkuuteen ei tarvitse olla lähetettä ja avun tarpeen voi laukaista huoli omasta päihteiden käytöstä tai läheisen ongelmista. Toisen asteen opiskelijat ovat ikäryhmältään pääsääntöisesti Romppun asiakkuuden piiriin kuuluvia.

Romppuun voi jokainen tuen tarpeessa oleva olla yhteydessä ja saada apua ongelmiin. Toiminta on luottamuksellista eikä oppilaitoksella ole tai voi olla tietoa asiakkuudesta. Päihdeongelma väistämättä heijastuu opiskeluihin, joko opintojen etenemisen hidastumisena tai poissaoloina, ja nämä tekijät ovat yhteistyötä mahdollistaneita asioita. Opiskelijalle on tärkeää opiskelupaikan pitäminen ja se on yksi tärkeä tekijä hoitoon motivoimiseksi, valitettavasti ei kuitenkaan kokemukseni mukaan riittävästi. Useimmin käyttö on jatkunut pitkään ja haittaa tavallisessa arjen rooleissa suoriutumisesta.

Huolen herätessä päihteiden käytöstä opiskelija ohjataan Romppuun, yleensä kuraattorin tai opiskeluterveydenhoitajan toimesta. Ensimmäinen käynti voidaan tehdä yhdessä. Yhteistyössä mukana ovat opiskelijan tuki-

verkosto (huoltajat, poikaystävä, muu tukiverkosto: jälkihuollon ohjaaja, sosiaalityöntekijä) sekä oppilaitoksen edustaja. Yhteistyössä tärkeää on miettiä, minkälaisen palvelujen avulla voidaan opiskelijaa parhaiten auttaa ja mihin hän itse on valmis. Yleensä opiskelija saa maksusitoumuksen terveydenhuollosta laitoslaksolle kotipaikkakunnan ulkopuolelle. Laitosmuotoinen jakso on osa kokonaisvaltaista hoitoa ja siitä sovittu opiskelijan ja oppilaitoksen tekemässä hoitoonohjauksopimuksessa. Tavoitteena on tukea opintoihin palaamista ja tutkinnon loppuun suorittamista.

Pohdinta

Rovaniemi kuntana on ollut aktiivinen kehittämään varhaista avointa yhteistyötä palvelukulttuurin kaikilla toiminnan tasoilla ja mukana kehittämässä varhaisen avoimen yhteistyön eettisiä periaatteita Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman Varpu-verkoston kanssa 2008–2011. Eettiset toimintaperiaatteet edistävät varhaista avointa yhteistyötä ja puheeksi ottamista. Varhainen puuttuminen ei tarkoita sitä, ettei yhteisiä palveluja tarvita vaan yhteiset palvelut ovat varhaisen puuttumisen perusta. Huolen herätessä huoli otetaan puheeksi ja yhteistyö on jokaisen vastuulla, läheisverkostot ovat yhteistyön tärkeä osa. Yhteistyö on avointa, osallistavaa vuoropuhelua, jossa jokaisella on mahdollisuus kuunnella ja tulla kuulluksi ketään leimaamatta tai yksin jättämättä. Yhteistoiminnan tavoitteena on itsenäisyyden ja elämänhallinnan kasvu, tuen ja kontrollin yhdistäminen: ei auttaminen tai alistaminen avuttomaksi. Eettiset toimintaohjeet painottavat rakenteellisiin, ongelmien kasautumista edistäviin yhteiskunnallisiin tekijöihin vaikuttamista. (Arnkil ym. 2012, 16–23.)

Asiantuntijuus on kohdannut haasteita työmuotojen kehittyessä tiimi- ja verkostotyöksi. Asiantuntijuuden perustuminen koulutukseen ja kokemuksen kautta hankittuun hiljaiseen tietoon on ollut yksilön ominaisuus. Kokonaistavoitteen ollessa yhteinen jokaisen yksilön tieto on osa vuoro-vaikutuksessa rakentuvaa kokonaisuutta eli jaettava asiantuntijuutta. Taito prosessoida tietoa yhdessä, monen näkökulman ja arvomaailman yhteinen näkemys muodostaa jaetun sosiaalisen kognitio (Isoherranen, 2005.) Oppilaitoksessa kehittämistyötä tehdään usein erilaisten hankkeiden tuella. Omassa toimipisteessäni kahden viime vuoden aikana hankkeiden painopisteenä on ollut varhainen puuttuminen, huolen puheeksi ottaminen sekä opiskelijahyvinvoinnin tukeminen läpäisyn tehostamiseksi. Huoli opiskelijoista on yhteinen ja hankkeiden avulla voidaan kehittämistyötä toteuttaa. Haasteena on, että hankkeen hyvät käytänteet jäävät työn arkeen eivätkä vain hankkeen aikana toteutuvana toimintana.

Toisen asteen oppilaitos yhteisönä on suurten haasteiden edessä itsenäistä elämää aloittavien nuorten kouluttajana. Opiskelu on vapaaehtoista mutta yhä enemmän yhteiskunta asettaa tavoitteeksi sen, että jokaisella nuorella olisi opiskelupaikka työelämään siirtymisen turvaamiseksi. Opiskelijat ovat monenlaisten haasteiden edessä, itsenäistyminen ja oman elämän aloittaminen ajoittuvat usein ammatillisten opintojen vaiheeseen. Vaiheessa, jossa kokeillaan omia rajoja ja usein itselle vahingollisella tavalla.

Oppilaitoksen perinteinen rooli ammattiin opettamisesta on laajentunut eikä opiskelijaa voida tarkastella vain opintojen kautta. Yhä enemmän puhutaan opiskeluhuvinnoinnista, mikä edellyttää opiskelijan tilanteen kokonaisvaltaista tarkastelua huolen herätessä ja rohkeutta ottaa asia puheeksi. Puheeksi ottamisella ja yhteistyön rakentamisella on merkitystä työssä jaksamisen kannalta. Opiskelijan ja työntekijän hyvinvointi ovat sidoksissa toisiinsa ja valmius ottaa huoli puheeksi vahvistaa molempien hyvinvointia. Puheeksi ottaminen käynnistää yhteistyön eri toimijoiden kanssa ja mahdollistaa vertaistuen. Oppilaitoksen päihdestrategian tuntemus sekä yhteisesti sovittu toimintamalli luo turvallisuutta oppilaitosyhteisössä, ja se on jokaisen yhteisön jäsenen asia.

Lähteet

- Arnkil, Tom Erik & Koskimies, Mimosa & Pyhäjoki, Jukka 2012: Hyvien käytäntöjen dialogit. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko 2009: Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isoherranen, Kaarina 2005: Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Vantaa. Jokela, Jukka & Kinnunen, Topi & Lommi, Anni & Luopa, Pauliina 2010: Nuorten hyvinvointi Suomessa 2010. Yliopistopaino. Helsinki.
- Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim): Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma Oy.
- Mikkonen, Paula & Tikkala, Pirjo & Veijonaho, Sirkka 2005: Päihdestrategian juurruttaminen oppilaitoksessa. Teoksessa Kiistala, Maria (toim.): Huumereitiltä hoitoketjuun -hankkeen artikkelikokoelma. Painatuskeskus Finland.
- Pohjola, Anneli 1999: Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.): Verkostoituva asiakastyö. Tammer-Paino Oy. Tampere. Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007: Haasteena päihdeet. WSOY.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa & Seikkula, Jaakko: Avoimet dialogit ja ennakointidialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. Yhteiskuntapolitiikka 2/2001
- Mönkkönen, Kaarina 2001: Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. Yhteiskuntapolitiikka 5/2001
- Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998
- Muutokset lakiin ammatillisesta koulutuksesta 479/2003, 951/2011
- Lastensuojelulaki 417/2007
- Päihdehuoltolaki 41/1986
- Rikoslaki 626/1996
- Päihdetyön moniammatilliset erikoistumisopinnot/luennot

11 Ennalta ehkäisevää päihdetyötä nuorten parissa Kuusamossa

Marja-Leena Heiskanen

Artikkeli tarkastelee nuorten parissa tehtävää ehkäisevän päihdetyötä ja sen kehittämistä Kuusamossa. Artikkelin perustuu Kuusamon ennaltaehkäisevän päihdetyöryhmän jäseniltä kerättyyn haastatteluaineistoon, jossa kartoitettiin ehkäisevän päihdetyön keinoja ja kehittämisen tarpeita. Ennaltaehkäisevän työryhmän jäsenet tulevat eri toimialoilta kuten terveystoimesta, sosiaalitoimesta, poliisista, seurakunnasta, päihdetyöstä, koulutoimesta, järjestöistä ja nuorisotoimesta. Kehittämistyön perustana on näkökulma, jonka mukaan päihdehaittojen ehkäiseminen ja vähentäminen paikkakunnalla vaatii rakenteita, johtamista, resursseja, osaamista ja ennen kaikkea yhteistyötä.

Päihdetyö on tärkeä osa kuntien laaja-alaista hyvinvointityötä, joka edellyttää usean hallinnonalan ja toimijan sitoutumista ja yhteisiä ponnistuksia. Päihdetyö ei ole vain kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Päihdetyötä tehdään myös oppilaitoksissa, nuorisotyössä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnassa, yhdyskuntasuunnittelussa sekä elinkeinoelämässä. Järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on päihdetyössä omat tehtävänsä. (Pylkkänen ym. 2009, 9.)

Ennaltaehkäisevä päihdetyö on toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihteettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmiön ymmärrystä ja hallintaa. Ehkäisevää päihdetyötä on myös perus- ja ihmisoikeuksien edistäminen päihteisiin liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisevän päihdetyön keinoin pyritään vähentämään päihteiden kysyntää, saatavuutta ja tarjontaa sekä haittoja. Ennaltaehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja niiden riskitekijöihin sekä päihteiden käyttöön ja

käyttötapoihin. (Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus 2005 & Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2010.)

Ennaltaehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, jota tehdään koko yhteiskunnassa. Laaja-alainen ehkäisevä päihdetyö kuuluu olennaisena osana terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen näkökulmasta on luontevaa jäsentää eri hallinnonalojen yhteistyömahdollisuuksia päihdehaittojen ehkäisyssä. Laadukas ehkäisevä päihdetyö edellyttää toiminnan ohjausta myös toimijajoukon laajuuden ja resurssien vähyyden takia. Päihdehaitat eivät kuormita vain päihdetyön erityispalveluita, vaan koko kunnallista palvelujärjestelmää. Päihteiden kulutuksen kasvu näkyy lisääntyneinä sosiaalisina, terveydellisinä ja turvallisuuteen kohdistuvina haittoina. Päihdehaittojen kustannukset voidaan kääntää laskuun ainoastaan panostamalla laadukkaisiin päihdepalveluihin ja usean eri toimijan yhteistyönä tehtävään ehkäisyyn. Laadukkaalla päihdetyöllä vähennetään muiden palveluiden tarvetta ja saadaan aikaan säästöjä. Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan työtä, jonka päämääränä on kansalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen. Tiedotus tai valistus päihteistä ja niiden riskeistä on osa ehkäisevää päihdetyötä. (Strand 2011, 12.)

Primaaripreventiolla tarkoitetaan koko väestöön tai yleisryhmiin kohdistuvaa toimintaa. Tällöin pyritään vaikuttamaan ongelmia aiheuttaviin olosuhteisiin, yritetään poistaa riskitekijöitä tai pyritään muuttamaan ihmisten käyttäytymistä haluttuun suuntaan. Tavoitteena on vaikuttaa myös asenteisiin ja mielipiteisiin. Primaariprevention päämääränä voi olla elämänasenteen, itsenäisen päätöksenteon tai sosiaalisten taitojen vahvistaminen. Yhteistyötahoja primaaripreventiossa ovat koulut ja vanhemmat. (Ruokonen 2004, 15.) Päihdevalistuksen ja kasvatuksen avulla pyritään lisäämään päihteisiin sekä niiden käyttöön ja haittoihin liittyvää tietoutta, sekä edistämään yksilön elämänhallintaa. Koulussa tehtävä ehkäisevä päihdetyö liittyy suurelta osin juuri primaaripreventiona pidettäviin toimenpiteisiin. Koulun päihteidenkäyttöä ehkäisevä rooli toteutuu koulun terveystiedon ja terveystieteiden ja laillisuuskasvatuksen kautta. Tällöin kouluissa tehtävä työ on osa laajempaa kokonaisuutta, jonka yhtenä tavoitteena on ehkäistä päihteidenkäytön aloittaminen ja lisäksi tarjota terveyden edistämiseen liittyviä tietoja ja taitoja. (Kylmänen 2006, 14.)

Sekundaaripreventiolla pyritään puolestaan vaikuttamaan jo olemassa olevaan terveyshaittaan. Vaikuttaminen tapahtuu haitan varhaisvaiheessa. Sekundaaripreventio keskittyy riskiryhmiin ja niihin, jotka ovat päihteidenkäyttöä jo kokeilleet. Yksi muoto varhaisvaiheessa puuttumisesta on etsivä työ. Etsivää työtä tekevät erityisesti nuorisotyöntekijät. Sekundaaripreventiossa yhteistyötahoja ovat mm. omaiset, järjestöt ja viranomaiset. Koulussa päihteidenkäytön varhainen havaitseminen, käyttöön puuttuminen ja hoitoonohjaus toteutetaan yhteistyössä kotien ja koulun oman oppilashuollon

kanssa. (Ruukonen 2004, 16; Kylmänen 2006, 15.) *Tertiaaripreventiolla* tarkoitetaan käytännössä jo vakavan riippuvuuden hoitamista, mikä edellyttää fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista kuntoutusta. Tertiaaripreventiolla voidaan pyrkiä myös rajaamaan sairauden tai käyttäytymishäiriön oireita. Toimijatahoina ovat erilaiset hoitopalvelut. (Ruukonen 2004, 18; Kylmänen 2006, 15.)

Ennaltaehkäisevä päihdetyö koskettaa kaikkia paikkakunnalla; kunnan toimijoita, kuntalaisia, alkoholielinkeinoja, valvontaviranomaisia ja kolmannen sektorin toimijoita. Tuloksellinen ehkäisevä päihdetyö edellyttää usean hallinnonalan ja toimijan sitoutumista ja selkeitä tavoitteita. Toimivissa rakenteissa kunta- ja seutuhallinnon toimijat, eri viranomaistahot, elinkeino ja kolmas sektori ovat tietoisia toistensa työstä ja toimivat koordinoidussa yhteistyössä.

Ennalta ehkäisevän päihdetyön työryhmän tavoitteena on tavata noin kaksi kertaa vuodessa. Työryhmään kuuluu vaihteleva määrä jäseniä, keskimäärin n. 18 henkilöä. Aineisto on kerätty kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn saatiin vastauksia usealta eri toimialalta kuten poliisiviranomaiselta, opetustoimesta sekä koulukuraattorin työn näkökulmasta että koulun johtamisen näkökulmasta, opiskelijaterveydenhuollosta, nuorisotyön palveluista sekä päihdetyön- ja järjestötoimen puolelta. Kyselyyn vastasivat ylikonstaapeli poliisista, oppilaanohjaaja/koulukuraattori koulutoimesta, terveydenhoitaja opiskelijaterveydenhuollosta, päihdetyöntekijä päihde- ja mielenterveystyöstä, projektipäällikkö ja nuorten työpajavastaava opetus- alalta, nuorisosihteri nuorisopalveluista sekä rehtori kasvatus- ja sivistystoimialalta.

Ennaltaehkäisevän päihdetyön nykytilanne Kuusamossa

Ennaltaehkäisevää päihdetyötä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Työntekijöiden työnkuvat ja toimintaympäristöt olivat hyvin monipuolisia ja työn kuvasta ja toimintaympäristöstä riippuen määräytyivät myös jokaisen työtehtävät ehkäisevän päihdetyön alueella. Esimerkiksi ennaltaehkäisevä päihdetyö on mukana lähes kaikissa poliisin suorittamissa tehtävissä, joissa alkoholi on mukana. Koulutyössä ennaltaehkäisevä päihdetyö näkyy kaikessa perustyössä, jossa vahvistetaan nuoren itsetuntemusta, tuetaan kehitystä ja kannustetaan tekemään oman hyvinvoinnin kannalta hyviä ratkaisuja elämässä. Yksilö-, pienryhmä- ja luokkatasolla ennaltaehkäisevän päihdetyön työotteen huomioiminen näkyy ohjauskeskusteluissa. Kouluisa toteutetaan ennaltaehkäisevään päihdetyöhön liittyviä tapahtumia esim. 7. lk. Camera Obscura, 8. lk. päihdelabyrintti ja 8–9 luokille Hannu Joren luennot lukuvuonna 2011–2012. Lisäksi ennaltaehkäisevä päihdetyö näkyy

terveystiedon opetuksen sisällöissä. Opiskelijaterveydenhuollossa ennalta ehkäisevää päihdetyötä tehdään joka päivä jokaisen terveystarkastuksen yhteydessä, esimerkiksi käymällä opiskelijan kanssa läpi hänen mahdollinen päihteenkäyttönsä: tietoa päihneiden haitoista ja motivointia lopettamaan, jos käyttöä on. Terveystietäjä on myös kontrolli- ja keskustelukäyn- tejä opiskelijoiden kanssa. Päihdeyksikössä, jossa asiakastyö on osaltaan ennalta ehkäisevää työtä, pyritään vaikuttamaan ennalta ehkäisevästi päih- teiden käyttöön erilaisin hoidollisin menetelmin. Järjestötyössä perusteh- tävään liittyi päihdevalistusta nuorille. Nuorisotyössä ennaltaehkäisevän työmenetelmä on käytössä päivittäin, sillä päihitteet saavat aikaan keskuste- lujä nuorten kanssa. Nuorisotyössä on käytössä Walkers-menetelmä, johon panostetaan kerran viikossa.

Ennalta ehkäisevän päihdetyön jäsenet tekivät yhteistyötä monen toi- mijatahon kanssa jo nyt ja yhteistyötä tehtiin toimintaympäristön- ja asiak- kaan tarpeista käsin. Poliisin työssä yhteistyötahoja olivat nuoriso-, kou- lu, sosiaali-, päihde- ja seurakunnan työntekijät sekä vapaaehtoissektorin kanssa kuten Walkers ja Keltainen Partio. Kouluissa tehtiin yhteistyötä perheiden ja opettajien sekä muun koulun henkilökunnan kanssa kuten terveydenhoitajan. Lisäksi yhteistyötahoja olivat perheneuvola, päihde- yksikkö, lastensuojelu, poliisi, seurakunta, nuorisotyö ja Oivangin nuoriso- keskus, yritykset, järjestöt, hankkeet yms. Myös toiset koulut ja oppilaitokset olivat tärkeitä yhteistyötahoja. Tarvittaessa ja tarpeen mukaan yhteistyötä tehtiin mielenterveystyön ammattilaisten kanssa. Terveystietäjä työs- sä ennaltaehkäisevään päihdetyöhön liittyi erilaisia yhteistyötahoja kuten lääkäri, päihdetyöntekijä, etsivät nuoret työntekijän kanssa sekä ja psykiat- risen sairaanhoitaja. Päihdetyössä yhteistyöverkostossa tehtiin yhteistyötä muun muassa aikuissosiaalityön-, lastensuojelun-, mielenterveys poliklini- kan ja psykiatrisen osaston sekä terveystietäjänsä kanssa. Lisäksi yhteis- työtä tehtiin koulujen henkilökunnan-, poliisin, perheneuvolan, Asiakas- palvelu Askeleen ja Oulun yliopiston kanssa (opiaattikorvaushoidot) sekä Järvenpään sosiaalisairaalan kanssa. Yhteistyötä tehtiin järjestösektorilla päihde- ja mielenterveyspuolen henkilöstön kanssa sekä lähettävien taho- jen kanssa mm. sosiaalitoimen että TE-toimiston kanssa. Nuorisotoimessa tehtiin yhteistyötä koulujen rehtorin, opinto-ohjaajan, kuraattorin, etsivät nuorisotyön, nuorten ohjaus- ja palveluverkoston, Aseman Lapset ry:n ja Pohjois-Pohjanmaan Liiton kanssa.

Vastaajilta kysyttiin sitä, että mitä toimintamuotoja ja keinoja ennalta ehkäisevän päihdetyön alueella on Kuusamossa. Kuusamossa nähtiin ole- van hyvin monenlaisia toimintamuotoja, jotka alla luetteloituna:

- Kuratiivinen työ kouluissa (Terveystietäjä- ja koulukuraatto- ripalvelut koulussa)
- Etsivät nuorisotyö kouluissa ja kriminaalikierteeseen joutuneiden parissa

- Nuorisotalon toiminta, järjestetyt tempaukset ja projektit (päihdelabyrintti)
- Viranomaisten yhteiset palaverit, Kaupungin päihdetyö
- Walkers, Keltainen partio, Camera Obscura, Yhteistyö EHYT ry:n kanssa, verkostoituminen, arjen puheeksiotot
- Eri seurakuntien nuorisotyö, seurakunnan nuortenillat ja rippikoulutyö
- Sossun (hitaasti) kehittyvä ennalta estävä perhetyö
- Neuvoloiden valistus ja puuttumiset päihdeperheiden arkeen, Toisella asteella päihde- sekä mielenterveystyön vastaanotot
- Lastensuojeluilmoitusten teko (eri tahojen keskenään vaihtelevalla innokkuudella, tk:n puoli ontuu eniten !!)
- Tiedotusvälineiden hyväksikäyttö erilaisissa kampanjoissa ja tiedottamisissa
- Suositus lasten ja nuorten kotiintuloajoiksi viikonloppuisin
- Ennaltaehkäisevä päihdetyöryhmä; Kaupungin suunnitelma.
- Terveystieto oppiaineena ja koulujen omat teemapäivät
- Oppilaanohjaus koko kouluväen tehtävänä
- Tukioppilastoiminta, NUKE-toiminta
- Poliisin Uskalla sanoa EI -oppitunnit (ei ole tapahtunut viime vuosina)

Ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittäminen nuorten osalta

Yhteistyön tekeminen nähtiin ennaltaehkäisevässä työssä tahtolajina. Ennaltaehkäisevän työn nähtiin olevan Kuusamossa korkealla tasolla verrattuna muihin vertaisiinsa kuntiin. Päihdetyön tavoitteena voisi olla kohderyhmän elinolosuhteisiin vaikuttaminen ja positiivisten voimavarojen rakentaminen. Keinot voisivat olla lähinnä kasvatuksellisia ja niillä pyrittäisiin edistämään yksilön elämänhallintaa tietoutta lisäämällä; perehdyttäminen, työyhteisön säännöt, päihdekasvatus, päihteettömyyden tukeminen, esikuvat, koulutus sekä puheeksi ottaminen ja sitä tukevat työkalut/menetelmät (esim. haastattelut ja asiakasarviointi).

Kuusamo on sopivasti sen kokoinen kunta, että mikäli tahtoa löytyy ja osajat saadaan yhden pöydän ääreen, tulostakin syntyy. Ei päästetä aikaansaattua ”korkeakulttuurista” rapistumaan.

Työryhmän jäsenet toivat esille, että orientaationa tulee olla ennaltaehkäisevä työote ja sitoutuminen. Tällä hetkellä kokoontumiset ovat tämänhetki-

sen tilanteen kartoitusta, eri toimijoiden toisiinsa tutustumista ja yhteisten tilaisuuksien järjestämistä. Aikaa kehitystyölle ei ole. Tarvittaisiin päivitykset kaikille toimijoille ja selkeä ydinryhmä, jota laajennettaisiin ajoittain. Työryhmät jäsenet odottavat säännöllisiä kokoontumisia useammin ja säännöllisemmin. Kokouksissa tulee olla myös selkeä vetovastuu.

Kaikki toimijat ottaisivat työsenteeksi ennalta ehkäisevän työotteen ja asenteen eli asennekoulutusta lasten ja nuorten parissa työskenteleville.

Selkeä ydinryhmä ja laajennusta ajoittain. Esim. pieni ryhmä kokoontuu useammin ja laajennettuna harvemmin.

Työryhmän työskentelyn kehittäminen koettiin tärkeänä asiana. Säännöllisiä ja yhteisiä kokoontumisia ja yhteisen ajan löytymistä pidettiin oleellisena toiminnan kehittämiseksi. Vastaajat toivoivat yhteisiä koulutuspäiviä. Yhteinen koulutus koettiin tärkeäksi esimerkiksi jonkin teeman ympärille. Toivottiin asiantuntijoiden ajatuksia (tutkimuksia yms.) ja niihin liittyen ajatusten vaihtoa ja ryhmän sisällä tapahtuvaa keskustelua. Yhteisiä päihdetyön koulutuksia pidettiin tärkeänä, sillä päihdetyön kentän koettiin muuttuvan koko ajan haasteellisemmaksi. Nähtiin, että ennaltaehkäisyssä olisi syytä pohtia yhä enemmän konkreettisia keinoja ja kohderyhmää tiedon eteenpäin viemiseksi.

Toimijoiden pitää olla yhteydessä toisiinsa. Ongelmanuoren palaverieita lisää!

Ajankohtaisen tiedon jalkauttaminen arjen tasolle oman työn tueksi

Ehkä useammin tapaamisia, jolloin olisimme ”ajan tasalla”.

Käytännön toiminnan suunnitteleminen koettiin merkittäväksi asiaksi. Olemassa olevissa työmuodoissa nähtiin toimivuutta, mutta myös puutteita. Ennaltaehkäisevän päihdetyön työryhmä periaatteessa määrittelee aina alkavalle vuodelle painopistealueet, ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhtenäiset toimintamallien luominen koettiin tärkeäksi. Myös toisen viranomaistahon tehtävien tunteminen on edellytys yhteistyön rakentamiselle.

Toimisivat, jos niiden sallitaan jatkua, mutta uhkana esim. etsivän nuorisotyön haihtuminen kokonaan pois kunnasta sekä kuratiivisen työn tekijöiden määräaikaisuus pelottaa. Päätäjille enemmän selkärankaa näissä asioissa!

Työryhmän kokoonpanoa voisi pohtia tarkemmin ja määritellä työryhmälle selkeän viitekehyksen, esim. jos työryhmä kulkee ennaltaehkäisevän päihdetyön työryhmän nimikkeellä, tulisiko ryhmän myös panostaa vuosittaisiin valtakunnallisiin tempauksiin, ennaltaehkäisevään päihdetyön viikkoon teemoineen?

Yhteisen toimintamallin luominen kaikille toimijoille. Työryhmän kautta tulisi tehdä ”päivitykset” toimijoille.

Yhteistyön lisääminen koettiin tärkeäksi, koska nuorella voi olla samanaikaisesti toimeentulo-ongelmia, elämänhallinnan ongelmia sekä psyykkisiä ja fyysisiä vaikeuksia. Tavoitteena on koota työryhmä siten, että kaikki nuoresta huolissaan olevat saadaan yhdessä nuoren kanssa saman pöydän ääreen. Toimivan oppilashuollon merkitystä korostettiin ja kouluun toivottiin uusia, toiminnallisia ja elämyksellisiä työmenetelmiä kuten draaman opettamista.

Verkostotyö on tärkeää, ajankohtaisten asioiden esille tuonti niin paikallisella tasolla, kuin myös seututasolla olisi kehitettävä.

Päihdetyöntekijän käynti myös peruskoulussa saataisi olla hyvä juttu.

Ylläpidetään koulujen korkeatasoista oppilashuoltotyötä vähintään nykyisellään ja palkataan riittävä määrä esim. kuraattivisen työn tekijöitä kouluille. Myös toisen asteen oppilashuoltotyössä on terästämisestä paikka.

Varhainen puuttuminen koettiin tärkeäksi. Parin viime talven kokemukset etsivän nuorisotyön iskut syrjäytymis- ja alkoholisoitumisvaarassa olevien kämpille ovat purreet erityisen hyvin kohdehenkilöihin ja saaneet nämä terästäytymään. Hyvän itsetunnon omaava nuori pystyy paremmin vastustamaan esimerkiksi kavereiden taholta ilmenevää päihdetarjontaa. Myös nuorten mukaan ottaminen suunnitteluun koettiin tärkeäksi.

Yhä varhaisempaan ennaltaehkäisevään työhön tulisi panostaa, esimerkiksi jo alakouluille, ohjausta, opastusta ja lasten psyykkiseen oireiluun puuttumista. Tarpeeksi tietoa päihteistä, positiivisia ja kiinnostavia vaihtoehtoja päihteille, esimerkiksi hyvät harrastukset, apua päihdeongelmiin kotona tai päihdeongelmalliselle nuorelle.

Nuorten kuuleminen, missä mennään ja miten heidän mielestään voitaisiin vaikuttaa asenteisiin.

Yhteistyö pelaa parhaiten silloin, kun nuori itse saadaan motivoitumaan asiaan

Nuoren vanhempia toivottiin mukaan koulutyöhön ja vanhempien aktiivista osallistumista nuoren elämään. Kotona annettava kasvatusta ja kodin periaatteet vaikuttavat siihen, miten nuori suhtautuu päihteisiin.

Miten saadaan nuori jo tarpeeksi ajoissa ”valistuksen” piiriin ja miten saadaan kotona asennemuutosta. Esim. jos kotona on jo voimakkaasti perheenjäsenillä päihteet kuvioissa mukana. Verkostoyhteistyön tärkeys korostuu.

Kaikki alkaa kodista ja vanhemmista. Alkoholin käytön tiukka valvonta alaikäisten parissa.

Ehkäisevän päihdetyön kehittäminen kannalta on olennaista tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen. Nämä haasteet liittyvät uusiin päihteisiin, asenneilmaston muuttumiseen, ongelmien lisääntymiseen ja syrjäytymisen uhkiiin.

Vapaaehtoissektorin tekijöiden ”ukkoutuminen” ja väsyminen.

Resurssipula toimijatahoilla ennaltaehkäisevään työhön. Haasteet kasvavat, jos nuorten alkoholin käyttö ja sitä seuraava syrjäytyminen lisääntyy. Ennaltaehkäisyssä olisi varmasti syytä pohtia yhä enemmän konkreettisia keinoja ja kohderyhmää tiedon eteenpäin viemiseksi.

Moniongelmaisuus ja mielenterveysongelmat.

Tiukentunut lastensuojelulaki on johtanut siihen, että nuoret juovat pöilossa, esim. mökeillä.

Kouluterveyskyselyn (2011) tulokset tukevat esitettyjä huolenaiheita. Tulosten mukaan Kuusamon ammattiopiston elintavoissa on tullut heikennystä edelliseen kouluterveyskyselyyn 2009 verrattuna. Esimerkiksi aamupalaa ei syö joka arkiamu 58 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 54 prosenttia), koululounasta ei syö päivittäin 35 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 ei tulosta), nukkumaanmeno aika myöhemmin kuin klo 23 37 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 29 prosenttia), tupakoi päivittäin 43 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 35 prosenttia), tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa 41 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 28 prosenttia) ja kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran 19 prosenttia opiskelijoista (v. 2009 8 prosenttia).

Verkostoituminen merkitystä korostettiin. Vastaajat kokivat, että on suhteellisen helppo lähestyä eri verkostoja ja että nuorille oli saanutkin apua järjestymään. Vanhempia toivottiin mukaan ennaltaehkäisevään työhön ja tiedostusta paikallisessa lehdistössä päihdetyön aiheisiin liittyen. Resurssit koettiin riittämättöminä ja osaamiseen kaivattiin moniammatillisuuden hyödyntämistä sekä ennaltaehkäisevässä päihdetyössä että työryhmätyökentelyssä.

Jos vaikka saisi palkattua ihmisen, joka ottaisi vastuun ennaltaehkäisevästä päihdetyöstä.

Moniammatillinen yhteistyö vaatii pitkää osaamista ja henkilökohtaista näkemystä asialle - kaikista ei siihen ole.

Keskustelu asiasta julkiseksi siksikin, että kohdeperheiden vanhemmat tietäisivät, että hyväähän tässä tarkoitetaan, eikä se meidän ”kullan mussukka” ole ainoa häirikkö meidän koulussa.

Yhteenveto

Nämä tulokset auttavat ennaltaehkäisevän päihdetyön työryhmän jäseniä fokusoitumaan uudella tavalla omaan työhönsä ehkäisevässä päihdetyössä. Jo nyt kukin sektori tekee merkittävää työtä ennaltaehkäisevän päihdetyön alueella, mutta edelleen on tarpeen tarkastella yhteistyön tekemistä ja kehittämistä. Siltä osin tämä työ teki näkyväksi niitä alueita, joita tulee tulevaisuudessa kehittää.

Keskeisimpinä tuloksina voisi pitää sitä, että jatkossa ennaltaehkäisevään päihdetyöhön määritellään *yhteisiä toimintaperiaatteita ja tavoitteita*. Käytännön toiminnan suunnittelemiseksi määritellään *ydinryhmä* joka kokoontuu tietyin väliajoin, mutta riittävän tiheästi, jotta kaikki toimijat ovat ajan tasalla päihdetyön alueen tilanteesta. Laajempi ryhmä kokoontuu harvemmin, jolloin järjestetään aikaa yhteiseen keskusteluun, sen lisäksi että järjestetään koulutusta ennaltaehkäisevään päihdetyöhön liittyen. Koulutus osioissa on ilmeisen tärkeää lähteä siitä, että kaikki toimijat *tuntevat ja tietävät toisensa ja tehtäväkentän*, jossa kyseinen toimija työskentelee. Toisen tehtäväkenttää tunnettiin sen mukaan, kuinka tiiviissä yhteistyössä oltiin oltu, mutta vastausten perusteella oli ilmeistä, että osittain tässäkin oli puutteita, jotka olisivat korjattavissa tiiviimmällä yhteistyössä ja tapaa- misilla.

Yhteistyön ylläpitämiseksi ja edelleen kehittämiseksi toivottiin *tiedotuksen lisäämistä*. Tiedotus voi olla yleistä tiedottamista päihdetyöhön liittyen eri ikäryhmiin liittyen, jolloin voisi lähteä siitä ajatuksesta, että ennaltaehkäisevän päihdetyön työryhmän jäsenet kukin vuorollaan kirjoittaisi juttusarjan paikallislehteen. Tällöin ennaltaehkäisevän päihdetyö saisi näkyvyyttä ja toisaalta päihdetyö ja päihdetyöttömyys olisivat esillä säännöllisesti ja ajankohtaisesti herättäen mielenkiintoa myös vanhemmissa. Esimerkiksi teemoja voisi olla vanhempien päihdetyön mallin vaikutus nuoren terveyskäyttäytymiseen tai päihdetyö ja mielenterveys.

Toimivaa oppilashuoltoryhmää ajatellen voisi olla järkevää liittää oppilashuoltoryhmään myös psykiatrisen sairaanhoitajan työpanos. Esimerkiksi Oulun kaupungissa on perustettu kahdeksan psykiatrisen sairaanhoitajan toimea koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Yhteistyötä tehdään

muun muassa oppilashuoltoryhmissä. Oulussa psykiatrisen sairaanhoitajan työ sisältää yhteistyön lisäksi yksilötyötä nuorten ja varhaisaikuisten kanssa, tiedon antamista sekä erilaisten ryhmien pitämistä ja matalan kynnyksen toiminnan järjestämistä. Matalan kynnyksen toimintaa on muun muassa Walk in -aika, olohuone-toiminta sekä Psyykkari pysäkki. Matalan kynnyksen toiminta pitää sisällään myös välitunneilla mukana olemista. Sairaanhoitajan tulisi olla myös helposti tavoitettavissa akuuteissa tilanteissa.

Nuoria toivottiin mukaan toiminnan suunnitteluun ja yhteistyön tekemiseen. *Koulut ovat keskeisessä asemassa* lasten ja nuorten terveyden, mielenterveyden ja päihdeettömyyden opettamisessa. Oppilaiden oma aktiivinen osallistuminen tulisi ottaa mukaan oppimiseen. Erilaisia aktiivisia yhteistyöhön perustuvia opetusmenetelmiä voidaan hyödyntää päihdeettömyyden edistämiseksi ja oppilaiden aktivoimiseksi tekemään päihdeettömyyden valintoja esim. terveysteeman ympärillä. *Päihdeopetus* tulisi olla nuorten näkemysten mukaista eli realistista tietoa, sillä nuoret menettävät kiinnostuksensa nopeasti ellei se ole heidän näkemyksensä mukaista. Draamaopetus nousi myös yhtenä vaihtoehtona esille. Nuoret kokevat elämykselliset valistuksen keinot paremmin omikseen kuin perinteiset valistuksen keinot.

Työryhmän jäsenten päihdetyön kenttä muuttuu koko ajan haasteellisemmaksi. Alkoholin lisäksi muut päihdeet ovat yleistyneet nuorten päihdeiden käyttökulttuurissa. Tarvitaan *entistä tiiviimpiä tapoja tehdä yhteistyötä* esimerkiksi poliisiviranomaisten, apteekkien ja päihdetyön välillä. Kun päihdeiden käyttäjät osaavat verkostoitua, on viranomaistenkin siihen kyettävä. Tärkeää on, että paikallisten viranomaisten perustehtävään luodaan mahdollisuus tiiviin yhteistyön tekemiseen.

Lähteet

- Aalto-Setälä, Terhi & Marttunen, Mauri 2007: Nuoren psyykkinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? *Nuorisolääketiede*. Duodecim 2007; 123: 207–13.)
- Aalto-Setälä, Terhi & Marttunen, Mauri & Pelkonen, Mirjami 2003: Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto HYKS, Peijaksen sairaala, psykiatrian tulosityksikkö, Nuorisopsykiatrian vastuualue. Viitattu 11.10.2012. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/komorbiditeetti.pdf>
- Alkoholilaki 1143/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>
- Fröjd, Sari & Katala-Heino, Riittakerttu & Ranta, Klaus & von der Pahlen, Bettina & Marttunen, Mauri 2009: Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit 2006. STAKES työpapereita 3/2006. Viitattu 8.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/fa9b7892-47ce-4c68-a419-640443b9c2a8>
- ETENE 2010. Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn raportti. ETENE-julkaisuja 29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Viitattu 28.8.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1207.pdf
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010: Tutki ja kirjoita 15–16 painos. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Isoherranen, Kaarina 2005: Moniammatillinen yhteistyö. WSOY oppimateriaalit. 1 painos.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki WSOYpro Oy.
- Kinnunen, Pirjo 2011: Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirjatutkimus.
- Kiiskinen, Urpo & Vehko, Tuulikki & Matikainen, Kristiina & Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo 2008: Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Viitattu 10.10.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet_vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf
- Kylmä, Jari & Nikkonen, Merja & Kinnunen, Pirjo & Korhonen, Teija 2009: Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen graafiset palvelut Oy. Kuopio.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmänen, Petri 2006: Ehkäisevän päihdetyön työkirja. Viitattu 9.10.2012. http://www.tampere.fi/tiedostot/5fjeLWoJ3/ehkaisevapaihde_tyo_tyokalupakki.pdf
- Lastensuojelulaki 417/2007. viitattu 8.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen Johannes 2011: Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Miettinen, Tiia 2008: Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoito - ryhmäläisten ja vetäjien kokemuksia. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipsykologia. Kuopion yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos.
- Nikander, Pirjo 2003: Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2003: 40 279–290. Journal of Social Medicine. Viitattu 9.10.2012. <http://anna.diak.fi:2306/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>
- Pihlainen, Aira 2010: Johdanto. Teoksessa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2010. Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. Helsinki: ETENE
- Pirkanen, Marjatta 2007: Nuorten päihdeettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Pyökkänen, Sanna & Viitanen, Reijo & Vuohelainen, Elsi 2009. Mitä on nuorisoalan ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali. Preventiimi – nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus 2009. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. Oppimateriaaleja. Viitattu 10.10.2012. http://www.preventiimi.fi/sites/preventiimi.juhaniemidesign.com/files/resurssipankki/Nept_fin%202%20painos%20taitettu.pdf
- Salmela-Aro, Katariina 2010: Suomalaiset nuoret matkalla aikuisuuteen - hyvinvai pahoinvointia? Psykologia 45 (05-06) 2010.
- Sievänen, Riitta 2005: Nuorten päihdeettömyyden edistäminen - lukiolaiset aktiivisina toimijoina. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Solantaus, Tytti 2007. Lapsen mielenterveyden edistäminen – todellisuutta vai utopiaa. Teoksessa Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy
- Stengård, Eija & Savolainen, Minna & Sipilä, Marianne & Nordling, Esa 2009: Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveyden edistäminen -yksikkö ja WHO mielenterveysalan yhteistyökeskus. Viitattu 10.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bdea673d-8cof-45f5-90ed-41463001ad7e>
- STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Terveydenhuollon edistämisen laatusuositus. Viitattu 8.10.2012. <http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=90489&GUID=%7BBBC4B40E-09EE-44A9-A54B-60BB49D9DB94%7D>
- Strand, Teija 2011: Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011 - Missä menemme, minne haluamme. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 37. Helsinki. Viitattu 9.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1523a7da-a0co-44ce-baa6-d66444a41658>

- Talasma, Hannamari 2009: Moniammatillinen yhteistyö koulujen ja psykiatrisen sairaanhoidon välillä. Työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia uudesta toimintamallista vakavien mielenterveysongelmien tunnistuksessa. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Pro gradu -tutkielma. Viitattu 9.10.2012. <http://anna.diak.fi:2305/pdf/gradu03689.pdf>
- THL 2010. Ehkäisevä päihdetyö peruspalveluissa. Opas kunnan ehkäisevään päihdetyöhön. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2010. Viitattu 10.10.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b7fcda50-54fd-4f7c-9262-3ae3239a49f2>
- Tupakka asetus, 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden vähittäismyynnistä 26.2.2009/99. Viitattu 8.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090099>
- Valtioneuvosto 2007. Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikka ohjelma. Viitattu 10.10.2012. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

III

RYHMÄT JA VERTAISTUKI PÄIHDETYÖSSÄ

12 Johdantoluku: Menetelmiä päihderiippuvuudesta toipumiseen

Sirpa Tiensuu

Artikkeli kuvaa päihderiippuvuudesta toipumisen haasteellisuutta.

Päihdeongelmaa lähestytään monella ulottuvuudella. Sitä voidaan pitää sairautena, sosiaalisena ongelmana, sisäisen kontrollijärjestelmän puuttumisena, opittuna käyttäytymismallina, moraalisen heikkoutena, syntinä jne. Erilaiset hoitoideologiat pohjautuvat niihin tekijöihin, joihin päihdeongelma kulloinkin yhdistetään. (Mattila-Aalto 2010, 32; Ruisniemi 2006, 18–19.) Päihderiippuvuudesta puhutaan, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä ajoittain tai jatkuvasti eikä hän enää hallitse suhdettaan riippuvuuden kohteeseen (Inkinen ym. 2006, 31). Kun päihderiippuvuudelle pyritään määrittelemään diagnostiset kriteerit, se tulkitaan sairaudeksi. Sairaustulkinnassa päihteiden käyttö ei ole ihmisen vapaassa valinnassa, vaan päihteet vaikuttavat fysiologisesti muuttaen aivojen solutason toimintaa. Primaarina sairautena päihderiippuvuus tarkoittaa sitä, että ihminen ei tule riippuvaiseksi juomalla tai käyttämällä päihteistä, vaan riippuvuus on jo olemassa ja aiheuttaa olemassaolollaan ihmisen päihteenkäytön. Päihdeongelmaisten itsehoito-ohjelmassa (esim. AA, Anonyymit alkoholistit) riippuvuuden tulkinta on metaforinen: riippuvuus on ikään kuin sairaus. AA korostaa ihmisen henkistä ja hengellistä näkökulmaa, joka ei ole uskonnollista. Hengellisyys ja riippuvuus nähdään toisensa poissulkevinä asioina, jolloin päihteistä vapautuminen tarkoittaa henkistä kasvua. (Ruisniemi 2006, 16.)

Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. Fyysisessä riippuvuudessa elimistössä on tottunut päihteeseen niin että päihteiden puuttuminen aiheuttaa vieroitusoireita. Psyykkisessä riippuvuudessa ihminen kokee päihteen ja sen vaikutuksen hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Sosiaalisessa riippuvuudessa ihminen on kiinnittynyt sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa päihteiden käytöllä on keskeinen asema. Päihderiippu-

vuudesta toipuminen on muutosprosessi, jossa on samankaltaisia piirteitä, olipa kysymyksessä irrottautuminen alkoholista, lääkkeitä tai huumeista. Päihteistä irrottautumiseen ja riippuvuudesta toipumiseen on vaihtoehtoisia tapoja. Osa päihteiden käyttäjistä kykenee lopettamaan käytön ilman ulkopuolista apua, spontaanisti. Osa tarvitsee ulkopuolista apua, kuten hoito- ja kuntoutusjärjestelmän tukea ja osalle riittää esimerkiksi ryhmässä saatu vertaistuki ja kannustus. (Inkinen 2006, 163–164.)

Kuusiston (2010) mukaan päihdetutkimuksessa toipumisen määrittely on tärkeä työväline ja hoidon tuloksellisuuden mittari. Tutkimuksessa toipumista määritellään oireiden häviämisenä, remissiona, jolla tarkoitetaan jonkinlaista elpymistä, toipumista tai raittiutta. Jotta voidaan puhua toipumisesta, taustalla tulee olla selkeä riippuvuus tai haitallinen käyttö. Toipumisesta puhuttaessa tulisi tuoda esiin myös toipumisen aste. Tähän on ehdotettu selkeää aikarajaa, jolloin puhuttaisiin varhaisesta (alle 1 vuotta), jatkuvasta (1–5 vuotta) tai pitkäaikaisesta toipumisesta (yli 5 vuotta). Vertaistuen kautta toipuneet ja vaikeimmin päihdeongelmaiset määrittävät toipumisen usein täysraittiudeksi. Kuitenkin päihteiden käytöstä kuntoutumista voi tapahtua usealle eri tasolle. Maallikon käsityksissä toipunut on yleensä henkilö, joka yrittää lopettaa päihdekäyttöään eikä toipuminen välttämättä ole päihteettömyyttä, vaan vasta yritys siihen suuntaan. Riippuvaisilta itseltään tiedusteltuna näkökulma on yleensä tiukempi. He pitävät toipumisen merkinä jonkin mittaista päihteettömyyttä. (Kuusisto 2010, 41–60.)

Toipumisen lähtökohtana on myös pidetty tilaa, kieltä ja oivallusta. Toipumisen edellytyksenä on ihmisen tila, jolloin hän altis muutoksille esimerkiksi kriisitilanteessa. Kieli on merkityksellinen, koska sen avulla ihminen rakentaa uusia merkityksiä ja uutta ymmärrystä. Toipuminen voi edellyttää kokonaan uuden kielen ja käsitteistön oppimista. Oivallus toipumisen lähtökohtana merkitsee sitä, että ihminen uskaltaa kohdata kaikki olemassaolon puolet ja tiedostaa uudenlaiset valinnan mahdollisuudet. Ihmisellä on yleensä käsitys siitä, kuinka muutos hänen kohdallaan tapahtuu tai on aiemmin tapahtunut. Tällöin ihminen voi toimia oman kokemuksensa perusteella ilman virallista toipumiskieltä tai teoriaa, kuten AA:n 12 askeleen ohjelmaa tai vaikkapa yhteisöllisen päihdekuntoutuksen ajatusta siitä, että ulkoinen muutos saa aikaan ihmisen sisäisen muutoksen. Ihminen voi irtautua päihderiippuvuudesta ns. luonnollisen toipumisen kautta. Ihmisen minäkuva ja identiteetti ovat muutoksessa merkityksellisiä ja hänen oma arvionsa omasta muutoskyvystään on välttämätön muutokselle. (Ruisniemi 2006, 21–30.)

Päihdeongelma toipumisessa muutoksen toteutus ja ylläpito vaativat jatkuvaa työstämistä ja vapaaehtoisuus nousee merkittävään asemaan sekä toipuessa että erityisesti raittiuden ylläpidossa. Muutoksen pysyvyys vaatii yksilön sitoutumista muutokseen. Merkityksen löytäminen elämän eri osa-

alueille auttaa ylläpitämään raittiutta. Negatiivisilla elämäntapahtumilla on todettu olevan merkitystä muutosmotivaation muodostumisessa. Useissa tutkimuksissa on eritelty tarkoin erilaisia raittiuteen työntäviä tilanteita ja elämäntapahtumia. Niiden joukkoon kuuluu mm. vakava sairastuminen, uskonnollinen herääminen, oikeudelliset ongelmat, sosiaaliset syyt, tiedon lisääntyminen alkoholin vaikutuksista, taloudelliset ongelmat, pohjakokemus tai yhtäkkinen vastenmielisyys alkoholia kohtaan. Retkahduksen määrittelyssä on samoja ongelmia kuin toipumisen määrittelyssä. Retkahdusta pidetään epäonnistumisena tehdyn muutoksen ylläpidossa. Retkahduksessa tulisi joidenkin tutkijoiden mukaan nähdä myös aste-eroja, jolloin ne voisivat tuottaa psyykkisiä työkaluja retkahduksen käsittelemiseen. Kaikki tai ei mitään -ajattelu ei kannusta erehdyksistä oppimiseen, vaan paluu totuttuun on toisinaan turvallisin tie päihderiippuvaisen näkökulmasta. (Kuusisto 2010, 41–60.)

Päihdehuollon ammattilaiset ovat kiistelleet pitkään siitä, kykeneekö päihdeongelmaiseksi luokiteltu ihminen saavuttamaan kontrolloidun päihdeidenkäytön itsenäisesti vai tarvitaanko päihdeidenkäytön hallitsemiseksi virallista päihdehoitoa. Spontaanin paranemisen tutkimus on osoittanut, että suuri osa päihdeiden ongelmakäyttäjistä kykenee palaamaan hallittuun päihdeidenkäyttöön. Päihdeiden kontrolloituun käyttöön siirtyminen ei kuitenkaan ole spontaani tapahtuma, vaan taustalta löytyy runsaasti ihmisen elämäntilanteeseen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä. Tutkimusten mukaan spontaanisti toipuneiden päihderiippuvuuden vakavuusaste ei ole niin suuri kuin virallisen avun piiriin hakeutuneilla. (Mattila-Aalto 2009, 131; Ruisniemi 2006.)

Toipuminen ammattiaavun kautta vaatii pääsyä hoidon piiriin. Mitään virallista hoitomuotoa ei ole voitu todistaa poikkeuksetta toisia paremmaksi ja vain vähemmistö päihdeongelmallisista hakeutuu hoitoon. Hoitoon hakeutumiselle ja hakeutumatta jättämiselle on etsitty syitä ja on todettu että mm. apua hakeneiden elämäntilannetta on luonnehtinut heikko selviytymiskyky. Miehet käyttävät hoitoa huomattavasti useammin kuin naiset. Hoitoa hakemattomat ja edelleen päihteitä käyttävät ovat pitäneet hoitoon hakeutumisen esteenä joko sitä, etteivät he ole kokeneet juomistaan ongelmalliseksi tai, että he ovat halunneet selvittää ongelman itse. Sen sijaan hoito-organisaatioissa hoito lähtee usein siltä pohjalta, että henkilö myöntää itselleen ”alkoholistin” leiman. (Kuusisto 2010, 41–60.)

Hoitoon hakeutumisen esteenä voi Mattila-Aallon (2009) mukaan olla myös luottamuspuola ammattiauttajia ja auttamisinstituutioita kohtaan. Mattila-Aallon tutkimuksen mukaan päihdeistä kuntoutujan kokemaa luottamus ei rakennu virallisten päihdehuollon menetelmien, sääntöjen tai kuntoutussopimusten varaan, vaan vasta kohdatessaan päihdehuollon ”viisaan ja kokeneen” asiantuntijan kuntoutuja uskoo autetuksi tulemiseen ja kokee auttamisen hyväksi. Päihdekuntoutujan roolin ottaminen merkitsee osallis-

tumista kuntoutuksen toimenpiteisiin, avun pyytämistä päihdeongelmaisen auttamisen asiantuntijoilta sekä tarkoin määriteltyä sitoutumista päihdeongelman ratkaisumalliin. Kuntoutujan irrottautumista hoitojärjestelmän auttamissuhteista ja niihin liittyvistä velvoitteista on pidetty syrjäytymisenä. Mattila-Aalto on tutkimuksessaan haastatellut päihdeongelmaisia, joista osaa hän kutsuu päihdehuollon pois käännättämiksi kuntoutujiksi. Epäluottamus päihdehuollon järjestelmää kohtaan ei ole syntynyt institutionin piirissä koettuun epäilyyn, vaan poiskäännättämisen seurauksena syntyneeseen luottamuksen puutteeseen. Tällaisessa tilanteessa päihdeongelmainen kääntyy tuttujen ja luottamusta herättävien tahojen puoleen. Päihdekuntoutujilla näyttää tutkimusten mukaan olevan taipumusta hakeutua sellaisille kentille tai sellaisiin toimintaan, joista heillä on aiemmin elämässään syntynyt myönteisiä kokemuksia. (Mattila-Aalto 2009, 173–176.)

Päihderiippuvuudesta toipumista on tarkasteltu usein Prochaskan muutosvaihemallin (1992) pohjalta. Mallin vaiheet ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta, ylläpito ja päättymisvaihe. Alun perin malli on kehitetty kuvaamaan tupakanpolton lopettajilla havaittuja vaiheita. Mallia on sovellettu myöhemmin moniin elämäntapoihin liittyviin käyttäytymismuutosten kuvaamiseen. (Turku 2007, 55.) Muutosmallin mukaan samat vaiheet koskettavat yksilöä tapahtuipa hänen toipumisensa minkä tahansa hoitomuodon tai spontaanin toipumisen kautta tai oli riippuvuuden syynä sitten tupakka, ruoka tai päihteet. Esiharkintavaiheessa päihderiippuvainen ei aio muuttaa käyttäytymistään. Elämää leimaa tiedostamattomuus ongelmasta. Painostus raittiuteen tulee läheisten taholta ja tässä vaiheessa henkilö voi jopa näytellä muutosta, mutta tilaisuuden tullen palaa riippuvuusikäyttäytymiseen takaisin. Harkintavaihe avaa silmät kohtaamaan ongelman, mutta ominaista on edelleen ambivalenssi, epävarmuus, jossa juomisen ja raittiuden etuja ja haittoja punnitaan. Merkkinä ongelman tietoisuuden vähittäisestä nousemisesta voidaan pitää epäonnistuneita raitistumisyrittäjiä. Ajatukset pyörivät muutoksessa, mutta henkilö ei sitoudu muutokseen toiminnan tasolla. Haittojen ja hyötyjen pohtiminen voi avata tien muutoksen valmisteluvaiheeseen siirtymiselle. (Kuusisto 2010, 35–37.) Aikomus muuttaa riippuvuusikäyttäytymistä muuttuu valmisteluvaiheeksi, kun siihen liittyy vahvasti myös käyttäytymisen muutoksia. Tässä vaiheessa henkilö yrittää vähentää päihdekäyttöä ja voi jumiutua tähän vaiheeseen pitkäksikin aikaa. Toimintavaihe on ulkopuolisille tunnistettavin ja päihdeongelmainen saa tässä vaiheessa todennäköisimmin tunnustusta ulkopuolisilta, jotka näkevät muutoksen virinneen. Toimintavaihe vaatii eniten sitoutumista ja energiaa. Kun raittius on jo saavutettu, seuraa muutoksen ylläpitovaihe. Ylläpito vaatii jopa elinikäistä työntekoa retkahduksen ehkäisemiseksi. Mikäli ihminen on hoidon piirissä, hoitojärjestelmän tehtävänä on tukea toipuvaa siirtymään vaiheesta toiseen. (Ruisniemi 2006, 23–24.)

Spontaanisti toipuneiden joukossa on havaittu olevan enemmän sellaisia, jotka eivät käy muutoksen vaiheita useita kertoja läpi, vaan pystyvät ratkaisemaan päihdeongelman jopa ensimmäisellä yrittämällä. Vastaavasti tupakoitsijoiden on havaittu kiertävän muutoksen kehää keskimäärin kolmesta neljään kertaa ennen pysyvää pitkäaikaista muutosta. Elämän käännekohdat ovat tilanteita, joissa muutosvaihemallin mukaan voidaan ajatella kohdattavan taantumia tai edistysaskeleita. (Kuusisto 2010, 39–42.)

13 Päihderiippuvaisten vertaistuki virtuaalikeskusteluryhmässä

Sirpa Tiensuu

Artikkeli kuvaa päihderiippuvuudesta toipumista ja sitä, minkälaista tukea verkossa tapahtuva virtuaalikeskustelu voi toipumiseen antaa. Tarkastelun kohteena on pääasiassa alkoholia päihteenä käyttävät ja Suomi24.f-palvelun Alkoholi-keskustelukanavan keskustelut. Tekijä seurasi kyseisellä kanavalla käytyä keskustelua noin viikon ajan ja analysoi sitä sisällöllisesti Aaltosen (2009) laatiman sosiaalisen tuen typologian sovellutuksen pohjalta. Tekijä kartoittaa: 1) Mistä aiheista Alkoholi-kanavalla keskustellaan? 2) Minkälaista sosiaalista tukea (vertaistukea) keskusteluviestien sisällöissä on havaittavissa? Tämän lisäksi hän arvioi kyseisen keskustelukanavan ja yleisesti virtuaalitukiryhmien hyötyjä vertaistuelle.

Päihdetyössä asiakkaille suositellaan tukipalveluksi mm. A-klinikkasäätiön Päihdelinkin oma-apusivustoa ja anonyymejä keskustelukanavia, erityisesti silloin, kun henkilö itse arvioi alkoholinkäyttönsä olevan liiallista, mutta kyseessä ei vielä ollut varsinainen riippuvuus. A-klinikkasäätiön ylläpitämän Päihdelinkin keskustelukanavien vertaistuesta on viime vuosien aikana tehty useita tutkimuksia. Vertaistuen keskeinen idea on saman kokeneiden ihmisten keskinäinen kohtaaminen. Samankaltaisissa elämäntilanteissa olevat ihmiset haluavat jakaa keskenään elämäkokemuksiaan, tuntea yhteenkuuluvuutta sekä saada toisiltaan vertaistukea ja asiantietoa. (Munnukka ym. 2005, 236–254.) Vertaistukiryhmästä käytetään myös käsitteitä oma-apuryhmä, itse apuryhmä ja keskinäisen tuen ryhmä (Nylund 1996, 193–195.). Vertaistuen keskiössä ajatellaan olevan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, jossa keskustelussa annetaan ongelmalle merkityksiä, rakennetaan erilaisia identiteettejä ja ratkaisuvaihtoehtoja (Jokinen & Suonen 2000, 8.). Vertaistukea koskevissa tutkimuksissa korostuu kokemus-

ten merkitys ja kokemustieto. Kokemustieto syntyy elettyjen tapahtumien käsittelystä, joka on jostakin näkökulmasta tulkittua tietoa. Vertaistukeen perustuvat suhteet edellyttävät kokemusten jakamista ja vuorovaikutteisista kohtaamista. Marianne Nylundin (1996, 195) mukaan vertaistukiryhmiä voidaan luokitella ongelmakeskeisesti esimerkiksi tietyn oireyhtymän tai elämäntilanteen mukaan. Jaottelua voidaan tehdä myös toimintaperiaatteiden mukaan, esimerkiksi 12-askeleen ryhmät tai palvelujärjestelmän perusteella, esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden ryhmät.

Sosiaalisen tuen käsitettä määritellään useimmiten sellaiseksi ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa vuorovaikutukseen osallistuvat henkilöt antavat ja saavat tukea toisiltaan. Useimmiten niissä esiintyy jako emotionaaliseen, informatiiviseen ja materiaaliseen tukeen. Myös tietokonevälitteisen sosiaalisen tuen tutkimuksissa tällainen luokittelu on yleinen (Aaltonen 2009, 23). Koski-Jänneksen (1998) tutkimuksen mukaan sosiaalinen tuki on tärkeä tekijä riippuvuuden voittamisessa. Riippuvuuksista selviytymiseen on käytetty samankaltaisia toimintatapoja, joiden yhteyksissä riippuvuus oli syntynytkin. Niille, jotka nauttivat alkoholia useimmiten seurassa, on luontevinta opetella käytön hallintaa vertaisryhmissä. Yksin juoneet henkilöt ovat muutenkin individualisteja ja he lopettivat alkoholin käytön omin voimin. Tutkimus osoitti, että mitä vahvemmin riippuvuus muokkasi arvoja ja elämäntapoja, sitä enemmän riippuvuudesta kärsinyt henkilö tarvitsi uutta elämäntapaansa ja uusia arvojaan tukevaa sosiaalista vuorovaikutusta, jotta hän kykeni vapautumaan riippuvuudestaan. (Koski-Jännes 1998, 152–153.)

Sosiaalisella tuella voi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Aaltosen (2009) mukaan esimerkiksi tietynlainen sosiaalinen tuki voi luoda riippuvuutta, joka hidastaa sairaudesta toipumista tai tiettyjen yksilöiden tai ryhmien tarjoama tuki voi merkitä ongelmien korostumista ja vahvistaa negatiivisia käsityksiä itsestä. Mattila-Aalto (2009) toteaa, että vertaisryhmiin ja sosiaaliseen tukeen liittyvien kielteisten asioiden esille ottaminen ei ole uutta. Vertaisryhmien ongelmiksi mainitaan muun muassa epätarkan informaation saaminen, epätoivottujen suhteiden syntyminen, vertaisriippuvuus sekä esimerkiksi AA-ryhmien osalta passiivisuus ja keskinäiseen jutusteluun tyytyminen. Mattila-Aallon tutkimuksessa anonymiteetti osoittautuu usein entisten käyttäjien kohdalla harhaiseksi käsitykseksi. Monet saattavat tuntea vertaisryhmiensä jäseniä pitkältä ajalta ja päihdekuntoutujat muodostavat keskenään sekä ystävyys- että parisuhteita. Tällöin ryhmän jäsen voi omia kokemuksiaan kertoessaan joutua negatiivisten arvioivien katseiden alle sen sijaan, että sulautuisi osaksi etäisten ja toisilleen tuntemattomien ihmisten joukkoa. Vertaisryhmätoiminta voi edellä mainitun kaltaisessa tilanteessa olla siihen osallistuville erityisen ahdistavaa. (Mattila-Aalto 2009, 124.)

Sosiaalinen tuki voi vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti siihen, kuinka henkilö kokee itsensä ja elämänlaatunsa, selviytyy menetysten, muutosten tai sairauksien kohdatessa, tulee toimeen arkipäiväisten pettymysten ja ongelmien kanssa sekä suoriutuu erilaisista tehtävistä. Aaltosen käyttämän (2009) sosiaalisen tuen typologian mukaan sosiaalisella tuella voi olla kahdenlaisia funktioita. Sosiaalinen tuki voi olla toimintaa helpottavaa eli auttaa ahdistusta tuottavan ongelman ratkaisemisessa ja tukea siten tavoiteorientoitunutta toimintaa. Tällaista tukea voivat olla esimerkiksi informatiivinen ja konkreettinen tuki. Toisaalta sosiaalinen tuki voi olla hoidollista eli helpottaa pahaa oloa, negatiivisia tunteita ja lohduttaa ilman, että suoraan pyrittäisiin ratkaisemaan ahdistusta tuottava ongelma. Emotionaalinen ja verkostoon liittyvä tuki ovat usein hoidollista tukea. Arvonantoa osoittava tuki voi puolestaan palvella sekä toimintaa helpottavassa että hoidollisessa mielessä: henkilön kykyjen ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen voi auttaa häntä ongelman toiminnallisessa ratkaisemisessa, kun taas ihmisarvon ja henkilön tärkeyden esiin tuominen voi helpottaa pahaa oloa ja negatiivisia tunteita. (Aaltonen 2009, 24.). Verkkokeskustelujen ja riippuvuuksien tutkimuksissa käytetään käsitteitä sosiaalinen tuki, vertaistuki ja oma-apu sekä näiden erilaisia variaatioita, kuten vastavuoroinen tuki ja keskinäisapu.

Virtuaalivertaisryhmät internetissä ovat kasvava vertaistuen muoto. Tietokoneen välityksellä tapahtuvaa kommunikaatiota kutsutaan tietokonevälitteiseksi viestinnäksi, vuorovaikutukseksi verkossa tai verkkovuorovaikutukseksi. Internetin luonteeseen sopii hyvin vertaisuuden periaate, koska se on kaikille avoin ja julkinen paikka, jossa sosiaalinen toiminta ja identiteetin luominen tapahtuu. (Matikainen 2006, 177–195.). Verkkokeskustelut tarjoavat yhä useammille mahdollisuuden saada ja antaa tukea. Perinteiset säännöllisesti kokoontuvat ryhmät eivät mahdollista kaikkien osallistumista esimerkiksi ajan, matkojen, sairauden tai elämäntilanteen (pienet lapset ym.) vuoksi. (Nylund 2005, 201). Verkossa tapahtuva viestintä voi tapahtua erilaisilla foorumeilla, kuten sähköpostilla, chatissa, uutisryhmissä tai keskusteluryhmissä. Keskusteluryhmät voivat olla esimerkiksi reaaliaikaisia tai ei-reaaliaikaisia, avoimia tai suljettuja, anonyymejä tai ei-anonyymejä. Tekstipohjaisilla keskustelufoorumeilla viestintä perustuu kirjoitettuun tekstiin, kun taas multimediapohjaisilla foorumeilla voidaan käyttää ääntä, kuvaa ja tekstiä. Tekstipohjaisessa viestinnässä keskustelijat eivät voi tunnistaa toistensa non-verbaalisia vihjeitä, kuten eleitä, ilmeitä, äänenpainoja jne. Tämä vaikeuttaa mm. viestien tulkintaa ja onkin pohdittu, voiko sosiaalisten vihjeiden puute tuottaa aggressiivisuutta viestintään. (Matikainen 2006, 177–195). Toisaalta sosiaalisten vihjeiden puutetta kompensoimaan on kehitetty keinoja, kuten erilaisten kasvoniemesymbolien (hymiöiden) käyttäminen. Toisaalta symbolit ovat käyttäjänsä kontrolloi-

mia, jolloin keskustelija pystyy säätämään, mitä hän haluaa ilmaista itseltään ja omista tunteistaan.

Sjöholmin (2011, 22) mukaan ihminen liittyy virtuaalitukiryhmään siksi, että hän voisi yhdessä toisten kanssa saavuttaa tärkeitä kokemuksia tavoitteita. Joillakin tavoitteena voi olla yksinäisyyden tunteen välttäminen, toisille sosiaalisen tuen saaminen tai tärkeiden asenteiden ja mielipiteiden vahvistaminen ryhmäjäsenten kautta. Virtuaaliryhmiin liitytään esimerkiksi sen vuoksi, että päivittäisessä sosiaalisessa ympäristössä ei ole tarjolla henkilön kaipaamia ryhmiä. Myös sosiaalinen stigma tiettyyn sairauteen tai vaivaan voi olla syynä ryhmään liittymiselle. Anonymiteetti on yksi virtuaaliryhmän suojaava tekijä.

Aikaisempia tutkimuksia

Kiinnostus verkon vertaistukikeskustelujen tutkimiseen on kasvanut internetin yleistymisen myötä. Heikki Ollikainen (2004) on tiedotusopin lissensiaattitutkimuksessaan ”Turmiolan Tommi Internetissä” tutkinut sisällönanalyysi-menetelmällä alkoholismikeskustelua kolmen vuoden ajan A-klinikkasäätiön Päihdelinkin Me Vähentäjät -keskustelualueella (tutkimuksessa yhteensä 10500 viestiä). Ollikainen on tarkastellut muun muassa miten verkkokirjoittelu ilmenee ja kehittyy vuorovaikutuksena ja millaisen toimintaympäristön tutkittu verkkokirjoittelu tarjoaa ehkäisevälle päihdetyölle. Ollikaisen soveltamassa viestivuorovaikutuksen typologiassa viesti edustaa joko vihamielistä tai yhteistoiminnallista vuorovaikutusta (sosiaalinen ja tiedollinen). Sosiaaliset viestit ovat rupattelun kaltaisia, humoristisia ja emotionaalisia tai empaattisia. Tiedolliset viestit sisältävät viittauksen tiedonlähteisiin, henkilökohtaisiin kuulumisiin, kysymyksiin ryhmälle tai yksilölle, vastauksia kysymyksiin tai viittauksia yhteisiin hankkeisiin. Vihamieliset viestit ovat sisällöltään läimintää, vedätystä ja ironiaa tai niihin vastaamista. Ollikaisen tutkimuksesta ilmeni, että sosiaalisen tuen määrittely verkkokeskusteluissa on hajanaista ja tapauskohtaista. Toimintasuosituksina Ollikainen ehdottaa mm. verkkokeskustelua riittävien resurssien turvaamista verkkokeskustelujen valvontaan. (Ollikainen 2004, 3.).

Annina Aaltonen (2009) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut sisällönanalyysimenetelmällä Päihdelinkin Voimapiiri-tekstiviestipalvelun vertaistukiryhmien Me Vähentäjät ja Me Lopettajat vuorovaikutusta, sosiaalisesta tukea sekä selviytymiskeinoja ja -resursseja. Voimapiiri-ryhmät on tarkoitettu alkoholin käytöstään huolestuneille ihmisille, joiden tavoitteena on joko alkoholin käytön vähentäminen tai lopettaminen. Tutkimuksen mukaan Voimapiiri-ryhmien keskustelut olivat erittäin keskittyneitä ja vuorovaikutus jakautui monesti muutaman henkilön leireihin, jolloin yh-

den ryhmän kirjoittelua hallitsi viime kädessä noin viiden henkilön joukko. Aaltosen tutkimuksen perusteella Voimapiiri-ryhmät edustivat vuorovaikutukseltaan hyvin yhteistoiminnallisia ryhmiä. Päätelmänä Aaltonen esittää, että muiden verkkotukiryhmien tavoin myös Voimapiiri-ryhmät voivat yhtäältä tukea jäseniään erilaisten ongelmien kanssa selviytymisessä ja toisaalta ehkäistä tuen saamista sekä vaikuttaa jäseniinsä negatiivisesti. Yksittäisen verkkotukiryhmän vahvuudet ja heikkoudet määrittyvät aina tapauskohtaisesti ryhmän ja sen jäsenten ominaisuuksista käsin. (Aaltonen 2009, 5–6, 124–132).

Myös Markus Sjöholm (2011) on pro gradu -työssään tutkinut tekstiviestitukiryhmää. Hänen tutkimuskohteenaan oli Päihdelinkin Pelivoimapiirin vertaistukiryhmän (PVP) jäsenten kokema edistymisen peliongelma toipumisessaan. Viesteistä pyrittiin tunnistamaan jäsenten edistymistä muutovaihemallin avulla ja soveltamalla tutkijoiden luokitteluja siitä, miten virtuaalinen ryhmätuki voi edesauttaa yksilön toipumista. Sjöholmin tutkimuksen mukaan näytti siltä, että kyseessä oleva virtuaaliryhmätuki voi tarjota vain lyhytaikaista tukea. Moni jäsen oli kuitenkin erityisesti palvelun alussa kokenut hyötynensä tuesta. Tutkimuksen mukaan virtuaaliset tukiryhmät soveltuvat parhaiten ihmisille, jotka eivät pysty tai eivät halua osallistua kasvokkain tapaaviin ryhmiin. Sjöholmin meta-analyysin mukaan yhteenveto virtuaaliryhmien oli se, että useimmissa tutkimuksissa ei löytynyt näkyviä tuloksia ohjelman hyödyistä. Toisaalta ei löytynyt todisteita, että virtuaaliryhmiin osallistuminen myöskään vahingoittaisi ihmisiä. Joillekin jäsenille palvelu kuitenkin näytti sopivan ja he saivat palvelusta alkupotkua ongelmasta toipumiselleen. (Sjöholm 2011, 4–6, 28, 91).

Myös Emma Vanhanen (2009) on koonnut aineiston Päihdelinkin keskustelukanavalta sosiaalityön pro gradu -tutkielmaansa ”Riippuvuuden hallintaa - Puolisoiden verkkokeskustelua päihdeongelmasta”. Hänen kiinnostuksensa on kohdistunut erityisesti Kotikanava-verkkokeskustelupalstaan, joka on tarkoitettu ensisijaisesti ihmisille, jotka kokevat läheisensä päihteiden käytön ongelmalliseksi. Aineistossa päihdeongelmaisen puolison tilannetta tarkastellaan riippuvuutena, joka määritetään sairaudeksi. Päihdeongelmainen nimetään päihderiippuvaiseksi ja hänen puolisonsa läheisriippuvaiseksi. Vanhanen on kiinnostunut siitä, kuinka keskustelujen vuorovaikutuksessa rakennetaan erilaisia selontekoja. Selonteoilla tarkoitetaan ongelmallisen toiminnan selittämistä ja sillan rakentamista ongelmallisen toiminnan ja odotusten välille. Vanhasen mukaan tuen tuottaminen verkkokeskustelussa oli tilannesidonnaista vaihdellen neuvottelevasta, tasavertaisesta tukemisesta kontrolloivampaan ja autoritäärisempään auttamiseen. Tutkimus antoi viitteitä siitä, kuinka verkon mahdollistama nimimerkillisyys saattaa tukea avointa ja intiimiä keskustelua vaikeissa ja häpeällisissä koetuissa asioissa verrattuna kasvokkaiseen kohtaamiseen. Nimimerkki kuitenkin mahdollistaa anonyymiä verkkokeskustelua parem-

min keskustelijoiden välisten suhteiden syntymisen. (Vanhanen 2009, tiivistelmä, 20–25).

Kasvotusten tapahtuvaa vertaistukea päihteiden käytöstä toipumisessa on tutkinut mm. Katja Kuusisto (2010) väitöskirjassaan: Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus tarkastelee retrospektiivisesti tutkittavien alkoholin käytön aloitusta, ongelmakäyttöä ja siitä toipumista. Tutkimuksen mukaan toipuvat näyttävät tarvitsevan erilaisia asioita tuekseen toipuessa ja raittiuden ylläpitämisessä, jolloin erilaiset hoitomuodot puoltavat paikkaansa. Toipujan muutosvalmius, ongelman aste käyttöaikana, pysyvyyssodotukset ja uskomukset eri hoitovaihtoehtojen merkityksestä ovat keskeisiä toipumisen elementtejä. Kun ongelma koetaan vähemmän vakavaksi, toipuminen toteutuu todennäköisemmin omaehtoisesti. Hoitoon haakeutuminen tulisi Kuusiston mukaan tulkita asiakkaan tosiasialliseksi tarpeeksi saada tukea omalle toipumiselleen. (Kuusisto 2010, 9).

Kasvotusten tapahtuvan vertaistuen merkitystä on myös selviteltyt Elin Kotovirta (2009) tutkimuksessaan: Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien (NA) toveriseurassa. Tutkimuksessa selvittää NA:n jäsenten taustoja, päihteidenkäyttöhistoriaa, hoitohistoriaa ja NA:han kiinnittymiseen vaikuttaneita tekijöitä sekä tekijöitä, jotka ovat estäneet NA:n kiinnittymistä. Tutkimuksen mukaan NA vaikuttaa toipuvien huumeiden käyttäjien elämään monin eri tavoin. NA:n jäsenyydestä näyttävät tutkimuksen perusteella hyötyvän eri-ikäiset ja niin henkilö-, hoito- kuin huumeidenkäyttöhistorioiltaankin erilaiset ihmiset. NA voi näyttäytyä ulkopuolelta katsottuna tiukkana ja normatiivisena, mutta käytännössä ohjelmaa voi kukin soveltaa itselleen sopivalla tavalla. Joustavuus on NA:n vahvuus, mutta tutkijan huomio on myös kiinnittynyt viestintään, jossa yksittäisten NA:n jäsenten fanaattisuus voi ajaa joitain ihmisiä pois avun piiristä. Tutkimus vahvistaa näkemystä sekä vertaistuen merkityksestä että siitä, että vertaistukitoiminnan rinnalle tarvitaan myös virallista hoitojärjestelmää. Tutkija on tehnyt myös havainnon siitä, että toveriseura voi täyttää sitä tyhjiötä, jonka huumeiden käyttökulttuuri jättää jälkeensä ja se voi toimia erityisesti sosiaalisen pääoman rakentajana. Kotovirran mukaan vertaistuesta saatavat hyödyt ovat kiistattomat. Vertaiset saavat tukea toisistaan puhumalla, kuuntelemalla että tekemällä asioita yhdessä. Toisiin vertaisiin samaistuminen lisää omaa pystyvyyden tunnetta. Oma sisäinen riittävyden tunne ja sosiaalisen kyvykkyyden tunne nousee usein siitä, että auttaa muita ja muiden auttaminen taas voi johtaa parempaan ihmistenväliseen ja sosiaaliseen toimintaan muilla elämänalueilla. NA ei voi tutkijan mukaan kuitenkaan kokonaan korvata ammatillista tukea, eikä sille voi yksin jättää vastuuta huumeriippuvuudesta toipuvista. (Kotovirta 2009, 5, 169–170).

Virtuaaliryhmän keskustelujen seuraaminen

Päihteiden käyttäjille on verkossa tarjolla useita keskustelufoorumeja, joista tällä hetkellä yleisesti tunnetuimpia lienevät A-klinikkasäätiön Päihdelinkki-sivustolla (www.paihdelinkki.fi) toimivat keskustelukanavat sekä Suomi24.fi-palvelun (www.suomi24.fi) Alkoholi-keskustelukanava. Päihdelinkin keskustelukanavat ovat suunnattu esimerkiksi huumeiden käyttäjille, alkoholinkäytön vähentäjille ja lopettajille, internetistä riippuvaisille ja peliriippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Keskustelukanavat ovat valvotuja siten, että kaikki viestit luetaan, sääntöjen vastaiset viestit poistetaan ja sääntöjä rikkoville keskustelijoille voidaan antaa määräaikainen tai pysyvä porttikielto ilman eri perusteluja. (Päihdelinkin keskustelun alueen säännöt). Suomi24.fi verkkopalvelun päihteisiin liittyvä keskustelukanavan kanava löytyy Terveys-aihealueelta (Terveys/Päihteet ja riippuvuudet/Alkoholi). Kanavan toiminnasta huolehtii ”Luotsi”, joka on keskustelupalstoilla ja vapaaehtoisesti toimiva keskustelun aktivoija. Luotsin tehtävänä on huolehtia keskustelupalstan viihtyisästä tunnelmasta sekä yhteisön jäsenten välisestä hyvästä hengestä. Hän osallistuu aktiivisesti keskusteluun ja valvoo samalla keskustelupalstan toimintaa sekä auttaa Suomi24 ylläpitoa sääntöjen vastaisen sisällön poistamisessa. (Suomi24.fi-palvelun säännöt.)

Tässä työssä analysoidaan yksinkertaisella sisällönanalyysimenetelmällä teorialähtöisesti Suomi24.fi-palvelun Alkoholi-keskustelukanavalla käytyä virtuaalikeskustelua; mitä ovat keskustelunaiheet, voidaanko keskusteluissa havaita sosiaalista tukea (vertaistukea) ja miten sosiaalinen tuki rakentuu keskusteluviestien sisällöissä. Keskustelut käytiin marraskuussa 2.–9.11.12 välisenä aikana. Ketjun aloitusviestin tuli sijoittua tarkasteltavan aikavälin sisälle. Seuranta-aikana muodostui seitsemän viestiketjua (viestiketju = kaksi tai useampi viesti) ja 67 analysoitavaa viestiä (joista 5 ohitettua aloitusviestiä = ei vastauksia). Aineistossa oli 54 keskustelijan kirjoittamia viestejä. Keskustelijoista 11 oli kirjoittanut useamman kuin yhden viestin, 44 keskustelijaa oli kirjoittanut vain yhden viestin. Aktiivisin keskustelija kirjoitti seuranta-aikana yhteensä 5 viestiä. Aktiivisimmat keskustelijat (11) kirjoittivat yhteensä 30 viestiä eli yli kolmasosan kaikista analysoiduista viesteistä.

Analysin viestit käsin ”tukkimiehen” kirjanpidolla Annina Aaltosen sosiaalisen tuen typologian sovelluksen (liite 1) pohjalta eri kategorioihin (taulukko 1) ja laskin kutakin sosiaalisen tuen muotoa koskevien viestien määrän myös prosentteina kaikista viesteistä. Aaltonen on omassa tutkimuksessa muokannut Cutronan ja Suhrin vuosina 1992, 1994 laatimaa sosiaalisen tuen typologiaa virtuaalivuorovaikutuksen tutkimiseen soveltuvaksi. Sosiaalisen tuen typologiassa esitetään kunkin tuen muodon kommunikatiivinen sisältö. Viestien sisällön perusteella lisäsin sosiaalisen tuen typologiaan takaisin kategorian ”Ironia”, jonka Aaltonen (2009) oli pois-

tanut, koska hänen aineistossaan ei esiintynyt tätä negatiivisen käyttäytymisen muotoa. Lisäksi kirjasin erillisinä viestit, joiden sisällöissä tuli esiin pelkästään tilanteen arviointi, mutta ei yhtään sosiaalisen tuen ilmaisua. Joidenkin viestien sisältö painottui yhteen sosiaalisen tuen muotoon, mutta joukossa oli myös viestejä, joissa voi havaita jopa viittä erilaista sosiaalisen tuen muotoa. Esimerkiksi kirjoittaja esittää aluksi tilannearvion, jonka jälkeen antaa neuvoja, kiittää ryhmän muita jäseniä, osoittaa kumppanuutta ja lopuksi rohkaisee ryhmää toivottamalla onnea raitistumisen tielle.

Viestiketjujen (7) aloitusviestien aiheet (otsikoita on muokattu tunnistettavuuden ehkäisemiksi)

1.	Huolestunut omasta alkoholinkäytöstään, tilanne-arvio	18 viestiä
2.	Aikuisesta lapsesta huolestunut vanhempi, kysyy neuvoa	9 viestiä
3.	Päihdeongelmainen kertoo retkahduksestaan	5 viestiä
4.	Saanut avustusta sosiaalitoimistosta	5 viestiä
5.	Epäilee olevansa alkoholisti, kysyy neuvoa	10 viestiä
6.	Kertoo aloittaneensa jälleen juomisen	3 viestiä
7.	Esimes kertoo alaisensa juomisesta, kysyy neuvoa	21 viestiä
	Ohitettuja viestejä, ei kommentteja	5 viestiä
	Yhteensä	76 viestiä

Taulukossa 1 on esitetty Suomi24.fi-palvelun Alkoholi-keskustelualueella esiintyneiden viestien sisältö havaitsemani sosiaalisen tuen muodon perusteella. Viestien lukumäärä osoittaa, kuinka monessa viestissä kyseistä tuen muotoa oli havaittavissa. Lisäksi laskin viestien määrän prosentteina kaikista viestistä, jolloin tuloksesta saa paremmin kokonaiskuvan ja sitä on helpompi verrata muun muassa aiempiin tutkimuksiin.

Taulukko 1. Sosiaalisen tuen määrä Suomi.f -palvelun Alkoholi-keskustelualueella.

Sosiaalinen tuki	Viestien lukumäärä	% kaikista viesteistä (76)
Arvio tilanteesta	13	17
Informatiivinen	69	90
Neuvoja/ehdotuksia	11	14
Viittaus avun lähteisiin	8	11
Tilannearvio	34	44
Opetus	16	21
Arvonantoa osoittava	19	25
Ylistäminen, kohteliaisuus	5	7
Validointi	14	18
Sosiaalinen kumppanuus	8	11
Saatavuus	0	0
Läsnäolo	2	3
Kumppanuus	2	3
Ilmaisee halukkuutta auttaa	1	1
Toivotus ryhmälle	3	4
Emotionaalinen	15	19
Suhde	0	0
Virtuaalinen kiintymys	0	0
Sympatia	0	0
Empatia	7	9
Rohkaisu	3	4
Ilmaisee huolenpitoa	1	1
Syällisyyden tai häpeän helpottaminen	4	5
Konkreettinen	0	0
Aktiivinen osallistuminen	0	0
Negatiivinen käyttäytyminen	24	32
Kritiikki	8	11
Erimielisyys/ kyseenalaistaminen	9	12
Eistäminen	0	0

Tulosten tarkastelua

Viestiketjujen (7) aloitusviestien sisällöt käsittelivät pääsääntöisesti huolen ilmauksia (4). Kirjoittaja itse oli huolissaan omasta alkoholinkäytöstään (2), äiti oli huolestunut aikuisen poikansa juomisesta (1) ja esimies pohti alaisensa alkoholinkäyttöä (1). Kaikki nämä viestit sisälsivät joko suoran tai epäsuoran avunpyynnön; mikä neuvoksi tai mistä apua tilanteeseen? Kahdessa (2) aloitusviestissä kuvataan retkahdusta, alkoholinkäytön uudelleen aloittamista tauon jälkeen ja yhdessä (1) aloitusviestissä kirjoittaja ilmoittaa saaneensa rahaa sosiaalitoimistosta ja kuvailee, kuinka aikoo rahan käyttä. Vastausviestit sisälsivät kannanottoja aloitusviestiin sekä sosiaalisen tuen eri muotoja esitetyn analyysin mukaisesti. Osa vastausviesteistä sisälsi kirjoittajien arvioita omasta tilanteestaan ilman sosiaalisen tuen ilmaisuja. Osassa vastausviestejä kirjoittajan teksti sisälsi lähes yksinomaan ns. epäasiallista kielenkäyttöä, kuten esimerkiksi kiroilua, seksuaaliväritteistä sanastoa tai ironisia kommentteja, jotka eivät olleet relevantteja muuhun keskusteluun nähden, kuten esimerkiksi alla esitetty ”Tohtorin” sitaatti sopivasta päiväannoksesta. Kirjoittajien nimimerkit ovat muunneltuja tunnistamisen minimoimiseksi.

Tohtori: ”Sopiva päiväannos on noin 17 keskiolutta vuorokaudessa!”

Lisäksi seuranta-ajalle sattui kahden viestiketjun keskusteluviestejä, joiden aloitusviestit ja osa vastausviesteistä sijoittui seuranta-ajan ulkopuolelle (alkaen 24.10.12). Näiden viestiketjujen aihepiirinä olivat alkoholistien ruokavalio ja siitä johtuva lihavuus tai laihuus sekä Suomi24.fi:n Alkoholi-keskustelukanavan ilmapiiri ja kirjoittelutyylit. Jouduin kuitenkin poistamaan kyseiset viestiketjut analyysistäni, koska ne olisivat vääristäneet analyysin tuloksia. Mikäli olisin ottanut edellä mainitut viestit mukaan analyysiin, olisin joutunut ottamaan myös kaikki muut kyseiselle aikavälille sijoittuneet viestit ja tällöin seuranta-aika olisi venynyt yli kahdeksi viikoksi ja analysoitavien viestien määrä vähintäänkin kaksinkertaistunut. Valitsin kuitenkin keskustelukanavan ilmapiiriä ja kirjoitustyyliä koskevasta viestiketjusta (55 viestiä) muutamia otteita lähempään tarkasteluun, koska niiden sisältö liittyy mielestäni erittäin oleellisesti tavoitteeseeni arvioida virtuaalitikiryhmän hyötyjä ja siihen, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisena voin oppia tämän tutkielmani kautta.

Virtuaalikeskustelussa esiintyvän sosiaalisen tuen muotoja tarkasteltaessa (taulukko 1) voi havaita, että suurin osa tutkitun ajanjakson viestien sosiaalisesta tuesta oli informatiivista (90 %) ja erityisesti tilanearvioiden (44 %) osuus viesteissä painottui. Kolmasosa (32 %) viesteistä sisälsi negatiivista käyttäytymistä, erityisesti kyseenalaistamista ja erimielisyyttä (12 %) sekä kritiikkiä (11 %) ja ironiaa (5 %), Kolmanneksi eniten esiintyi

arvonantoa osoittavia viestejä (25 %), joista vahvistavien (yksimielisyys ja toisen tunteen oikeutus) ilmaisujen määrä korostui (18 %). Emotionaalista tukea (19 %) ja sosiaalista kumppanuutta (11 %) sisältäviä viestejä oli vähiten. Konkreettisen tuen (0 %) ilmausta ei ollut havaittavissa yhdessäkään viestissä. Viestit, joiden sisältö oli pelkästään omasta tilanteesta informoimista ilman sosiaalisen tuen ilmaisuja, kokosin omaksi ryhmäkseen. Näitä viestejä oli 13 kappaletta eli 17 % kaikista 76 viestistä. Seuraavassa kaksi esimerkkiviestiä oman tilanteen informoimisesta.

Manimani: ”Sossusta tuli rahaa. Ja kaljakauppaan iloisin mielin. Parempi se kuitenkin on aamulla aloitella :)”

Rahamies: ”Tuli tässä taas avattua kontt. Nyt mennyt 21 kaljaa ja avaamisesta se kutakuinkin 7 tuntia. Tällä viikolla mennyt nuo mukaan luettuna 38 keskikaljaa. Viime viikon saldo kun kävin tölkkejä palauttamassa sittariin, 119 tölkkiä kaljaa...”

Seuraavaksi esittelen yksityiskohtaisemmin kunkin sosiaalisen tuen muodon ilmenemistä keskusteluissa.

Informatiivinen tuki

Informatiivinen tuki ilmeni kokemuksellisen ja käytännöllisen tiedon sekä neuvojen tarjoamisena. Informatiivista tukea ilmeni neljänlaista: neuvoja ja ehdotuksia, opetuksia, tilannearvioita ja avun lähteisiin viittaamista (ks. liite 1). Tilannearviot (34 viestiä, 44 %) olivat arvioita omasta tai ryhmän jäsenten tilanteesta tai kokemuksista. Tilannearvioissa otettiin kantaa toisen tilanteeseen tai kokemukseen hänen ongelmiinsa liittyen on, ja esitettiin näistä erilaisia arvioita. Viestin kirjoittaa saattoi arvioida myös omaa tilannettaan niin, että pohdinta omista kokemuksista tehtiin muillekin näkyväksi. Tällaiset omakohtaiset arviot ja pohdinnat näyttivät toimivat malleina myös muille. Seuraava viestinäyte kuvaa kuinka kirjoittaja saattoi pohtia oman tilannettaan.

Valkkari: ”Vaimo pisti yllättäen ulkoruokintaan. Ei mitään draamaattista. Kyllästyi vaan katselemaan minua. Tässä sitä ollaan asutaan yksikseen, eikä töitä tietenkään. Ruokaan ei kulu paljon mitään, mutta kuukausi on mennyt siten, että pullo valkkaria tulee lipitettyä illassa, tai muutama kalja. Pikkuisen huolestuttaa. Poikki pitäisi saada, tuntuu tulevan paha tapa. Kävin A-klinikalla, mutta suurin piirtein alkukeskustelun jälkeen täti sanoi, että lähe meneen. Et sinä mikään alkoholisti ole. Etsi itsellesi tavallinen lääkäri ja terapeutti. Olin kai vielä liian hyväkuntoinen tuohon taloon...”

Opetuksissa (16 viestiä, 21 %) tiedot perustuivat useimmiten kirjoittajan omiin kokemuksiin, mutta toisinaan myös muiden alkoholin ongelmakäytöstä kärsivien kokemuksiin. Myös hoidon yhteydessä tai kirjallisuudesta omaksuttua asiantuntijatietoa jaettiin. Yleisiä olivat opetukset ongelmien luonteesta ja siitä, millaisia ilmiöitä ongelmista vapautumiseen liittyy ja mitä vapautuminen monesti edellyttää, kuten seuraavassa näytteessä tulee esiin.

Akradabra: ...”Alkoholismissa ei ole kyse sairaudesta vaan halusta juoda”mieli halut, ja himot” ja yksinkertaisesti muut ongelmat, tai muttu asiat elämässä miksi juodaan... Ihminen ja sen evoluutio on niin pitkä taival, että ei yksinkertaisesti edes tiedetä syitä eri riippuvuuksiin, tai ei edes ole aina kyse riippuvuudesta, vaan halusta siis mitä elämässä haluaa... Vaikka meillä hyvinvointi valtiossa kaikki on hyvin, ruokaa pöydässä. on Sosiaali etuudet. Olemme kuin paratiisissa mutta ei se poista alkoholismia, tai alkoholi eriasteisia ongelmia. Ihmisen halu muuttua on niin pientä, että se ei kykene muuttamaan ihmisiä kuin satojen-1000 yksilöiden asteilla meillä Suomessa. Suomessa alkoholismista kärsiviä on liikaa, eli paljon ja alkoholi ongelmaisia, eli dokaan silloin tällöin on yli 70 % eli luvut ovat hirvittävät. Sama on monessa muussa maassa. ... Ihmisen sietokyky selvinpäin vs elämä on niin heikkoa että vahva kuningas alkoholi ja muut ottaa vallan tässä suuressa ja sekavassa maailmassa missä ei voi parantua koskaan täysin päihteistä. Osa pystyy, mutta pysyvästi harva. Jos ei ole halua tarpeeksi, ei voi muuttaa elämäntapojaan...

Neuvot ja ohjeet (11 viestiä, 14 %) liittyivät useimmiten erilaisten ajatusten, kokemusten ja ideoiden tarjoamiseen siitä, miten alkoholin käytön muuttaminen voi onnistua ja miten erilaisten ongelmien kanssa voi selviytyä. Yleensä henkilökohtaiset kokemukset ja näkemykset esitettiin etusijalla asiantuntijanäkemyksiin verrattuna. Seuraavat viestit ovat esimerkkejä siitä, kuinka päihteen käytön lopettamista pyrittiin vahvistamaan käytännön neuvoilla.

Teuvo: Hae apua AA:sta. Se auttaa, jos haluat lopettaa juomisesi ja ottaa sen tarjoaman avun vastaan. Pääsyaatimuksena on halu olla juomatta päivä kerrallaan.

Maratoonari: Pitkän matkan juoksu on erinomaista. Se tuottaa endorfinia ja vie aikaa. 5 iltaa viikossa aina kahden tunnin lenkki ja suihku tai sauna sen päälle. Vain mehua ja mineraalivettä nesteeksi.

Viittaukset avun lähteisiin (8 viestiä 11 %) olivat apua ja tukea tarjoavien tahojen esittelyä, arviointia ja suosittelua sekä niiden pariin ohjaamista

AA:han viitattiin useissa eri yhteyksissä, mutta myös AA-vastaisia viestejä esiintyi runsaasti. Lisäksi keskusteluissa viitattiin moniin muihin tukea tarjoaviin tahoihin ja lähteisiin, kuten esimerkiksi A-klinikkaan, psykiatriin, psykologiin tai Päihdelinkkiin.

Rontti: Alkoholismi on synnynnäinen ja parantumaton sairaus. Siihen auttaa usko korkeimpaan voimaan, jumalaan. Sekä käynti kerralla toipumassa, koko loppuikänsä, päivä kerrallaan...

Rippe: Mene hyvä ihminen puhumaan asioista psykiatrille, psykologille tai A-klinikan terapeutille. Soita maanantaina ja varaa aika itsellesi ja miniällesi, jos hän tahtoo lähteä kanssasi.

Arvonantoa osoittava tuki ja sosiaalinen kumppanuus

Arvonantoa osoitettiin oikeuttamalla tai vahvistamalla toisen näkemyksiä, kokemuksia tai tunteita (14 viestiä, 18 %). Lisäksi arvonantoa ilmeni ilmaisuina toisen arvostamisesta ja uskomisena toisen kykyihin, pystyvyyteen tai voimavaroihin. (5 viestiä, 7 %). (Ks. liite1.) Seuraavassa esimerkki-ilmaisu toisen tunteiden oikeuttamisesta sekä kiitoksen ilmaisu saadusta tuesta.

Tilulihulei: duddu dunne.. voin kerdoo.

Epätoivon partaalla: Kiitos Sinulle viisaista sanoistasi! Tätä olen jo yrittänytkin ja todella muistuttanut, mitä hänellä kaiken keskellä jo on. Pidä peukkuja meidän pojalle ja tulevalle perheelle. Kiitos...

Sosiaalinen kumppanuus tulee viesteissä esille osoituksina tuen saatavuudesta, läsnäolosta, toveruudesta, halusta auttaa ryhmän jäseniä sekä erilaisina yhteenkuuluvuutta osoittavina toivotuksina ryhmälle. Tuen saatavuuden osoittaminen on toisten kutsumista mukaan keskusteluun ja kannustamista kirjoittamiseen. Myös tervetuloa -toivotukset ryhmään ovat ilmaisuja tuen saatavuudesta. Edellä mainittuja tuen saatavuuden ilmauksia en havainnut aineistossa yhtään. Tervetuloitoivotuksia ei esitetty uusille kirjoittajille, joita kuitenkin oli ryhmässä seuranta-aikana. Myöskään palstan luotsi ei esittänyt tervetuloitoivotusta uudelle kirjoittajalle. Läsnäolon osoittaminen (2 viestiä, 3 %) tuli esille oman läsnäolon tarjoamisena toisille tai ne olivat muistutuksia ryhmän ja sen tarjoaman tuen olemassaolosta sekä siitä, että toinen ei ole yksin ongelmiansa kanssa.

Salkkari: ...Ei mun tarkoitus ollut viisastella vaan ihan antaa oma näkökulmani asiaan. Olen käsittänyt että sen takia ihmiset tänne kirjoittelee että ne saa muiden kommentteja omiin tilanteisiinsa. Vai miksi sinä tänne kirjoitit?...

Kumppanuuden ilmaiset (2 viestiä, 3 %) olivat yhteishenkeä kohottavia ja muistutuksia samankaltaisia kokemuksia ja huolia omaavista ryhmän jäsenistä, jotka tukivat toisiaan. Ryhmälle osoitetut toivotukset (3 viestiä, 4 %) liittyivät kannustamiseen kohti raittiutta ja alkoholin käytön vähentämistä sekä muunlaisten tavoitteiden saavuttamista.

Viinasieppo: ...Ilolla toivotan kaikille halukkaille jotka haluavat raitistua, tai elää jonkun määrätyn ajan ilman viinaa, miettimään todella huikan ottamista jonnekin tulevaisuuteen. Ei kannata olla huolissaan siitä, etteikö valtakunnasta löydy viinaa jos viinapiru iskee vastustamattomasti ajatukseen. Mutta kiusaa kannattaa tehdä viinapirulle mahdollisimman paljon, ei ottamisen muodossa. Hyvää marraskuuta kaikille palstailijoille!!!”

Halua auttaa (1 viesti, 1 %) esiintyi ilmaisuna harvoin.

Rippe: Oletkos tehnyt asiallesi jotain?

Emotionaalinen ja konkreettinen tuki

Emotionaalinen tuki tulee esille viesteissä huolenpidon, välittämisen ja empatian osoituksina. (Ks. liite 1.) Toverisuhteen merkityksen painottaminen ilmenee pyrkimyksinä luoda yhteyksiä ryhmän jäseniin. Virtuaaliset kiintymyksen osoitukset ovat yleensä kirjallisesti ilmaistuja halauksia ja sympatian osoittaminen merkitsi osanottoa toisen surun, katumuksen ja pettymyksen tunteisiin. Edellä mainittuja toveruuden, virtuaalisen kiintymyksen tai sympatian ilmaisuja en havainnut aineistossa ollenkaan. Empatiolla tarkoitetaan myötäelämisen ja ymmärryksen osoituksia toisen tilannetta, kokemusta tai tunnetta kohtaan ja sitä osoitetaan yleensä yhteyksissä, joissa kirjoittanut kertoi vaikeista kokemuksistaan ja tunteistaan tai ilmaisee onnistumisen kokemuksiaan. Tässä aineistossa empatian ilmauksia (7 viestiä, 9 %) oli melko vähän.

Salkkari: ...Näistä varmaan pitäisi ottaa opikseen. Mutta, mutta, ei se aina kovin helppoa ole...

Huomionarvoista on myös se, että pelkästään onnistumisen kokemusten ilmaisuja sisältävät viestit jäivät kokonaan huomiotta eli muut kirjoittajat ohittivat ne, kuten kävi esimerkiksi seuraavien Renun ja Viinasiepon viestien kohdalla.

Renu: Raittiina, eikä anneta ketjun katketa. Päivistä kertyy viikkoja, viikoista kuukausia, jne

Viinasiippo: Jälleen on vierähtänyt vanhalta juopolta toista kuukautta edellisestä maistelusta. Omin voimin ja ilman viinan tuskaa. Tuntuu tosi ihmeelliseltä. Ihan totta...

Huolenpitoa (1 viesti, 1 %) toisista ilmeni ainoastaan yhdessä viestissä toisen voinnin ja kuulumisten kysymisenä. Suoranaista syyllisyyden tai häpeän tunteiden helpottamisen ilmaisuja (4 viestiä, 5 %) esiintyi myös vain muutamassa viestissä. Rohkaisu (3 viestiä, 4 %) tuli esille toivon ja tulevaisuuteen luottamisen herättämistä toisissa, kuten seuraavasta vuoropuhelusta ilmenee.

Salkkari: ...Mä en kyllä missään nimessä ole katkeroitunut vaan toiveikas pitkästä, pitkästä aikaa. Siinä olet kyllä oikeassa että tuo kunnon seksi on viime aikoina ollut vähän vähäistä mutta ei se nyt sentään musta vielä katkeraa ole tehnyt. Parempia päiviä odotellessa ;)

Skumppa: ... ihan hyviä pointteja heitit. kyllä ne paremmat päivät tulee vielä :)

Monissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu tietokonevälitteisiä vertaiskeskusteluja, on saatu tulokseksi, että konkreettista tukea (esimerkiksi tapaamisen suunnittelu tai vastaava) ei juuri esiinny, tai sitä esiintyy hyvin vähän. Tässä tutkielmassa tulos oli samankaltainen. Konkreettista tukea ei ollut seuranta-ajan puitteissa havaittavissa yhdessäkään viestissä.

Negatiivinen käyttäytyminen

Negatiivinen sosiaalisen tuki voidaan määritellä eri tavoin. Yleensä tähän luokkaan sijoitetaan sellainen sosiaalinen käyttäytyminen, joka aiheuttaa vastaanottajalleen ahdistusta, kuten mielipahaa, surua tai häpeää. Tällainen käyttäytyminen voi tarkoittaa esimerkiksi tunteiden ilmaisun lannistamista, kriittisiä huomautuksia, toisen yksityisyyden häirintää, toisen ihmissuhteiden häirintää tai luvatus avun tarjoamisen laiminlyöntiä. Negatiivista käyttäytymistä esiintyi myös muun positiivisen tuen yhteyksissä. Tässä tutkielmassa käytetyn sosiaalisen typologian mukaan negatiivista käyttäytymistä on erimielisyyden osoittaminen tai kyseenalaistaminen, eristäminen sekä ohittaminen. Lisäsin typologiaan ironian, koska ironiaksi luokiteltavia negatiivisia ilmauksia esiintyi melko runsaasti (24 viestiä, 32 %). Kriitiikkiä (8 viestiä, 11 %) esitettiin joko toisen persoonasta tai tämän käyttäytymisestä. Erimielisyyden ilmaisuissa (9 viestiä, 12 %) oltiin joko eri mieltä tai kyseenalaistettiin toisen näkemys.

Skumppa: Älä likka ala viisasteleen aikuiselle ihmiselle

Matkustaja ottaa kantaa Tataarin aloitusviestiin: Olen joutunut töistäkin olemaan pois sen takia että on niin paljon ahdistanut ajatus siitä että pitäisi viikonloppu olla selvinpäin. Valehtelen vanhemmilleni ja ystäväilleni etten ole ollut juomassa vaikka todellisuudessa olen ollutkin. Jos juomaa jää viikonlopulta juon viikolla ne pois.

Matkustaja: Et ole alkoholisti, mutta patologinen valehtelija kyllä olet. Töistä ei olla poissa sen takia, että ahdistaa etukäteen tuleva viinaton viikonloppu, ryyppyputken aikana kyllä. Oikeasti alkoholiriippuvainen ei pysty salamaan ongelmaansa vanhemmiltaan tai ystävil­tään. Alkoholistilta harvemmin jää juomattomia viinoja varastoon. Tuota aa mainosta ei kannata ottaa tosissaan.

Eristäminen tulee keskusteluissa yleensä esille siten, että toista kehoitetaan pohtimaan, pitäisikö hänen siirtyä kokonaan toiseen ryhmään tai poistua keskustelusta. Tässä aineistossa ei esiintynyt seuranta-aikana yhtään eristämisen ilmaisuja. Ohittamiseksi (3 viestiä, 4 %) tulkitaan toisen asialliseen viestiin vastaamatta jättäminen. Vastausta vaille jääneistä viesteistä kaksi sisälsi asiayhteydestä irrallista kirjoitusta. Niihin oli vaikea kommentoida mitään, joten en sisällyttänyt niitä ohitettuihin viesteihin. Ironia (4 viestiä, 5 %) tulee esille yleensä toisen vikojen, puutteiden tai kirjoittaman tekstin naurunalaisiksi saattamisena. Kirjoittaja tarkoittaa yleensä päinvastaista kuin mitä viestissään ilmaisee.

Tohtori: Suosittelen löylykauhaterapiaa !

Portsari: ...painotin että vuoden sisällä naapuri möyrii ojien pohjilla rappioalkoholistina ja haukuin vaimonkin juopoksi. Nykyään haukun naapuripariskuntaa kovaan ääneen rapajuopoiksi aina kun heidät näen. Minulle tulee siitä hyvä olo ja tunnen itseni paremmaksi ihmiseksi.

Yhteenvedona negatiivisesta käyttäytymisestä keskustelupalstalla voidaan todeta, että verrattuna muihin tutkimuksiin (esimerkiksi päihdelinkin keskustelukanavat) negatiivisia ilmauksia viestejä oli paljon, vaikka osa kriitikkistä ilmaistiinkin positiivisen tuen ohella.

Pohdinta

Kun vertaan tätä tutkielmaa aiempiin verkkotukiryhmistä tehtyihin tutkimuksiin havaintoni on, että Suomi24.fi Alkoholi-keskusteluryhmän viestit edustavat vuorovaikutukseltaan pääasiallisesti yhteistoiminnallista ryhmää (vrt. Ollikainen 2004). Vaikka yli kolmannes (32 %) viesteistä sisälsikin

osittain tai kokonaan negatiivisia (Ollikaisen tutkimuksessa 34 %) ilmauksia, oli suuri osa sosiaalisesta tuesta kuitenkin informatiivista (90 %). Keskustelijat tekivät arvioita joko omasta tai toisten tilanteesta, antoivat neuvoja ja kertoivat opetuksellisia tarinoita tai esimerkkejä alkoholin käyttöön liittyen. Emotionaalisen tuen, arvonnannon ja sosiaalisen kumppanuuden ilmaisuja esiintyi tässä tutkimuksessa selvästi vähemmän, vajaa kolmannes (28 %), verrattuna esimerkiksi Aaltosen (2009) Päihdelinkin Voimapiiri-ryhmien tekstiviestien sisältöihin, joissa vastaava luku oli yli 70 %.

Seuraavaksi pohdin tutkimuskysymystäni: Mistä aiheista keskustelupalstalla keskustellaan? Vertailen aineistoa sekä keskusteluviestien sisältöjä tutkielmani teoreettiseen osuuteen. Päihderiippuvuudesta ja siitä toipumisesta tuli tässä aineistossa esille voimakkaimmin käsitys, että alkoholismi on sairaus, jolla on eri asteita. Päihderiippuvuutta voitiin määrittää myös seuraavalla tavalla: *”... ihmiset ymmärtävät vain kossujuopon ojanpohjalta tai raivoraittiin aa-kerholaisen, ne ei tajua, että olemassa älyttömästi välimuotoja.”* Päihderiippuvuudesta parantuminen on keskustelijoiden mielestä pääasiassa omasta tahdosta ja motivaatiosta kiinni, vaikka erilaisia auttamismenetelmiä ja -ryhmiä onkin tarjolla. Oma halu raitistumiseen tuotiin esille monissa viesteissä. Toipuminen tarkoittaa osan mielestä täydellistä päihdeettömänä olemista ja se tuotiin selkeästi esille, kuten erään keskustelijan viestistä voi päätellä: *”Raittiina, eikä anneta ketjun katketa. Päivistä kertyy viikkoja, viikoista kuukausia, jne”*. Viestistä voi huomata myös kirjoittajan ikään kuin ohjeistavan ja kannustavan itse itseään eteenpäin. Mielenkiintoista oli havaita, että muilta kirjoittajilta ei tullut yhtään myönteistä eikä kielteistä vastausviestiä kyseiselle kirjoittajalle, vaikka vertaistukiryhmän ajatellaan nimenomaan tukevan uskoa muutokseen esimerkiksi palkitsemalla jäsenensä muutoksen suuntaista toimintaa. Toisaalta on todettu, että kielteinenkin sosiaalinen tuki voi auttaa ihmisen tietoisuuden lisääntymistä päihdeongelmastaan, jolloin päätös ongelmanratkaisusta kypsyy: *...”törkyjutuista, joita olen aika-ajoin lukenut. On tullut mieleen että tuollaiseen tilaanko ihminen ajautuu kun juopottelee aivonsa keitetyn makaronin tasolle? Varmaan tuollaiset jutut ovat saaneet ajatukseni heräämään, etten tahdo olla samoissa housuissa. Suuret kiitokset heille kirjoittamistaan kokemuksista.”*

Elämätilanteella ja tarkoituksen löytämisellä eri elämänilueille on merkitystä raitistumisessa. Tätä tutkimustulosta tukee aineistossa esimerkiksi seuraava toteamus: *”Syyllisyys painoi vaikka en törttöillyt päissäni. Miettimällä olen saanut jotain selvennystä miksi aina pilata juomalla selväpä. Ikä ja sairaudet ovat ehkä auttaneet pidentämään ryyppyjen väliä myös.”* Samalla tavoin elämäntilanne voitiin kokea niin vaikeana, että se antoi syyn esimerkiksi retkahtamiselle.... *”elämä on niin heikkoa, että vahva kuningas alkoholi ja muut ottaa vallan tässä suuressa ja sekavassa maailmassa, missä ei voi parantua koskaan täysin päihdeistä...”* tai *...” tuleva x-vaimo*

antoi viimeisen kimmokkeen. Lopetti vastaamisen tekstiviesteihin, vaikka muuta oli sovittu.” Prochaskan muutosvaihemallin mukaista päihderiippuvuudesta toipumista oli aineistostani vaikea havaita, koska keskusteluviestien seuranta-aika oli verrattain lyhyt (1 viikko). Muutosvaiheet toteutuvat mm. Kuusiston (2010) mukaan samalla tavoin tapahtuipa toipuminen minkä tahansa hoitomuodon tai spontaanin toipumisen kautta.

Sjöholmin (2011, 84–85) tutkimuksessa Päihdelinkin peliriippuvuus-tukiryhmästä (seuranta-aika 1 vuosi) oli myös tuloksena, että virtuaaliryhmässä muutosvaiheiden sekä jäsenten edistymisen seuranta on haasteellista ja vaiheita on vaikea viestisisältöjen perusteella havaita. Erityisesti keskustelijoiden omia arvioita omasta tilanteestaan aineistossani tarkastellessani, huomasin ilmaisia, jotka voisivat kuvastaa tiettyä muutosvaihetta, mutta sitä, kuinka edistyminen siitä eteenpäin tapahtui, on vaikea nähdä. Ohessa ote viestistä, jonka tekstin pohjalta arvioin, että kirjoittaja saattaisi olla muutoksen harkinta- tai valmisteluvaiheessa: *...”0,5 viinapullo menee helposti iltaan ja muutama kalja plus se mitä baarissa tulee juotua, eikä aamulla ole koskaan minkäänlaista krapulaa. Olen muutaman kerran yrittänyt olla yhden viikonlopun juomatta, mutta en vain pysty siihen. Osaisiko joku kertoa mistä voisinkin hakea apua ongelmaani?* Kirjoittaja on kohdannut ongelman ja merkkinä sen tietoisuuteen nousemisesta voisi pitää epäonnistuneita yrityksiä olla viikonloppu juomatta. Hän myös kysyy ongelmaansa apua muilta, minkä voisi tulkita toiminnan viriämiseksi muutoksen suuntaan.

Ylläpitovaiheessa oleva ryhmän jäsen on myös löydettävissä aineistosta: *”Jälleen on vierähtänyt vanhalta juopolta toista kuukautta edellisestä maistelusta. Omin voimin ja ilman viinan tuskaa. Mutta totuuden nimessä silloin tällöin käy välähdyksen tavoin viinapiru pika visiitillä ajatuksissa, mutta luovuttaa ja häipyä saman tien ties minne.”* Retkahdusta pidetään usein epäonnistumisena muutoksen ylläpidossa. Retkahduksesta kertoo esimerkiksi viesti: *”Ratkesin⊕ taas.. pari viikkoo menikin jo ihan liian hyvin, viikonloppuna tuli otettua vähä ja viikoilla kuivilla. Nyt taas juon... Ja se alkoi ihan siitä kun kävelin Lidlin ohi ja muistin että siellä on sitä hyvää siideriä ja halpaa kaljaa.. Että pitää olla niin tyhmä, vihaan taas itteeni vaihteeks...:(”.* Ylläpitovaihe vaatii jopa elinikäistä työntekoa retkahduksen ehkäisemiseksi. Retkahtaneen ryhmän jäsenen viestiin vastattiin viesteillä (4 viestiä), joissa oli havaittavissa sosiaalisen tuen ilmauksia, kuten emotionaalista tukea empatian muodossa, arvonantoa osoittavaa tukea vahvistamisen muodossa, informatiivista tukea opetuksen ja tilannearvion muodossa sekä yksi negatiivista ilmaisua osoittava viesti lievän ironian muodossa: *”Semmoistahan se tuurijuoppous on”.*

Hoitoon hakeutumiseen ja hakeutumatta jättämiseen on todettu olevan useita syitä, joita ovat muun muassa luottamuspula ammattiauttajia ja auttamisinstituutiota kohtaan. Mattila-Aalto (2009) kutsuu osaa päihde-

riippuvaisista päihdehuollon poiskäännyttämiksi kuntoutujiksi. Myös omassa aineistossani havaitsin luottamuspuhua ammattiauttajia kohtaan: *”Pikkuisen huolestuttaa. Poikki pitäisi saada, tuntuu tulevan paha tapa. Kävin A-klinikalla, mutta suurin piirtein alkukeskustelun jälkeen täti sanoi, että lähe meneen. Et sinä mikään alkoholisti ole. Etsi itsellesi tavallinen lääkäri ja terapeutti. Olin kai vielä liian hyväkuntoinen tuohon taloon. Siitäkin huolimatta, että historiassa on rankka juomista, asiointia kyseisellä klinikalla eri kaupungissa ja avioero juomisen takia...”*. Epäluottamus päihdejärjestelmää kohtaan on syntynyt Mattila-Aallon tutkimuksen mukaan poiskäännyttämisen seurauksena, ei niinkään järjestelmän piirissä koetusta epäilystä. Joissakin aineistoni viesteissä ilmaistiin, että avun hakija ei vielä ollut riittävän huonossa kunnossa päästäkseen hoitoon. *”Niillä ideana ajaa ihminen niin kehoon kuntoon, että alkaa vaikka aa-uskovaiseksi, selvittääkseen hengissä... Ateisti ei saa apua kovin helpolla, ois kai pitänyt naida naispappi, että ois saanut apuja sairauteensa. Hiton hellarit ja hihhulit vaan aina kimpussa, kun on koittanut antabustakaan kysellä. En mene kerholla, enkä mene klinikalle.”*

AA-ryhmä vertaistukena jakaa tutkimusten (esim. Ollikainen 2004) mukaan voimakkaasti päihderiippuvaisten mielipiteitä. Osa vastustaa jyrkästi 12-askeleen ohjelmaa ja kokee ohjelman liian uskonnolliseksi. Osa kokee saaneensa avun AA-ryhmästä. Elina Kotovirta totesi tutkimuksessaan NA-ryhmästä, että joidenkin yksittäisten henkilöiden fanaattisuus ajoi osan ihmisiä pois kyseisen avun piiristä. Omassa aineistossani tuli esille sekä myönteisiä että kielteistä kommentointia AA-liikkeeseen liittyen. *”AA ja A-klinikka on minut pitänyt kuosissa jo vuosia. Enkä ollu edes vielä ’katuojassa’ kun hain ekan kerran ulkopuolista apua juoppouteeni.”* *”Siihen auttaa usko korkeimpaan voimaan, jumalaan. Sekä käynti kerholla toipumassa, koko loppuikänsä, päivä kerrallaan.”* *”Jos AA ei sovi esimerkiksi mulle, niin jollekin toiselle se voi vaikka sopiakin. Ovat vieläpä täysissä järjissään.”* Myös muita hoitomuotoja arvioitiin viesteissä: *...”joku minnesota tms on täyttänyt kaikki mahdolliset mahdollisuudet mainostaa itseään. Sekin muuten on aa-firma, kuten suurin osa muistakin. siis liikeriityksiä. Kyllä sille lapselle apu löytyy, A-klinikkahan se ensimmäinen on. Jos saat lapsesi sinne, sieltä pitää löytyä tiedot kaikista mahdollisista jatkoterapioista, myös uskonnottomista.”* Virtuaaliryhmiin liitytään usein juuri sen vuoksi, että henkilön ympäristössä ei ole tarjolla hänelle sopivia ryhmiä. AA-ryhmää eivät kaikki päihdeistä toipuvat koe omakseen ehkä juuri ohjelmallisuutensa vuoksi.

Aineistossani tuli esille se, kuinka vaikeaa on yrittää toimia verkossa sellaisten toimintamallien ja -käytäntöjen mukaisesti, jotka on rakennettu kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen varaan. Esimerkkinä kasvokkain tapahtuvan vertaistuen puhekäytännöistä ovat AA-puheen säännöt Ollikaisen (2004, 103–105) mukaan: 1. Älä keskeytä puhujaa. 2. Puhu omista

kokemuksistasi. 3. Puhu niin rehellisesti kuin pystyt. 4. Älä puhu toisten ihmisten yksityisasiasta. 5. Älä saarnaa uskontoa tai luennoi tieteellisiä teorioita. 6. Saat puhua omista vaikeuksistasi AA:n ohjelman omaksumisessa, mutta älä aseta ohjelmaa kyseenalaiseksi. 7. Älä kiistä tai aseta kyseenalaiseksi aiempia puheenvuoroja. 8. Älä neuvo muita AA:n jäseniä. 9. Älä esitä muiden AA:n jäsenten käyttäytymisen syitä. 10. Älä esitä muiden AA:n jäsenten käyttäytymisen psykologisia tulkintoja

Samankaltaisia ohjeita ei löydy esimerkiksi Suomi24.fi-keskustelukanavan verkkokirjoittelun ohjeista. Ainostaan palstan luotseille annetaan valtuudet poistaa asiattomiksi arvioimansa viestit. Kun toisen puheenvuoron kommentointi tai kiistäminen on AA-puheessa kielletty, on se verkkokirjoittelussa puolestaan enemmän sääntö kuin poikkeus. Verkko keskustelijat myös arvostelevat toistensa puheenvuoroja, kun taas AA-puheessa kommentointia ei hyväksytä. Verkossa sosiaalisuus rakentuu eri tavalla kuin kasvokkain kommunikoivissa ryhmissä. Keskusteluihin on oikeus osallistua tai olla osallistumatta, keskustelijalla on vähemmän vastuuta sanomisistaan, yksilöllisyys korostuu voimakkaasti, klikkiytyminen on suosittua jne. Tarkastelemissani viesteissä toisten ilmaisujen arvostelua ja ylipäättään negatiivista kommentointia tuli esiin paljon (32 %) verrattuna esimerkiksi useisiin Päihdelinkin vertaisryhmiä koskeviin tutkimuksiin, lukuun ottamatta Ollikaisen (2004) tutkimusta. Tosin myös Aaltosen (2010) tutkimuksessa tuli esille, että myös Päihdelinkin Voimapiiri-keskusteluissa keskustelijat turhautuivat siihen, että verkkokeskustelut ajautuivat helposti negatiivisiksi väittelyiksi ja pelkäsi juomisen raportoinniksi. Samankaltaista turhautumista on havaittavissa myös omassa aineistossani erityisesti analyysin ulkopuolelle jääneessä keskusteluketjussa keskustelukanavan ilmapiiristä ja kirjoitustyylistä. Toiveita asiallisempaan kirjoitteluun ja keskustelujen moderointiin esitettiin: *”Uudet määreet entisten sheriff en, ovatko he sitten luotseja vai mitä oli nostattaa yhteishenkeä ja nostattaa keskustelujen tasoa. Miksi ette edes käy palstalla. Luopukaa virasta jos ei työ kiinnosta. Itse olen alkoholisti niin kuin varmasti monet muutkin palstalla kävijät ja tarvitsisin apua. Antakaa jonkun muun yrittää jos ette itse pysty!”*

Tutkielmani pohjalta pohdin vielä lopuksi sitä, minkälainen merkitys virtuaalitukiryhmän antamalla sosiaalisella tuella voisi olla päihderiippuvuudesta toipumisessa. Toipumisessa keskeisenä on pidetty dialogisia prosesseja ja niiden tuloksena omiin kokemuksiin liitetään uutta aineista tai niille annetaan uusi merkitys. Myös päätöksen julkistaminen on sellaista dialogisuutta, joka on keskeistä toipumisessa, esimerkiksi juomisensa lopettanut kertoo asiasta muille. (Koski-Jännes 1998, 173–189). Tämän tutkielmani perusteella arvioin, että verkkokeskustelijoiden viesteissä näkyy enemmän kirjoittajien omien tilanteiden arviointeja, kuin pohdiskelua siitä, miten toisen keskustelijan ajatukset voisivat auttaa näkemään esimerkiksi

omat kokemukset uudessa valossa. Vertaisryhmä voi auttaa jäsentä ratkais-tavan ongelman tunnistamisessa ja tietoisuuden lisääntymisessä. Omasta aineistostani voisin todeta, että tapa auttaa virtuaaliryhmän jäsentä tunnis-tamaan ja tiedostamaan ongelmaansa oli useimmiten melkoista ”läimin-tää”, kuten seuraava ilmaisu osoittaa: *”Olet liipasimella. Tuossa elämän-tilanteessa moni ukko on alkanut juoppoutumaan tosissaan, ja lopuksi tippunut kaikista kehistä ulos”*. Toisaalta, kuten aiemmin esittämäni sitaati ”törkyjutuista” antaa ymmärtää, osa päihderiippuvaisista saattaa kokea ”herätyksen” edellisen kaltaisesta läimin-nän seurauksena. Osassa viesteistä kirjoittavat antoivat asiallista informaatiota erilaisista hoitovaihtoehtoista ja kehottivat avun hakijaa ottamaan yhteyttä viralliseen hoitojärjestelmään. Osa kirjoittajista taas arvosteli voimakkaasti hoitojärjestelmää ja viesteissä tuli esille myös hyvin epämääräistä informaatiota. Näiden viestien perus-teella apua hakevan on melko vaikea löytää itselleen soveltuvaa avun läh-dettä.

Aineistossani en havainnut juurikaan yksittäisten henkilöiden muutos-ponnistelujen tukemista tai vahvistamista. Emotionaalista tukea, kuten em-patiaa ja rohkaisua tai sosiaalista kumppanuutta, kuten esimerkiksi avun tarjoamista oli vähän. Tästä voisi päätellä että todelliseen päihderiippuvuu-desta toipumiseen tältä virtuaalikanavalta saa melko vähän tukea. Monissa viesteissä tulee esiin vanhan toistaminen, inttäminen ja kaavamaisten oh-jeiden antaminen. Anonymiteetin sanotaan olevan yksi verkkotukiryhmän toiminnan suojaava tekijä. Emma Vanhasen (2009) tutkimuksen mukaan nimimerkin käyttö verkossa saattaa tukea avointa ja intiimiä keskustelua vaikeiksi ja häpeällisiksi koetuissa asioissa. Oma aineistoni tukee Vanha-sen arviota siinä, että keskustelijat saattoivat tuoda esille hyvinkin intiime-jä asioita kirjoituksissaan esimerkiksi alkoholin ja juomisen vaikutuksista seksuaalielämäänsä. Kasvokkain tapahtuvan vertaistuen anonymiteetti osoittautuu usein harhaiseksi käsitykseksi. Monet saattavat tuntee vertais-ryhmänsä jäseniä jo pidemmältä ajalta sekä muodostaa ystävyys- ja pari-suhteita, jolloin vertaisryhmässä voi joutua ahdistaviin tilanteisiin. Myös Mattila-Aallon (2009) NA-ryhmän jäsenten tutkimuksessa eräs kuntoutuja oli kokenut vertaistukiryhmän toiminnan ahdistavana: Hän ei olisi lähtenyt koskaan mukaan päihdekuntoutukseen, mikäli olisi alussa ymmärtänyt yh-teiseen reflektointiin liittyvän itsensä kohtaamisen vaativuuden. Edellisiin tilanteisiin verrattuna verkkotukiryhmä tarjoaa ihmiselle suojatumman ja vähemmän vaatimuksia esittävän ympäristön.

Ollikainen (2004) on arvioinut virtuaalitukikanavien ohjausta ja vaati-nut keskusteluihin valvontaa sillä perusteella, että valvomattomat keskuste-lut eivät vastaa auttamisen eettisiä perusteita. Verkkojulkaisijan on kannet-tava vastuunsa keskustelufoorumien moderoinnista. Myös sanavapauslaki edellyttää keskustelujen valvomista. Oman tutkielmani pohjalta päädyn samaan lopputulokseen. Myös Suomi24.fi:n Alkoholi-keskustelukanavan

kirjoittajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että keskustelupalstalta tulisi poistaa asiattomat ja epäasiallista kielenkäyttöä sisältävät viestit. Ongelmaksi näyttää nousevan kuitenkin epäasiallisen kirjoittelun raja: mikä katsotaan epäasialliseksi? Keskustelupalstan kirjoittajilla on monenlaisia mielipiteitä siitä: *”Juu seriff t. Ne ja muut uskovaiset pilas palstan. Alkoholismista tai siihen liittyvistä asioista ei palstalla saanut keskustella olenkaan. Ainoat asiat, mistä sai keskustella oli aa- n kaksitoista askelmaa ja täysraittius. Vajaa kymmenen vuotta sitten tämä vielä toimi hyvin, sitten ilamaantui raithis typerine uskonveljineen terrorisoimaan palstaa...”* tai *”Kirjoitin tälle palstalle oikeasti asiallisen viestin noin viikko sitten jossa kerroin siitä kuinka pääsin kohtuukäyttöön. Ilman ainoatakaan kirosanaa tai alapään juttua. Sekö lienee ollut vikana, kirjoitus poistettiin melko pian. Tarkoitus oli kannustaa niitä jotka pyrkivät samaan tilanteeseen...”* tai *”Itse eksyin palstalle kun omalla lapsellani on ongelma, eikä tahdo mennä aa:han. Jos minä neuvon niin ottaa kritiikkinä. Oisin mielellään kuullut toisten kokemuksia. Kun avaa palstan ja lukee otsikot... ei hyvää päivää...”*

Ammattilaisten ohjaamien verkkokeskustelujen on väitetty jopa yhdistävän ”kahden maailman parhaat puolet”, kun niissä on tarjolla sekä avoimen verkon anonymiteetti että ammattiauttamisen etiikka ja valvonta. (Ollikainen 2004). Myös Alkoholi-keskustelupalstalle toivottiin esimerkiksi A-klinikan työntekijöitä mukaan keskusteluun. Ammatilaisen tulisi kuitenkin pysyä oman kokemukseni mukaan melko neutraalina kannanotoissaan välttääkseen voimakkaan vastarinnan ja sosiaalisen eristämisen, mikä tuli esille analyysini ulkopuolelle jääneessä viestiketjussa (s. 25–26). Ammatilaisen tulisi varoa erityisesti moralisointia ja itsensä nostamista ryhmän jäsenen yläpuolelle. Virtuaalitukiryhmässä ammatilaisen tulisi käyttäytyä mahdollisimman tasavertaisesti ja tukiryhmän jäseniä kunnioittaen. Myös yhteisten sääntöjen ja esimerkkien luominen ns. asialliselle keskustelulle voi auttaa ylläpitämään keskustelun tasoa ja rajaamaan sitä.

Mitä opin tutkielmani kautta? Kaiken lukemani kirjallisen materiaalin avulla tutustuin päihderiippuvuuteen vertaistuen näkökulmasta. Kyseinen aihealue oli minulle aiemmin melko vieras, vaikka työssäni suosittelinkin niin kasvokkaisia kuin virtuaalisia vertaistukiryhmiä avuksi runsaasti päihteitä käyttäville asiakkaille. AA-ryhmän toimintaan tutustuin myös syvemmin sekä kirjallisuuden avulla että virtuaalikanavan kirjoittajien kautta. Uskonnollisuuden merkitys AA:ssa avautui paremmin. Tutustuin myös sosiaalisen tuen erilaisiin määrittelytapoihin. Jälkeenpäin pohdin, oliko Anniina Aaltosen (2003) soveltama sosiaalisen tuen typologia paras mahdollinen omassa analyysissäni, koska negatiivisen ”tuen” osuus kyseisestä luokitusta käytettäessä kasvoi melko suureksi. Toisaalta positiivista oli, että luokitus tarjosi melko yksityiskohtaisen erittelyn sosiaalisen tuen muodoista sovellettuna nimenomaan virtuaalikommunikointiin. Se helpot-

ti analyysiäni. Sosiaalisen tuen muotojen ilmenemisen luokittelu omassa aineistossani oli kuitenkin aluksi melko haasteellista. Oli ajoittain vaikea selvittää, mitä keskustelija viime kädessä tarkoitti kirjoituksellaan. Tätä vaikutti nimenomaan se, että virtuaalikeskustelussa ei näe eikä kuule muuta nonverbaalia viestintää. Siten viestien sisällöt ovat tulkinnanvaraisia. Joku toinen ”tutkija” olisi voinut tulkita viestejä toisin.

Tutkielmani kautta opin myös sen, että vertaistuki kasvokkain ja verkossa ovat kaksi eri asiaa. Samat lainalaisuudet eivät päde. Anonymiteetti verkossa mahdollistaa hyvin toisenlaisen kommunikaation, kuin mitä se on kasvotusten tapaavassa vertaistukiryhmässä. Verkossa päihderiippuvaisen maailma tuodaan esille raadollisemmin. Myös ammattilaiselle on tärkeää tutustua kyseiseen maailmaan, joka ei välttämättä näy yhtä selvästi palvelujärjestelmän sisällä toimiessa. Eräs Alkoholi-keskustelukanavan kirjoittajan kriittinen viesti ammattiauttajan moralisointiin oli kuvaava: ”Tervetuloa reaali maailmaan!” Suomi24.fi:n Alkoholi keskustelukanavan suurin hyöty lienee siinä, että sen antama tuki voi alkuvaiheessa tarjota päihderiippuvaiselle vinkkejä ja auttaa tiedostamaan sekä ymmärtämään omaa tilannetta paremmin. Todelliseen päihderiippuvuudesta irrottautumiseen uskon kuitenkin A-klinikkasäätiön Päihdelinkin moderoitujen virtuaalitukiryhmien antavan enemmän tukea. Kaiken kaikkiaan olen itse tyytyväinen lopputyöni aihevalintaan sekä tehtävän kautta saamaani tietoon. Uskon, että voin tulevaisuudessa hyödyntää tietoa ja kokemustani virtuaalikeskustelujen parissa vaikkapa virtuaalitukiryhmän moderaattorina.

Lähteet

- Aaltonen, Annina 2009: ”Me ollaan kaikki Sankareita, Limperin Hilmoja, Selviytyjiä”. Laadullinen tapaustutkimus Voimapiiri-tekstiviestipalvelun vertaistukiryhmien vuorovaikutuksesta ja sosiaalisesta tuesta sekä selviytymiskeinoista ja -resursseista. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipsykologian laitos (Pdf)
- Inkinen, Maria & Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2006: Päihdehoitotyö. Tampere. Tammerpaino Oy.
- Jokinen, Arja & Suoninen, Eero 2000: Esipuhe. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.): Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapia-työn arjesta. Tampere. Vastapaino, 7–11.
- Koski-Jännes, Anja 1998: Elämä muutoksen jälkeen. Teoksessa Koski-Jännes, A. & Jussila, A. & Hänninen, V. (toim.): Miten riippuvuus voitetaan. s. 141–165. Keuruu: Otava.
- Kotovirta, Elina 2009: Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tutkimus 10/2009. Helsinki.
- Kuusisto, Katja 2010: Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Tampereen yliopistopaino. (Pdf)
- Kysy kirjastonhoitajalta. Kirjastot.fi <http://www.kirjastot.fi/kysy/arkistohaku/kysymys/?ID=88c1e83b-3538-4eac-8e98-940126cd2004>
- Matikainen, Janne 2006: Vuorovaikutus ja sosiaalisuus verkossa. Teoksessa Pekka Aula & Janne Matikainen & Jukka Villi (toim.): Verkkoviestintäkirja. Helsinki. Palmenia. 177–195
- Mattila-Aalto, Minna 2009: Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Kuntoutussäätöön tutkimuksia 81/2009. Yliopistopaino. (Pdf)
- Munnukka, Terttu & Kiikkala, Irma & Vakama, Katri 2005: Vertaiset verkossa, Nettiäidit virtuaalihakalaatikolla. Teoksessa Marianne Nylynd & Anne Birgitta Eyung (toim.): Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere. Vastapaino. 236–254.
- Nylund, Marianne 1996: Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Aila-Leena Matties & Ulla Kotakari & Marianne Nylund (toim.): Välittävät verkostot. Tampere. Vastapaino, 193–205.
- Nylynd, Marianne 2005: Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylynd & Anne Birgitta Eyung (toim.): Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere. Vastapaino. 195–213.
- Ollikainen, Heikki 2004: Turmiolan Tommi internetissä. Sisällönanalyysi Päihdelinkin alkoholismikeskustelusta. Lisensiaattitutkielma. Tiedotusoppi. Tampereen yliopisto. (Pdf)

- Päihdelinkin keskustelualueen säännöt. Päihdelinkki. A-klinikkasäätiö. <http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-keskustelualueen-saannot> (viitattu 16.11.12)
- Ruisniemi, Arja 2006: Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet, Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Sjöholm, Markus 2011: Jäsenten kokema edistyminen peliongelmaasta toipumisessaan kolmessa virtuaalisessa Pelivoimapiiri-vertaistukiryhmässä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipsykologia. (Pdf)
- Suomi24.fi – palvelun säännöt. Suomi24 Oy. <http://www.suomi24.fi/opastus/s24/saannot/> (viitattu 16.11.12)
- Turku, Riikka 2007: Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Vanhanen, Emma 2009: Riippuvuuden hallintaa – Puolisoiden verkkokeskustelua päihdeongelmasta. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. (Pdf)

14 ”Tämä se on sitä terapijjaa!” - Osallistujien kokemuksia toimintapäivistä Taivalkoskella

Johanna Kurtti

Artikkeli kuvaa ryhmämuotoista toimintaa osana matala kynnyksen palveluiden kehittämistä Taivalkoskella. Ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen lähti Taivalkoskella liikkeelle Virta-hankkeen myötä. Tarve matalan kynnyksen palveluiden kehittämiseen tuli käytännön työstä. Olemassa olevat palvelut toimivat hyvin, mutta niiden rinnalle kaivattiin uudenlaisia palveluita, joihin asiakkaan olisi helppo tulla. Myös palveluiden portaittaisuutta pidettiin tärkeänä, jotta asiakas pystyisi etenemään oman kuntoutumisen myötä tarpeenmukaisiin palveluihin. Ryhmämuotoinen toiminta perustui toimintapäiviin, joita järjestettiin neljä kertaa. Mallia retkeily-tyyppisestä toimintapäivien järjestämisestä otettiin A-killan toiminnasta. Toiminta sopii hyvin paikkakunnalle, jossa luonto ja siihen liittyvät harrastusmahdollisuudet ovat tärkeitä asioita. Toimintapäiviä alettiin järjestää Virta-hankkeen ja päihdetyöntekijän yhteistyönä keväällä 2012.

Virta-hankkeen alkuvaiheesta lähtien Taivalkoskella on pyritty löytämään uusia keinoja asiakkaan tavoittamiseksi. Hankkeessa on keskitytty erityisesti pitkäaikaisten toimeentulotukiasiakkaiden työ- ja toimintakyvyn selvittämiseen ja palvelukokonaisuuksien rakentamiseen. Punaisena lankana on koko hankkeen ajan ollut palveluohjaus. Asiakkaat ovat ohjautuneet hankkeen piiriin sosiaalitoimiston kautta. Hankkeen aika haastatelluilta asiakkailta on kokonaistilanteen kartoittamisen lisäksi kysytty kokemuksia paikkakunnan palveluista ja niiden toimivuudesta. Hankkeessa on tehty kotikäyntejä asiakkaiden luokse yhteistyössä päihdetyöntekijän ja sosiaalityöntekijän kanssa. Hanketyöntekijä on toiminut kotikäynneillä työparina perusorganisaation työntekijöille.

Säännöllistä (työikäisten) työelämän ulkopuolella olevien päivätoimintaa ei ennen Virta- hanketta ollut Taivalkoskella. Kuntouttava työtoiminta toimi työllistämisyksikön alla jo ennen hanketta. Kuntouttavan työtoiminnan kehittämisessä keskityttiin nimenomaan prosessin vahvistamiseen, ohjaukseen ja vaikuttavuuteen. Kuntouttavan työtoiminnan roolin selkeyttämiseksi ja sosiaalityön mahdollisuuksien vahvistamiseksi se päätettiin hankkeen aikana siirtää hallinnollisesti sosiaalitoimen alle. Ei riitä että on olemassa palveluita. On tärkeää miettiä myös sitä, miten asiakkaat ohjautuvat oikeiden palveluiden piiriin. Palveluiden tulisi olla kuntalaisten tiedossa ja niiden piiriin tuleminen kynnys ei saa olla korkea.

Päätimme yhdessä päihdetyöntekijän kanssa järjestää asiakkaille uudenlaisia mahdollisuuksia tutustua palveluihin ja työntekijöihin. Ylä-Kainuun A-kilta toimii aktiivisesti ja järjestää jäsenilleen säännöllisesti ulkoilu-/toimintapäiviä, joissa korostuvat yhdessäolo, luonto ja vertaistuki. Ylä-Kainuun A-killan Matti Moilanen oli mukana A-kiilojen liiton RAY-rahoitteisessa ”Selvästi metsässä” -projektin järjestämässä Kiltakoutsikoulutuksessa. Koulutuksen tavoitteena oli koulutuksen osallistujien osaaminen järjestää omassa A-killassaan luontoretkiä ja erilaisia koulutus tapahtumia. Selvästi metsässä -projektin tavoitteena oli tukea A-kiiltalaisia terveellisemmissä elämänvalinnoissa sekä A-kiilojen toiminnallisuuden ja vireyden lisääminen (Selvästi metsässä -projektin 2009–2011 loppuraportti, A-kiilojen liitto ry.)

Toimintapäivistä saatu suora palaute oli positiivista ja kannustavaa. Toiminnan suunnittelun ja kehittämisen myötä myös tarve kokemuksen kirjaamiselle tuli ajankohtaiseksi. Päivätoiminnan ja kuntouttavan työtoiminnan kehittämisen lähtökohtana on koko Virta-hankkeen ajan ollut paitsi työntekijöiden asiantuntemus ja osaaminen, myös asiakkaiden kokemusasiantuntijuus ja osallisuus. Asiakkaan mukaan ottaminen palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen on tämän päivän sosiaalityössä ajankohtainen asia. Marja-Liisa Havio ym. (2008, 236) ovat maininneet asiakkaan näkökulman esiin tuomisen tutkimisen yhdeksi haasteeksi lähiaikojen päihdetyössä (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 236). Tähän haasteeseen pyritään vastaamaan myös kansallisilla kehittämisohjelmilla, joissa asiakkaan osallisuus ja asiantuntijuus on nostettu tärkeäksi osaksi kehittämistyötä. Vuoden 2012 aikana pidettiin neljä toimintapäivää, joista yksi kaksipäiväinen. Kohderyhmän olivat päihdetyön asiakkaat. Toimintapäivistä tiedotettiin asiakkaita sekä henkilökohtaisesti että terveyskeskuksen, sosiaalitoimiston ja seurakunnan yleisillä ilmoitustauluilla.

Tämän kehittämistyön tavoitteena on tuoda esille asiakkaiden ajatuksia toimintapäivistä ja päivätoiminnasta sekä niiden kehittämisestä. Selvitystä varten haastateltiin neljää päihdetyön asiakasta, jotka ovat osallistuneet toimintapäiviin. Tutkimuksen lopussa on päihdetyöntekijä Mervi Pihlajan ajatuksia toimintapäivistä ja säännöllisestä päivätoiminnasta työnteki-

jän näkökulmasta. Työn otsikko ”Tämä se on sitä terapijaa” liittyy siihen hetkeen kun ajatus selvityksen tekemisestä syntyi. Tolokun tuvan tiloja kunnostettaessa yksi asiakkaista totesi seinää hioessaan ”Tämä se on sitä terapijaa”. Lause sai kannatusta myös muilta mukana olleilta; yhdessä tekeminen on mukavaa.

Virta-hanke

Virta-hanke on Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla toimiva Kaste-ohjelmaa toteuttava hanke, jonka tavoitteena on syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden syrjäytymisen ehkäiseminen, osallisuuden lisääminen ja sosiaalinen vahvistaminen. Hankkeen toteuttamisaika on 1.4.2011–31.10.2013. Hanketta hallinnoi Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Hanketta rahoittaa Sosiaali- ja terveysministeriö (75 %). Mukana olevat toteuttajaorganisaatiot rahoittavat toimintaa omarahoitusosuutensa kautta. Hankkeen toteuttajaorganisaatioita ovat Kainuun maakunta-kuntayhtymän lisäksi Kuusamon, Oulaisten ja Oulun kaupungit, Oulunkaaren kuntayhtymä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Raahen seudun hyvinvointi-kuntayhtymä ja Taivalkosken kunta. Eri toteuttajaorganisaatiot toteuttavat hanketta eri osahankkeissa hieman erilaisin painotuksin, oman alueen tarpeiden mukaan.

Taivalkosken hankkeen kehittämiskohteina ovat erityisesti kuntouttava työtoiminta ja päivätoiminta. Lisäksi hankkeessa on kehitetty palvelukokonaisuuksia, jotta kohderyhmään kuuluville asiakkaille voitaisiin tarjota entistä kokonaisvaltaisempia palveluita oikea-aikaisesti. Hankkeen aikana asiakkaille on päivätoiminnan – ja kuntouttavan työtoiminnan matalan kynnyksen yksikön perustamisen lisäksi järjestetty neuropsykologisia tutkimuksia työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi. Koska hankkeessa pyritään pääsemään pirstaleisista palveluista kohti kokonaisvaltaisia palvelukokonaisuuksia, on neuropsykologin tutkimusten jälkeen järjestetty verkostopalavereita, joissa on yhdessä asiakkaan, neuropsykologin ja paikallisen työntekijäverkoston kanssa käyty läpi tutkimustulokset ja se, miten ne tulee huomioida asiakkaalla itsellään omassa elämässään ja hänelle järjestettävissä palveluissa. Näin pystytään suunnittelemaan asiakkaalle kokonaisvaltainen kuntoutumispolku, jossa palvelut ovat oikeanlaisia ja oikea-aikaisia.

Taivalkoskella aloitti Virta-hankkeen myötä syksyllä 2012 toimintansa päivätoiminnan ja kuntouttavan työtoiminnan yksikkö ”Tolokun tupa”. Tolokun tupa on matalan kynnyksen yksikkö, jossa on mahdollisuus saada kokonaisvaltaista ohjausta sekä työnteossa että elämänhallinnassa. Tilat sijaitsevat Taivalkosken terveyskeskuksen läheisyydessä Tolokun tupa on asiakkaiden kanssa yhdessä suunniteltu. Varsinainen toiminta alkoi tilojen kunnostamisella ja sisustamisella. Tulevaisuudessa Tolokun tuvalla tulee

toimimaan sosiaalitoimistoon lahjoituksena annettujen vaatteiden huolto ja kierrätys, korujen valmistus, kahvilatoiminta jne. Toimintaa ja sen sisältöä kehitetään jatkuvasti yhdessä asiakkaiden kanssa.

Toimintapäivien sisältö

Ensimmäinen toimintapäivä pidettiin 22.5.2012 Taivalkosken seurakunnan leirikeskuksessa Jokijärvellä. Taivalkosken seurakunta tarjosi tapahtuman puitteet ja sosiaali- ja terveystoimi tarjoilun. Tapahtumaan kutsuttiin mukaan Ylä-Kainuun A-kilta, sekä Pohjois-Suomen A-kiltojen liiton toiminnanohjaaja Jaana Heikkinen. Jokijärven toimintapäivään osallistui noin kaksikymmentä henkilöä. Toimintapäivän alussa minä Virta-hankkeen edustajana toivotin osallistujat tervetulleiksi ja kerroin Virta-hankkeesta sekä toimintapäivän ajatuksesta. Tämän jälkeen A-kiltojen liiton Pohjois-Suomen toiminnanohjaaja Jaana Heikkinen kertoi A-killan toiminta-ajatuksesta ja Matti Heikkinen A-killan toiminnasta Suomussalmella. Päivän aikana rentouduttiin makkaranpaiston, mölökyn ja vapaamuotoisen jutustelun merkeissä. Päivän päätteeksi keskusteltiin osallistujien kanssa toimintapäivien järjestämisestä jatkossa. Toimintapäiviin osallistumiseen oli innostusta ja seuraavan toimintapäivän suunnittelu käynnistyi heti. Osallistujien kanssa mietittiin sopivaa paikkaa seuraavalle toimintapäivälle. Sovittiin että toimintapäivät järjestetään Taivalkoskella sijaitsevilla yleisillä laavuilla jne. jotta paikkakunnan mahdollisuudet tulisivat kaikille tutuiksi ja niissä olisi mukava käydä myös toimintapäivien ulkopuolella.

Toinen toimintapäivän toteutus suunniteltiin yhdessä osallistujien kanssa. Toimintapäivä pidettiin Tilsan kodalla 18.6.2012. Toiseen toimintapäivään osallistui seitsemän henkilöä. Mukana oli myös seurakuntapastori Kaarina Rauhala Taivalkosken seurakunnasta. Päivän aikana Rauhala kertoi seurakunnan toiminnasta ja mahdollisuuksista. Osallistujat olivat kiinnostuneita mm. vapaaehtoistyöstä seurakunnassa. Päivän aikana keskusteltiin myös Virta-hankkeesta ja osallistujien toivomuksista kehitettävien palveluiden suhteen. Osallistujat toivoivat jatkoa toimintapäiville. Toivomuksena oli että seuraava toimintapäivä olisi kaksipäiväinen. Lisäksi alettiin ideoida säännöllistä päivätoimintaa Taivalkoskella.

Kolmas toimintapäivä oli osallistujien toiveiden mukaisesti kaksipäiväinen 16.–17.8.2012. Päivät järjestettiin Ylimaalla, lammen rannalla sijaitsevalla mökillä jossa oli mahdollisuus kalastukseen, marjastukseen, saunomiseen makkaranpaistoon jne. Taivalkosken vapaa-aikatoimi järjesti osallistujille frisbeegolf- koulutuksen, jonka jälkeen lajia harjoiteltiin koko porukalla. Päivien aikana suunniteltiin tulevaa päivätoimintaa ja esiteltiin AA-toimintaa. Muutoin ohjelma oli vapaamuotoista. Osallistujia oli seitsemän. Mökillä yöpyi ohjaajien lisäksi kaksi osallistujaa.

Neljäs toimintapäivä pidettiin 9.10.2012 Susijärven laavulla. Toimintapäivään osallistui seitsemän henkilöä. Neljännessä toimintapäivässä ei ollut varsinaista teemaa tai ohjelmaa. Vapaamuotoisessa päivässä keskusteltiin makkaranpaiston ohessa jo toiminnassa olevasta Tolokun tuvasta (kuntouttavan työtoiminnan ja päivätoiminnan yksikkö) ja kokemuksista toimintaan osallistumisesta.

Voimaantuminen ja osallisuus

Osallisuus voi mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta toteutua monella tavalla. Laitilan (2010, 139) mukaan on havaittavissa ainakin kolmenlaista tapaa, joilla osallisuus voi tulla esille: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden kehittämiseen.

Helena Tuorilan (2009) mukaan terveystalouden tarjonta on perustunut aikaisemmin pitkälti terveystalouden järjestelmän tarpeisiin. Hänen mukaansa yhteiskunnallinen kehitys on tuonut mukanaan mallin, jossa potilaiden rooli on muuttunut aktiivisemmaksi eikä potilaan rooli enää ole pelkästään passiivisesti ottaa vastaan järjestelmän näkökulmasta rakentuneita palveluita. Tuorila puhuu tässä yhteydessä potilaiden voimaantumisesta, jonka myötä he kokevat että päätösvalta sekä sairauteen liittyvissä asioissa että yleisemmin omaan elämään liittyen on heillä itsellään. (Tuorila 2009, 102–103)

Asiakkaiden osallisuus on ollut punaisena lankana Taivalkoskella tehtävässä kehittämistyössä Virta-hankkeen aikana. Asiakkaita on kuultu heti hankkeen alkuvaiheessa palvelukokonaisuuksia selvitettäessä. Hankkeen alkuvaiheessa tehtyjen haastattelujen lisäksi asiakkaat ovat olleet koko hankkeen ajan mukana kehittämässä toimintoja tuomalla oman kokemus-asiiantuntijuutensa kautta esille asiakasnäkökulmaa. Lisäksi hankkeen aikana on asiakkaille tuotu tietoa palvelujärjestelmästä ja sen mahdollisuuksista. Asiakkaiden kanssa yhteistyössä on lähdetty rakentamaan heille yksilökohtaista, oikea-aikaista ja tarpeenmukaista palvelukokonaisuutta. Tiedonsaannilla ja moninaisella palvelujen tarjonnalla on tutkimusten mukaan merkitystä potilaan voimaantumiseen. (Tuorila 2009, 106, 116)

Taivalkoskella haluttiin panostaa yksilöohjauksen lisäksi myös yhteisössä tapahtuvaan kuntoutumiseen ja vertaistukeen. Samalla tarkasteluun otettiin työntekijän rooli toiminnan ohjaamisessa osana yhteisöä. Alusta lähtien tärkeänä pidettiin sitä, että asiakkaat itse saavat aidosti vaikuttaa asioihin olemalla mukana toiminnan suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä. Tämän tulee kuitenkin tapahtua niin, että työntekijät ovat vastuullisia toimijoita asioiden käytäntöön panemisessa. Ei ole tarkoituksenmukaista

että asiakkaille asetetaan liian suuria paineita ja vastuita. Huomioon on otettava myös toimintaa säätelevät lait ja asetukset.

Yhteisön pelisäännöt on rakennettu yhdessä asiakkaiden kanssa. Taivaitteena on toimiva yhteisö, jossa kaikki tuntevat olonsa kotoisaksi ja kokevat kuuluvansa porukkaan. Asioista tulee voida keskustella avoimesti.

Ryhmämuotoisessa vertaistoiminnassa keskeisimpiä asioita ovat kokemusten jakaminen, identiteetin selkiytyminen, voimaantuminen, yhteisöllisyys, ystävyys ja kansalaistoiminta. (Jyrkämä 2010, 26). Vertaistuen merkitys kuntoutumisessa on merkittävä. Vertaistuen kautta osallistujat voivat huomata että on muitakin samassa elämäntilanteessa olevia ja jakaa kokemuksiaan heidän kanssaan. Toiminnasta voi saada tietoa ja vinkkejä arjesta selviytymiseen. Vertaistuesta on olemassa erilaisia määritelmiä, joille yhteistä on sen liittäminen johonkin elämäntilanteeseen tai ongelmaan. Olennaista vertaistuessa ovat osallistujien omat kokemukset ja vastavuoroisuus. Vertaistuki ja ammattiapu ovat eri asioita, mutta eivät sulje toisiansa pois. Päinvastoin ne voivat tukea toinen toistensa vaikutuksia rinnakkain järjestettynä. Vertaistukitoiminta voi olla kahdenkeskistä, ryhmämuotoista tai verkossa tapahtuvaa. Vertaistuessa kaksi tai useampi samassa tilanteessa olevaa henkilöä käy läpi omia kokemuksiaan. Vertaistukitoiminta voi olla omaehtoista, jolloin toiminnan taustalla ei ole virallista yhteisöä. Vertaistukitoiminta voi olla myös eri tahojen järjestämää. Vertaistukitoimintaa järjestävät eri muodoissaan mm. yhdistykset ja järjestöt, mutta se voi olla myös ammattilaislahon järjestämää toimintaa tai näiden kahden yhteistoimintaa. Toiminta voi olla ohjattua. Parhaimmillaan vertaistuki johtaa osallistujien voimaantumiseen. (Laimio & Karnell 2011, 11–19). Eettisyyden kannalta vertaistukitoiminnassa on otettava huomioon salassapito-/vaitiolovelvollisuus, vastavuoroisuus, tasavertaisuus, toisen ihmisen kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja osallisuus. Näistä teemoista on hyvä ryhmässä keskustella heti toiminnan alettua. (Jyrkämä 2010, 49.)

Taivalkoskella käynnistetty ryhmä oli ammattilaisten käynnistämä, avoin ryhmä. Ammattilaisten mukana oleminen oli käynnistämisen kannalta tärkeää, mutta ammattilaisohjaajalle ei ammattilaisten näkökulmasta haluttu ryhmässä vahvaa roolia ja ohjaajan mukanaolon toivottiin vähenevän toiminnan lähdettyä käyntiin. Avoimella ryhmällä tarkoitetaan ryhmää, johon voi milloin vain tulla uusia jäseniä.

Haastattelien selvitystä varten myös Ylä-Kainuun A-killan toiminnanohjaaja Matti Moilasta. Ylä-Kainuun A-killan toiminta on painottunut luonnossa tapahtuvaan toimintaan, kuten retkiin, lumikenkäilyyn, suunnistukseen ja peleihin. Myös pienryhmissä tapahtuva vertaistukikeskustelu on ollut tärkeässä roolissa. Matti Moilasan kokemuksen mukaan uuden jäsenen mukaantulo toimintaan helpottuu kun hänellä on mahdollisuus aluksi käydä keskustelua kahden kesken tai pienessä ryhmässä jo toiminnan mukana olevien vertaistukihenkilöiden kanssa. Matti Moilanen pitää

nimenomaan säännöllistä kokoontumista ja retkiä tärkeimpinä elementteinä A-killan toiminnassa. Hänen mukaansa osallistujat hyötyvät toiminnasta saadessaan vertaistukea samanlaisia kokemuksia omaavilta henkilöiltä. Matin kokemuksen mukaan vertaistuen kautta osallistuja tuntee *”ettei ole ongelmansa kanssa yksin vaan toisetkin jaksavat eteenpäin valitsemallaan tiellä.”* Omakohtaisen kokemuksen omaavien lisäksi myös muut voivat hyötyä toiminnasta: *”A-Kiltatoiminta sopii päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä lisäksi myös niille jotka kaipaavat päihdeetöntä tekemistä ja yhdessäoloa.”* –toteaa Matti Moilanen.

Matti oli mukana ensimmäisessä Taivalkoskella järjestetyssä toimintapäivässä Jokijärvellä. Hän kertoo yllättyneensä suuresta osallistujamäärästä. Matti kuvaili toimintapäivää näin: *”Suurimmasta osasta näkyi tahto tehdä jotain yhdessä ja osallistuminen innokkaasti peleihin vahvisti sitä. Toki ei voinut välttyä huomaamasta sitä ettei kaikki osaa ottaa huomioon, että ollaan ehkä jokaiselle uudessa tilanteessa jossa vanhat päihdeiden aikaset puheet ja tekemiset pitää unohtaa jolloin itse kukin voi näyttää minäkäläisen muutoksen päihdeiden käytön lopettaminen tuo tullessaan.”* Hänelle jäi kuitenkin päivästä positiivinen mieli ja hän uskoo A-kiltatoiminnan käynnistymiseen myös Taivalkoskella

Osallistujien palaute toimintapäivistä

Osallistujille suunnatulla haastattelulla ja kyselyllä selvitettiin yhteisen toiminnan merkitystä asiakkaiden hyvinvointiin ja kuntoutumiseen sekä palveluihin ohjautumiseen. Haastattelulla haluttiin selvittää myös, madaltaako ryhmämuotoinen toiminta kynnystä tulla mukaan muihin palveluihin. Tiedon tuottamiseen osallistui neljä henkilöä, kaksi naista ja kaksi miestä. Yksityisyydensuojan vuoksi ei haastateltavien taustoista kerrota enempää. Kyselyyn osallistuneet vastasivat lähes poikkeuksetta myös avoimiin kysymyksiin.

Palautteen perusteella asiakkaat pitivät toimintapäiviä hyvinä. Kaksi neljästä koki, ettei ollut saanut riittävästi vaikuttaa toimintapäivien sisältöön ja toivoi enemmän vaikuttamismahdollisuuksia toimintapäivien ruokailuun/tarjoiluun.

Kaikki haastatteluun osallistuneet aikoivat myös jatkossa osallistua toimintapäiviin ja toivoivat niitä järjestettävän joka toinen kuukausi tai useammin.

Kysymykseen ”Kenelle suosittelisit toimintapäiviä?”:

Työttömille, yksinäisille, pariskunnille, perheille, päihdekuntoutujille, mielenterveysongelmallisille...eli kaikille joilla vain aikaa on.

Syrjäytyneille, yksinäisille, ’Unohdetuille’

Vastauksista tuli esille yhteisöllisyyden ja toiminnallisuuden merkitys toimintapäivissä. Haastateltavat kokivat toimintapäivien soveltuvan monenlaisille henkilöille. Yksinäisten ihmisten lisäksi haastateltavat vastasivat toimintapäivien soveltuvan myös pariskunnille ja perheille. Vastaajat toivoivat että toimintapäivät jatkuisivat ja niiden sisältöä kehitettäisiin yhdessä. Myös toimintapäivistä tiedottamiseen kaivattiin tehostamista.

Toimintapäivät mukavia, jotenkin mainostaa enemmän että syrjäkyliltäkin osaisivat tulla mukaan. Yhteinen tekeminen poistaa jännitystä ja voi helpommin tutustua ja jutella. Aletaan suunnitella lisää toimintajuttuja.

Toimintapäivien tarkoitus on olla matalan kynnyksen toimintaa, johon on helppo tulla mukaan. Kaikki toivat esille, että ensimmäiseen toimintapäivään mukaan tuleminen jännitti, mutta seuraaviin oli jo helpompi tulla:

Ensin toimintapäivä mietitytti ja kauhistutti että tullee outoja ihmisiä ja onko siellä pakko alakaa kaikkien eessä avautummaan vuorotellen ja tentataanko siellä kuinka. Moni muukin oli ajatellu niin. Varmaan moni semmonenki sitä mieltii joka ei oo niihin tullu...että siksi ei oo etes tullu ku pelottaa että joutuu koko elämän ja kaikki ongelmat selevittämään.

Yhdessä oleminen ja tekeminen korostuivat vastauksissa. Usea vastaaja toi esille että he eivät oma-aloitteisesti käy makkaranpaistossa. Makkaranpaistoa ja retkeilyteemaa pidettiin hyvänä ideana ja asiakkaat uskoivat sen vaikuttaneen myös siihen, että toimintapäiviin oli helppo tulla mukaan:

Se varmaan saa porukkaa helpommin liikkeelle kuin että suoraan tulisi johonkin virallisempaan. Makkaranpaistoon on helppo tulla. Matala kynnyys. Makkaranpaisto herättää positiivisia mielikuvia varhaisemmasta elämästä... nuoruudesta tai jopa lapsuudesta asti.

Myös toimintapäivien vapaamuotoisuus koettiin tärkeänä. Kyselyssä tuli esille että osallistujat olivat etukäteen pelänneet joutuvansa kertomaan omista asioistaan vieraille ihmisille. He kokivat kuitenkin hyväksi asiaksi sen että asioista kuitenkin puhuttiin niiden oikeilla nimillä ja että omista asioistakin oli helppo puhua kun porukka oli hyvä. Vastaajat kokivat saaneensa vertaistukea toimintapäivissä. He pitivät tärkeänä osallistujien samankaltaista taustaa ja samankaltaisia ongelmia:

Kun ollaan jossakin porukalla, ei puhuta koko aikaa alkoholin käytöstä tai muusta semmosesta...mutta toimintapäivissä pystyy puhumaan vakavammistakin asioista ja ongelmista, vaikka mukana on muitakin, ei niin tuttuja ihmisiä.

Toimintapäivissä koettiin olevan myös kehitettävää. Yksi vastaaja toi esille, ettei ole päässyt riittävästi vaikuttamaan toimintapäivien ideointiin. Myös toimintapäivistä tiedottamiseen kaivattiin tehokkuutta.

Saataisiin ehdottaa ja äänestää mitä evästä toimintapäiville hankitaan. Ja muutenkin kerätä ideoita osallistujilta (esim. palautelaitikko). Kerran kuussa vois olla joku vähä isompi reissu... Ikeaan tai muuhun semmoseen. Viikkomainosta kannstais ehottomasti käyttää ja kauppojen, TK:n, kirjaston ja sosiaalitoimen ilmoitustauluja tiedottamiseen.

Pääasiassa esille tullut toimintapäivien kehittämistarve liittyi seuraavien toimintapäivien ideointiin:

Olisi mukava joskus vaikka vuokrata mökki jostakin kauempaa Tavalkoskesta ja olla vaikka viikonloppu. Vois sauna ja jutella ja touthuta kaikenlaista.

Keväällä voi pilikillä käydä ja makkaranpaistossa jossakin.

Olis mukava käyä Oulussa vaikka hohtokeilaamassa. Rentoa tekemistä. Voitais ens kesänä haastaa Suomussalmen kiltalaiset vaikka pesäpallossa!

Vastaajat kuvailivat ohjaajien läsnäolon merkityksen riippuvan paljon ohjaajasta itsestään, hänen persoonastaan ja toimintatavastaan. He pitivät tärkeänä että toiminta ei ole ohjaajan määräämää, vaan ohjaaja on mukana lähinnä ryhmän kokoamisessa ja käytännön järjestelyissä sekä osallistuu muiden mukana tekemisiin:

Ohjaajan pitää olla avoin ja semmonen helposti lähestyttävä. Ja semmonen ennakkoluuloton ja positiivinen. Ohjaajan pitää itse osallistua ja lähteä mukaan toimintaan että silloin osallistujat saattaa paremmin innostua lähtemään mukaan muuhunkin toimintaan jatkossa.

Yksi vastaajista toi esille, että työntekijöiden mukanaolo on tärkeää myös siksi että asiakkaat voivat kohdata heitä muuallakin kuin virastossa tai vastaavassa paikassa.

Mun mielestä on tarpeellista että on ohjaajat mukana. Siinä tutustuu-kin paremmin ohjaajiin mitä jossakin virastossa. Ohjaajatkin ovat vain ihmisiä ja mukava tutustua heihinkin vähä eri näkökulmasta.

Cockerspanieli Niilo oli mukana kahdessa toimintapäivässä. Myös Niilon mukanaolo muistettiin ja sitä pidettiin tärkeänä:

Niilokin (koira) on ollut tosi hyvä siellä olla mukana kun sen kautta voi joku ujompi ihminen uskaltaa jutustella toisten kans. Koirasta helppo alkaa puhumaan.

Toimintapäivien merkitys muihin palveluihin ohjautumisessa

Yksi matalan kynnyksen palveluiden tarkoitus on myös madaltaa kynnystä myös muiden palveluiden piiriin. Kyselyssä kysyttiin myös toimintapäivien merkityksestä muihin palveluihin (kuntouttava työtoiminta, päivätoiminta) ohjautumisessa. Vastauksissa tuli esille että toimintapäivät ovat madalta- neet kynnystä tulla säännöllisen toiminnan piiriin. Yksi haastateltava kertoi että olisi muutoinkin tullut mukaan säännöllisen toimintaan, mutta toimintapäivän ansiosta mukaantulo oli helpompaa.

Siitähän se (toimintapäivästä) lähti koko homma. Jos se ois ollu tynpeää se toimintapäivässä oleminen niin tuskinpa minä tässä istusin. Kyllä se semmosta on että porukalla on mukavempaa. Sukulaisillekkaa ei kaikesta halua puhua, eikä sitä jaksa ruveta selevittämään. Täällä voi puhua reilusti omista asioita ja siksi tärkeää että on säännöllistä. Nyt kun on päivätoiminnassa kaks päivää viikossa niin siitä on tullu rutinia ja tietää että on se porukka ja voi puhua.

Haastateltavat kertoivat että toimintapäivien ja päivätoiminnan / muun säännöllisen toiminnan myötä päiviin on löytynyt sisältöä. Toimintapäivien ja päivätoiminnan vaikutuksesta päivärytmiin kysyttäessä, toivat osallistujat esille seuraavia asioita:

On ollut vaikutusta. On tullut tämmöset päivät että on jotaki mihin lähteä. Illallaki tuntuu paremmalta ku on jossaki ollu ja jotaki tehny päivällä.

He kertoivat myös, että toimintapäiviin osallistuminen ja Tolokun tuvalla käyminen ovat virkistäneet mieltä. Hyvänä asiana hyvinvoinnin kannalta pidettiin myös sitä että toiminnassa mukana oleville tarjotaan ruoka.

Mielenvireyteen ja mielenterveyteen vaikuttaa paljon se että on ollu mukana toiminnassa. Ei jouvakkaa oikeastaan märehtiä omia ongelmia ku on tekemistä ja touhua. Saa nauraa. Unohtuu omat murheet vähäksi aikaa tai ainaki jää vähemmälle niitten miettiminen.

Yksi tärkeä asia kuntoutumisen kannalta on päihteidenkäytön väheneminen. Vastaajilta kysyttiin, onko toiminnalla ollut vaikutusta päihteidenkäyttöön.

Vastauksissaan he toivat esille omat huomionsa omasta päihteidenkäytöstään toimintaan mukaan tulemisen jälkeen. He kuvailivat muiden samaan porukkaan kuuluvien henkilöiden olevan osaltaan yksi vaikuttava asia:

Ei tuu aateltua juomistakaan kun on täällä. Juominen on vähentynyt. Ei kehtaa kohmelossa lähteä päivätoimintaan. Kynnys on noussut siihen että ostaa kaljaa tai viinaa. Ihan tuntuu että pettää porukan ja ihtesä jos alkaa ryyppäämään.

Toiminnan myötä he kokivat muutoksia tapahtuneen myös omassa ajattelussa:

Ajattelutapaan on tullut muutos. Vaikka eihän sitä koskaa tiiä, mutta kuitenkin että sitä harkitsee ja puntaroi nykyään enemmän sitä että kannattaako ruveta juomaan.

Kaiken kaikkiaan toimintapäivien ja säännöllisen päivätoiminnan koettiin vaikuttaneen positiivisesti omaan hyvinvointiin ja jaksamiseen. Vastauksissa korostuivat säännöllisen, kodin ulkopuolella tapahtuvan toiminnan merkitys omaan hyvinvointiin. Vastauksissa tuli esiin myös ruuan merkitys.

Päihdetyöntekijä Mervi Pihlajan ajatuksia

Lähdin mukaan toimintapäivien järjestämiseen, koska päihdetyöntekijänä olen nähnyt sen, että asiakkaat tarvitsevat toimintaa elämäänsä. Toimintapäivien tarkoitus on se, että asiakkaat oppisivat omassa elämässä hyödyntämään toiminnallisuutta eli lisäämään toimintaa päiviinsä ja miettimään vaihtoehtoja päihteiden käytölle. Asiakkaat antoivat käynneillään palautetta, että toivoisivat jotain tekemistä ja yhteisiä toimintapäiviä ja se oli alkusytyke, että halusin olla mukana järjestämässä toimintapäiviä.

Minusta toimintapäivät ovat olleet leppoisia, rentouttavia ja virkistäviä, huumoripitoisia. Hyviä keskusteluita on käyty rennossa ilmapöyrissä, yhteisöllisyys on lisääntynyt ja näin ohjaajan näkökulmasta asiakkaat ovat alkaneet paremmin luottamaan, kun yhdessä jotain tehdään ja he näkevät, että ohjaajakin on ”ihminen”. Inhimillisiä erehdyksiä ja virheitä voi sattua ammatti-ihmisellekin. Minusta ei toimintapäivillä tarvitse olla hirvittävästi tekemistä, koska yhdessäolo ja se, että asiakkaat saavat toisiltaan vertaistukea - on tärkeintä. Kehittämistä on jatkossa siinä, että asiakkaiden ääni enemmän kuuluu eli he osallistuvat enemmän suunnitteluun, järjestämiseen ja varainkeruuseen - loppupeleissään hoitavat homman ilman ohjaajia. Ohjaajat sitten kutsutaan ”vieraina” mukaan. Olen yllättynyt siitä heti alkumetreillä kuinka innokkaasti asiakkaat lähtivät mukaan toimintapäiviin, suunnitteluun ja mikä positiivinen merkitys toimintapäivillä on ollut.

Tolokun tuvalla on suuri merkitys asiakkaiden hyvinvointiin ja kuntoutumiseen. Mielestäni työtoiminta on yksi iso osa asiakkaan päihdekuntoutusta. Asiakkaalla on paikka minne mennä, siellä on saman kokeneita ihmisiä, saa vertaistukea, elämään tulee säännöllisyyttä, rytmi, se antaa vaihtoehtoja toiminnalle, sisältää elämään. Siellä oppii tekemään erilaisia asioita, esim. ruuanlaitto, huomioimaan muita, yhteisöllisyyttä, suunnitelmallisuutta ym. Se, että asiakas ei ole neljän seinän sisällä juomassa päivittäin - vaan tekemässä jotain muiden kanssa vaikuttaa hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Lisäksi kun näkee, kuinka innolla asiakkaat tulevat Tolokun tuvalle ja ovat siellä, tulee sellainen olo, että tämä kannatti!

Tällainen toimintojen järjestäminen ei tapahdu ilman hyvää yhteistyötä ja mielestäni Taivalkosken toimintapäivät ja Tolokun tuvan työtoiminnan alulle saaminen on seurausta niin ohjaajien kuin asiakkaiden hyvästä yhteistyöstä ja halusta tehdä jotain asioille, kehittää päihdetyötä asiakkaiden toiveita ja tarpeita kuunnellen. Ja täytyy sanoa kiitos kaikille - me onnistuttiin erinomaisesti.

Pohdinta

Yhdessä toimijoiden ja asiakkaiden kanssa olemme rakentaneet Taivalkoskelle uudenlaisia, matalan kynnyksen palveluita. Syksyllä 2012 saimme mukavat tilat toiminnan käynnistämiseksi ja mikä parasta, saimme remontoida ja sisustaa tilat mieleisemmeksemme. Toiminnan kehittäminen jatkuu edelleen. Toimintapäivistä kerätyn palautteen perusteella näyttää siltä että asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä toimintapäiviin ja niiden sisältöön. Vertaistukea ja rentoa ilmapiiriä korostettiin vastauksissa ja niitä pidettiin tärkeänä toiminnan onnistumisen kannalta. Haastattelussa tuli useammasakin vastauksessa esille hyvä porukka ja sen merkitys toimintapäivien ja päivätoiminnan onnistumiseen. Porukan hyvä ja rento tunnelma on selvästi aistittavissa myös ulospäin. Vastauksissa nousi esiin erityisesti se, että toimintapäiviin osallistuneilla oli samankaltaisia ongelmia, minkä ansiosta vaikeustakin asioista oli helpompi puhua. Tämä tulee esille myös keskusteluissa asiakkaiden kanssa. Tämä tukee ajatusta siitä, että ryhmään ei kannata haalia mahdollisimman paljon erilaisia ihmisiä, vaan olennaista on jokin yhdistävä elämätilanne/ ongelma, josta on hyvä keskustella vertaisten kanssa.

Osallistujat toivoivat toimintapäiviä järjestettävän myös jatkossa ja toivat esille monia hyviä ja toteuttamiskelpoisia ideoita. Mieltä lämmittää se into, millä asiakkaat ovat mukana kehittämässä toimintaa. Myös kehittämi-

sen paikkoja nousi esille. Näihin asioihin tulee jatkossa kiinnittää erityistä huomiota. Vaikka asiakkaiden osallisuus toiminnan kehittämisessä on ollut vahvaa, on edelleen ohjaajan/ ryhmän haasteena se, miten jokainen pääsee tasapuolisesti vaikuttamaan toimintapäivien sisältöön ja kokee tullessa kuulluksi.

Tulevaisuudessa voidaan miettiä myös ohjaajan tarpeellisuutta ryhmässä. Mervi Pihlaja toi esiin, että ryhmä voisi jatkossa kokoontua myös keskenään, ilman ohjaajaa. Ohjaajan läsnäololla ei haastattelujen perusteella nähty olevan mitään negatiivisia vaikutuksia. Hyvänä asiana pidettiin sitä että työntekijöihin pääsee tutustumaan virastoympäristön ulkopuolella paremmin ja lähestyminen on helpompaa. Uhkana työntekijän mukana ololla nähtiin se, että toimintapäivistä tulee liian virallisia, mikäli ohjaaja ei ole helposti lähestyttävä tai muutoin ”sovi porukkaan”. Paljon on siis asiakkaiden mielestä kiinni ohjaajien omasta asenteesta ja työskentelytavasta. Ylä-Kainuun A-killan toiminnanohjaaja Matti Moilanen toi esille päihteetöntämän elämän ilmapiirin merkityksen ryhmätoiminnassa. Ohjaajalla voi tässä asiassa olla merkittävä rooli. Ohjaajan tehtävänä on ohjata keskustelua oikeaan suuntaan. Ohjaajan ei kuitenkaan tarvitse olla ammattilainen, vaan ryhmä voi valita ohjaajan myös keskuudestaan. Ohjaajana toimivan kokemusasiantuntijan on kuitenkin hyvä olla omassa toipumisprosessissaan riittävän pitkällä. Uskon että vertaistukiryhmän toimiminen ilman ammattilaisen ohjausta on mahdollista, mikäli ryhmä on yhdessä laatinut periaatteet ja säännöt toiminnalle. Tämä on myös A-kiltatoiminnan perusajatus. Ainakin toistaiseksi toimintapäivät jatkuvat Taivalkoskella työntekijöiden ja asiakkaiden yhteistyönä. Ehkäpä tulevaisuudessa voisi miettiä työntekijöiden olevan mukana joissakin toimintapäivissä, kun taas jotkut päivät olisivat puhtaasti vertaistuellisia, ilman ammattilaisen läsnäoloa. Ohjaajan ominaisuudessa täytyy tässä kohtaa mainita, että poisjääminen ei ole keino välttää epämieluisia työtehtäviä – päinvastoin. Toimintapäivät ovat olleet erittäin opettavaisia ja mukavia tapahtumia myös ammattilaisen näkökulmasta. Olennaisin asia ei ole ohjaajan läsnä-/poissaolo, vaan asiakkaiden kuntoutuminen. Mikäli asiakkaat kokevat täysin vertaistuellisen ryhmän hyödyllisemmäksi, on ohjaajan tehtävä tukea ryhmää itsenäiseen toimintaan.

Palaute nosti esille myös paljon kysymyksiä. Erityisen koskettavaa oli lukea vastauksia kysymykseen ”kenelle haastateltavat suosittelisivat toimintapäiviä?”. Yksi vastaus, ”unohdetuille” oli erityisen paljon tunteita herättävä. Myös muissa vastauksissa nousi esiin yksinäisyys ja sosiaalisten tilanteiden kaipuu. Tulevaisuudessa tulee entistä enemmän kiinnittää huomiota siihen, miten toimintapäiviä ja päivätoimintaa ”markkinoidaan”. Saavuttaako viesti kaikkia niitä jotka tämänkaltaista palveluista voisivat hyötyä? Haastateltavat kuvasivat että ensimmäiseen toimintapäivään oli vaikea tulla, miten saadaan ihmisiä rohkaistua tulemaan mukaan peloista

huolimatta? Tolokun tuvan toiminnassa näkyy innostus ja hyvä yhteishenki. Yhteishenki ei kuitenkaan ole muuri, päinvastoin. Tähän porukkaan on mukava tulla ulkopuoleltakin mukaan. Kaikki otetaan vastaan hymyllä, sellaisena kuin on. – Tämä se on sitä terapijaa, totta tosiaan!

Lähteet

- Harvio, Marja-Liisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2008: Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki.
- Laitila, Minna 2010: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio.
- Murto, Kari 1997: Parantava yhteisö. Johdatus Maxwell Jonesin terapeuttiseen yhteisöön. Jyväskylän koulutuskeskus. 3. uudistettu painos. 1. painos 1986.
- Tuorila, Helena 2009: Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Teoksessa Lammi, Minna & Niva, Mari & Varjonen Johanna (toim.): kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009 kulutuksen liikkeet. Tampereen Yliopistopaino Oy, 102–118.
- Laimio, Anne & Karnell, Sonja 2011: Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. teoksessa Tanja Laatikainen (toim.): Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. Solver -palvelut Oy.
- Jyrkämä, Oili 2011: Vertaistukiryhmä käyntiin! Teoksessa Tanja Laatikainen (toim.): Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. Solver-palvelut Oy.
- http://maakunta.kainuu.fi/virta_koordinaatiohanke_silta
- Selvästi metsässä -projektin loppuraportti 2012. A-kiltojen liitto ry. Tampere.

15 Kirkon diakoniatyö osana päihdetyötä: Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien syrjäytymisen ehkäisy -projekti Kiimingin seurakunnassa

Seija Lomma

Artikkeli kuvaa kirkon diakoniatyötä päihdetyössä ja Kiimingin seurakunnan syrjäytymisen ehkäisyhanketta kotona asuvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten elämänlaadun parantamiseksi. Hankkeen tavoitteena on luoda paikkakunnalle matalan kynnyksen ryhmämuotoisia palveluita. Tekijä pohtii myös ongelmiin liittyvää häpeän tunnetta sekä työntekijän asenteiden merkitystä päihde- ja mielenterveystyössä.

Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Miel-
li 2009 -ohjelma linjaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuoteen
2015 asti. Se on ollut Suomen evankelisluterilaisen kirkon Kirkkohallituk-
sen suunnitelman pohjana, kun se on päättänyt jakaa vuonna 2011 määrä-
rahan mielenterveys- ja päihdetyön syrjäytymistä lieventävään toimintaan
seurakunnissa. Kiimingin seurakunnan diakoniatyö sai 5000 euron määrä-
rahan syrjäytymisen ehkäisyyn Kiimingissä kotona asuvien mielenterveys-
päihdeongelmien kanssa elävien henkilöiden elämänlaadun parantamiseen,
eristäytymisen ja yksinäisyyden helpottumiseen. Toiminnan ja tekemisen
järjestäminen on tärkeää, kun päihdeongelmainen ihminen tarvitsee arki-
päiväänsä juomisen tilalle vaihtoehtoisia rutiineja, joiden kautta voi kiinnit-
tyä uuteen elämäntapaansa (Mönkkönen 2005, 285).

Kiimingin seurakunnan syrjäytymisen ehkäisyn projektilla haettiin
vaihtoehtoja arjen rutiineihin. Kiimingin seurakunnan diakoniatyö on osa
kotikuntoutujien verkostoa Kiimingin kunnan mielenterveystoimen ohella.
Kuntoutujat ovat sekä mielenterveys- että päihdekuntoutujia. Kirkko-
hallituksen myöntämällä määrärahalta kehitettiin toimintaa houkuttelevaksi,
jotta avokuntoutuksessa olevat saataisiin kotoaan liikkeelle. Tarkoitus oli

saada paikkakunnalle myös matalan kynnyksen ”olohuone”, jonne kuntoutujat voisivat tulla sellaisena kuin ovat, mutta kuitenkin selvin päin. Projektiin kuuluvista kuntoutujista osa kävi ryhmissä, mutta joukossa oli myös henkilöitä, jotka eivät lähteneet kotoaan mihinkään. Projektissa oli mukana neljä ryhmää: 1) Miesten mt-kuntoutujien ryhmä, josta olivat vastuussa mielenterveystoimiston kaksi mieshoitajaa. 2) Naisten kasvuryhmä, päihde- ja mt-kuntoutujanaisille, josta olivat vastuussa seurakunnan diakoniatyöntekijä ja kunnan puolelta vaihtuva työntekijä. 3) Miesten päihderyhmä, jonka kunta osti palveluna yksityiseltä yritykseltä ja jossa oli mukana seurakunnan diakoniatyöstä vastaava pappi. 4) Jäälin vertaistuellinen mt-ryhmä, joka oli Hyvän mielen talon toiminnan alla. Ryhmät toimivat omien aikataulujensa mukaan, yleisimmin ne kokoontuivat kerran viikossa. Normaaliohjelman puitteissa tai erillisenä tapahtumana järjestettiin kaikille ryhmille yhteistä toimintaa. Ryhmäläisten lisäksi retkille ja yhteisiin tapahtumiin pyrittiin saamaan kotona olevat kuntoutujat, jotka potivat yksinäisyyttä ja syrjäytymistä.

Syrjäytyminen koskettaa niin miehiä kuin naisia ja eri-ikäisiä. Syrjäyneitä ovat ihmiset, joiden on syystä tai toisesta vaikea liittyä normaaliin yhteiskuntaan. Syrjäytyneisyyteen liittyvät usein erilaiset päihteet ja mielenterveysongelmat sekä köyhyys ja toivottomuus. Syrjäytyneisyyden ongelmat ja elämäntapa siirtyvät sukupolvelta toiselle, jos perheen tilanteeseen ei saada muutosta. Syrjäytyneet ovat kuitenkin monesti päättäjien kiinnostuksen ulkopuolella ja ”näkymättömissä”. Tärkeää onkin eri järjestöjen ja diakonian ääni syrjään jäävien ihmisten puolesta. (Lund 2006, 9–10.)

Diakonian paikka päihdetyön toimijoiden kentässä

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut laatusuosituksen, joiden mukaan kuntien ja muiden toimijoiden tulee hoitaa riippuvuuksista kärsiviä ihmisiä. Kysymys ei ole pelkästä hyvästä tahdosta, jolla halutaan huolehtia kansalaisista. Alkoholin ja muiden huumeiden käyttö on kasvanut ja siitä johtuvat välilliset ja välittömät kulut lisääntyneet. Huomattava on myös inhimillinen kärsimys, joka liittyy olennaisena päihderiippuvaisen, hänen omaistensa ja läheistensä elämään. Laadukas päihdehoito tuo säästöjä ja lievittää kärsimystä sekä ennaltaehkäisee riippuvuuksista johtuvien ongelmien siirtymisen sukupolvittain eteenpäin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.)

Kansallinen alkoholiohjelma perustuu WHO:n tavoitteisiin. Ohjelman lähtökohta on näkemys, jonka mukaan alkoholinkäytöstä koituu ongelmia, ja niiden ehkäisy sekä lievittäminen onnistuvat eri viranomaisten, kansalaisjärjestöjen ja lähiyhteisöjen yhteistoiminnalla. Ohjelman toteutumisen kannalta on tärkeää panostaa julkisten tahojen yhteistyön koordinointiin

sekä valtakunnallisella että paikallisella tasolla. Ehkäisevää päihdetyötä, alkoholikontrollipolitiikkaa ja päihdepalveluita pyritään lähentämään toisiinsa. Tarkoitus on aloittaa toimet nopeasti ja pienillä lisäresursseilla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, § 3) velvoittaa järjestämään tasapuolista hoitoa asiakkaan vakaumusta tai yksityisyyttä loukkaamatta ihmisarvoa kunnioittaen. Yksityisyyden loukkaamattomuus huomioidaan vaitiolovelvollisuudessa. Keskusteluissa esiin tulleet asiat ovat luottamuksellisia. Tarvitaan asiakkaan lupa, jos hoidettavien asioiden ratkaisemiseksi ollaan yhteydessä muihin yhteistyötahoihin tai laskuttajiin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, § 13; Kirkkolaki 26.11.1993/1054 § 6:3.) Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116, § 4) velvoittaa kunnat tai kuntayhtymät huolehtimaan asianmukaisista mielenterveyspalveluista ja korostaa avopalveluiden merkitystä.

Päihdehuoltolaissa (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 § 9) kuntia velvoitetaan yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa palvelujen saamiseksi ja ennaltaehkäisevän työn parantamiseksi. Diakoniatyöntekijät kuuluvat tähän verkostoon. Yhteistyö sosiaalitoimen ja kirkon välillä on vähitellen lisääntynyt. Maan kattavana verkostona toimii iso joukko ammattilaisia, kun kunnissa on noin 3500 sosiaalityöntekijää ja seurakunnissa on noin 1200 diakoniatyöntekijää, joista diakonissoilla on sairaanhoitajan ja diakoneilla sosionomin yhteiskunnallisen ammatin kelpoisuus. (Malkavaara 2007, 118.) Päihde- ja mielenterveystyön avohoidonkentillä toimiessa on huomioitava erityisesti lapsiperheet. Viime aikoina on korostettu lapsen hyvinvoinnin ja turvallisen kehityksen tärkeyttä tasapainoisen aikuisuuden perustana. Lastensuojelulain mukaan (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, § 25) seurakunnan työntekijän on tehtävä lastensuojeluilmoitus huolen herättyä lastensuojelun tarpeesta.

Kirkolla on keskeinen asema suomalaisessa yhteiskunnassa. Siellä toimivat työntekijät kohtaavat ihmisiä henkilökohtaisella tasolla, tukevat toiminnassaan yhteisöllisyyttä sekä lähiyhteisöjen vahvistamista. Kirkolla on myös laaja-alainen kokemus alkoholikäytöstä johtuvien haittojen vähentämisestä. (Kirkkohallitus 2005.) Diakoniatyö on vaikeuksissa olevan ihmisen kokonaisvaltaista auttamista. Toiminta sisältää hengellisen, henkisen, aineellisen ja sosiaalisen tukemisen, yhteiskunnallisen vaikuttamisen sekä ihmisen vastuullisuuden ja omaehtoisen toimintakyvyn tukemisen. (Gothoni & Jantunen 2010, 60.)

Kirkon diakoniatyön peruseriaate on auttaa henkilöitä, joita ei muulla tavoin auteta. Päihdepalvelujen asiakkaat ovat sosiaalisen huono-osaisuutensa vuoksi koko väestöstä selvästi erottuva ihmisryhmä, joihin sosiaali- ja terveysalan leikkaukset erityisesti koskevat (Kaukonen 2000, 194–196). Diakonisen päihdetyön tavoitteena on raittiin elämäntavan edistäminen. Pääsääntöisesti ”oven aukaisijana” on taloudellinen avustaminen, joka voi

olla ruuan antamista tai esimerkiksi sähkölaskun maksamista. Toiminta on osallistumista avokuntoutukseen erilaisten ryhmien tai kotikäyntien muodossa. Kirkon päihdetyössä painottuvat päihteidenkäytölle vaihtoehtoisen elämäntavan tarjoaminen. Tärkeä on myös kristillinen näkemys, jossa jokainen on arvokas ihminen sinällään. Rikkimenneen ihmisen kohdalla sielunhoito moninaisuudessaan on keskeinen osa diakonian työtä. (Jääskeläinen 2002, 213.)

Diakonian kokonaisvaltainen ihmiskäsitys huomioi kohtaamistilanteissa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden lisäksi myös hengellisen ulottuvuuden. (Gothoni & Jantunen 2010, 97). Diakoniatyöntekijän vastaanotolle asiakas tulee harvoin hakemaan apua päihde- tai mielenterveyden vaikeuksiinsa. Tiukka taloudellinen tilanne ja mahdollisesti sosiaali- tai mielenterveystyöntekijän neuvo ohjaavat avuntarvitsijan yhteydenottoon. Avustushakemusta täytettäessä kartoitetaan henkilön elämäntilanne tarkasti ja tässä yhteydessä kysytään myös päihteiden käytöstä. Keskustelussa usein selviää, että elämäntilanne on kaaoksessa. Lähes jokaisella on taustalla työttömyyttä, mielenterveysongelmia ja riippuvuuksia, jotka kierteen tavoin pitävät yllä ahdistavaa elämäntilannetta (Juntunen 2006, 103). Diakoniatyöntekijä voi olla auttamassa muun muassa antamalla taloudellista apua ja järjestämällä kuntoutuspalveluita sekä lisäksi toimia ”asianajajana” yhteiskunnan etuuksia ja hoitoja haettaessa. (Kirkkohallitus 2005.)

Diakoniatyöntekijä toimii päihde- ja mielenterveyden palvelujen avohoidon alueella. Seurakunnilla ei ole lakisääteistä velvoitetta auttaa, mutta sosiaali- terveysministeriön mukaan on mielenterveys- ja päihdetyötä vahvistettava myös terveydenhuollon ulkopuolella (Jääskeläinen 2002, 196, 213). Diakoniatyö on verkottunut useiden kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Diakoniatyön auttamismahdollisuudet tukevat kuntoutujaa omaaloitteisuuteen ja itsenäisyyteen.

Diakoniatyöntekijä voi olla toteuttamassa yhtenä osapuolena tukitoimia, jotka auttavat päihde- tai mielenterveyskuntoutujan arjessa selviytymistä. Diakoniatyöntekijä on aika ajoin suuressa huolenpitovastuussa yksin elävästä päihdeitä käyttävästä tai mielenterveyskuntoutujasta, varsinkin jos hän uhkailee tekevänsä itsemurhan. Välillä joutuu miettimään, mikä on diakoniatyöntekijän vastuu toisen turvallisuudesta ja myöskin omastaan. (Gothoni & Jantunen 2010, 109–110.) Monimuotoiset avohoidon palvelut vähentävät itsemurhariskiä. Sosioekonomiset tekijät, kuten työttömyys, päihteiden käyttö ja rikollisuus vaikuttavat itsemurhiin. Niissä kunnissa, joissa on monimuotoista avohoidtoa itsemurhat olivat harvinaisempia kuin niissä, joissa painopiste on sairaalahoidossa. (Pirkola ym. 2009, 83.) Diakoniatyöntekijän tärkeä tehtävä on toivon antaminen. Masennusta selittävämpi tekijä itsemurhissa on epätoivo! Toivottomalta tuntuvassa tilanteessa on tärkeää, että työntekijä on lieventämässä henkistä eristäytymistä ja pohtii yhdessä kuntoutujan kanssa asioita. Toivon liittyä positiivinen

asenne ja usko tulevaisuuteen, joka voi olla seuraavassa hetkessä tai seuraavassa päivässä tai myöhemmin. Pääasia, että kuntoutuja uskoo pääsevänsä asettamiinsa tulevaisuuden tavoitteisiin ja päämääriin. (Vuokila-Oikkonen & Ruotsalainen 2010, 236–237.)

Spirituaalinen herkkyys diakoniassa

Diakoniatyön erityisyys on spirituaalinen sensitiivisyys. Spirituaalisuus kuuluu luonnostaan kirkossa työskentelevän työnkuvaan. Yleisessä terveydenhuollossa hengellisyys ”jätetään” kirkon työntekijän hoidettavaksi vaikka kuntoutujan hengellisen vakaumuksen kunnioittaminen ja ymmärtäminen tulisi olla osa normaalia asiakassuhdetta ja kokonaisvaltaista hoitoa. Kuntoutujien kanssa tehtävässä työssä on kolme syytä kehittää spirituaalista tietoisuutta ja spirituaalisia käytäntöjä. Ensinnäkin uskonnolla, uskolla ja spirituaalisella hyvinvoinnilla on yhteys terveydelliseen hyvinvointiin. Muun muassa WHO on ottanut spirituaalisuuden ulottuvuudeksi tutkiesaan ihmisen hyvinvointia. Uskonnollisuudella voi olla ehkäisevä vaikutus esimerkiksi päihteiden liikakäytössä. Toiseksi kehittämistä tarvitaan, koska spirituaalisen osaamisen toimeenpanossa on ongelmia, vaikka se onkin osa moniammatillista käytäntöä. Kolmanneksi spirituaalisuuden teoreettisesta kehittelystä on puutteita. Hengellisten asioiden esille ottaminen ei ole aina kuntoutujalle helppo asia. Hengellisyys on voinut olla taakkaa lisäävä eikä suinkaan voimia antava asia. (Jokela 2010, 209–212.)

Spirituaalisuuden merkitys ihmiselle enemmän kuin monesti arvaamukseen. Se tuo sietokykyä elämän vastoinkäymisten edessä. Elämä nähdään pitkänä matkana, johon kuuluu monenlaista. Spirituaalisuus antaa ihmiselle välineen kokea elämä merkityksellisenä. On kuitenkin huomioitava, että ihmisen mieli on herkkä. Spirituaalisuus voi antaa voimia, mutta se voi myös tuhota. Liian ahtaassa, tuomitsevassa ja häpeää tuottavassa uskonnollisuudessa kytee ahdistusta lisäävä eikä lieventävä ilmapiiri, jossa kuntoutuja voi tuntea olonsa vaikeaksi ja ”sairaaksi”. Spirituaalisuus sisältää arvon, jonka mukaan työntekijän on kohdeltava kuntoutujia tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. (Jokela 2010, 215.)

Spirituaalinen älykkyys on kykyä ymmärtää ihmistä. Spirituaalinen älykkyys vaatii ”nöyryyttä” olla avoin ja suhtautua kunnioittavasti toisen tapaan uskoa tai olla uskomatta. Seurakunnan monikulttuurisessa ympäristössä se onkin haastavaa. Diakoniatyöntekijän tulisi olla ihminen ihmiselle niin, ettei hän ”tuputa” omaa uskoaan ja niin kuin sanotaan ”lyö Raamatulla päähän”. Kun työntekijä tiedostaa omat haavansa ja heikkoutensa auttajana, hänen spirituaalinen älykkyytensä kasvaa ja hänen on helpompi kohdata autettavat tasavertaisesti. (Jokela 2010, 215.)

Syrjäytyminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat kietoutuvat yhteen

Masennus on keskeinen kansanterveysongelma ja mielenterveyden häiriö, jonka tärkeä painopistealue on sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (Isometsä 2011, 154). Masennusta voidaan kutsua jo kansansairaudeksi sen yleisyyden vuoksi. Joka viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana ja noin 37 000 on sen vuoksi eläkkeellä. Erityisen huolestuttavaa on nuorten eläköityminen. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.) Masennus on niin yleistä, että nykyisyyttä nimitetään jo masennuksen aikakaudeksi. Sen on ajateltu liittyvän liian nopeasti muuttuvaan maailmaan, ydinperheiden hajoamiseen, yhteiskunnalliseen turvattomuuteen tai ihmissuhteiden pinnallistumiseen. (Tontti 2000, 6.)

Alkoholin aiheuttama masennustila on kehittynyt alkoholin ongelmakäytön alkamisen jälkeen, ja paranee kuukauden ajan kestäneellä raittiusjaksolla. Tällainen tila on yleinen, mutta henkilön on vaikea sitä myöntää. Kulttuurissamme on hyväksyttävämpää olla masentunut kuin alkoholin liikkakäyttäjäksi. Monesti käyttäjälle on syntynyt kehä, jossa alkoholia otetaan lievittämään masennusoireita, vaikka alkoholi lisääkin niitä. Asianmukainen alkoholiriippuvuuden hoito on ensisijainen auttamistoimenpide. (Aalto 2010, 187.)

Jukka Tontin (2008, 117) tutkimuksessa ilmenee, että masennus kehittyy vähitellen erilaisten toiveiden romuttuessa, kun elämä ei menekään niin kuin on suunnitellut. Masennus tuo lohduttomuutta ihmisen elämään, mihin tuskaan alkoholilla haetaan hetkellistä apua (Tontti 2000, 20). Yksinäisyys ja masennus kuuluvat yhteen. On osoitettu, että yksinäisyys voi olla muista riippumaton masennuksen riskitekijä. (Hiilamo 2011, 97–98.) Yksinäisyys koskettaa erityisesti ikääntyviä vanhuksia, joiden toimintakyky on heikentynyt, puoliso ja ystäväistä suuri osa edesmenneitä, kiinnostus elämään kadonnut ja ajatuksissa toivo kuolemasta. Masennus jää monesti huomaamatta ja hoitamatta, jolloin alkoholin käyttö aluksi lohduttajana ja myöhemmin alkoholismina, on helppo ymmärtää. (Luhtasaari 2009, 99.)

Skitsofreniaa sairastavista noin 20 prosentilla on alkoholi-ongelma. Alkoholin käyttö liittyy usein oireiden alkamisen tai oireilun lisääntymisen ajankohtiin. Tätä on selitetty skitsofreniaa sairastavan vaikeudella suojella itseään. Lisäksi he yrittävät lievittää ahdistuneisuutta, negatiivisia oireita ja psykoosilääkkeiden sivuvaikutusta juomalla alkoholia. Totuus on kuitenkin se, että alkoholi ja huumeet vähentävät skitsofreniaa sairastavien hoitomyöntyvyyttä, vaikeuttavat yhteistyötä, lisäävät vaaraa lääkkeiden sivuvaikutuksesta ja huonontavat paranemisennustetta. Alkoholi ja huumeet lisäävät myös rikollisuutta ja rikoksen uhriksi joutumista. Teini-iässä alkanut kannabiksen käyttäminen nostaa skitsofreniaan sairastumisen riskin noin kaksinkertaiseksi. (Isohanni 2011, 85–94.)

Kaksoisdiagnoosipotilaalla on alkoholin ongelmakäytön tai alkoholiriippuvuuden lisäksi psykiatrinen häiriö, joka ei riipu alkoholista. Psykiatrisia häiriöitä ovat esimerkiksi masennus, skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Alkoholin ongelmakäyttäjistä noin 40–50 prosenttia on kärsinyt jossain elämänsä vaiheessa alkoholista riippumattomasta psykiatrisesta häiriöstä. Vaikka kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkiset oireet eivät aina häviä pitkänkään rahtiuden jälkeen, on alkoholiriippuvuuden hoito välttämätöntä, koska alkoholi usein ylläpitää ja pahentaa psyykkistä oireilua. (Aalto 2010, 184.)

Mauri Aallon (2007, 1294-5) artikkelissa kaksoisdiagnoosia selitetään kolmella mallilla. Sekundaarisen psykopatologisessa mallissa päihteiden käytöstä johtuu tai se voi laukaista mielenterveyshäiriön. Esimerkiksi henkilöllä voi puhjeta kannabiksen käytöstä johtuen skitsofrenia, jos hänellä on siihen alttius tai on mahdollista, että alkoholin käyttö laukaisee manian. Sekundaarisen päihdehäiriön mallissa ajatellaan päihdehäiriön johtuvan mielenterveyshäiriöstä. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöstä kärsivän ajatellaan käyttävän alkoholia itselääkinnässä. Erilaiset mielenterveyden häiriön hoidot voisivat myös aiheuttaa päihdehäikuisuutta, kuten esimerkiksi dopamiinireseptorien salpauslääkitys lisäisi päihdehäikuisuutta. Kolmantena pidetään yhteisen selittävän tekijän mallia, jolloin esimerkiksi mielenterveyspotilaat ovat usein työttömiä, joka puolestaan altistaa päihteiden käytölle. (Aalto 2007.)

Syällisyys ja häpeä päihde- ja mielenterveysongelmien taustalla

Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien keskusteluissa esiintyvät usein syällisyyden ja häpeän kokemukset. Päihdeongelmaisen syällisyyttä ja häpeää luullaan usein virheellisesti masennukseksi. Syällisyys ilmenee useammin ja on helpommin tunnistettavissa, koska se käsittää asiat, joilla on tehnyt pahaa tai on jättänyt jotain hyvää tekemättä jollekin toiselle henkilölle. Syällisyys voidaan kohdentaa tiettyyn tekoon tai tekemiseen, siksi sitä päästään myös käsittelemään. Syällisyyden käsittelemisessä on tärkeää sen tunnistaminen ja armo sekä anteeksianto. (Virtanen 2009, 219–220.) Häpeässä ei ole kysymys väärästä toiminnasta vaan se on syvää omanarvontunteen kadottamista ja reaktio hyväksyvän suhteen puuttumisesta. Häpeää poteva ihminen kaipaa parantavaa yhteyttä ja hyväksytyksi tuleamista. Häpeä merkitsee kokemusta olla torjuttu ja vuorovaikutuksen ulkopuolelle jätetty, näkymätön, riittämätön ja ihmisenä arvoton. (Gothoni 2007, 261.) (Kuva 4 ks. liite.)

Jorma Niemelän tutkimuksessa (1999) ilmeni, että käsittelemätön syyllisyys ja häpeä vaikeuttivat ihmissuhteita ja oman päihdeongelman työstämistä. Syyllisyydestä hän mainitsee kolme ulottuvuutta. Ensimmäinen on yleinen moraalinen alamäki, huoli omasta kohtalosta ja koko elämän suunnasta. Alkoholi koettiin moraalialia rapauttavaksi. Toisena ulottuvuutena oli konkreettinen paha, jota he tekivät itselleen tuhoamalla terveytensä ja elämänsä. Kolmas ulottuvuus oli syyllisyys siitä, mitä oli aiheuttanut läheisille ja muille ihmisille joko alkoholikeskeisellä elämäntyyllillään tai rikoksia tekemällä. Syyllisyyttä sinällään pidettiin hyvänä asiana, koska se oli osoitus oman vastuun kasvamisesta suhteessa muihin ihmisiin. (Niemelä 1999, 113–114.)

Paavo Kettunen (2011) on tutkinut suomalaista häpeää. Häpeä on syvällä ihmisessä oleva tunne siitä, että ”ei ole mitään”, jolloin hän kokonaisvaltaisesti mitätöi itsensä ja kaipaa tunnetta siitä, että hän ”on välitetty”. Tunnetta ”olla hyväksyty” pidetään ihmisen välttämättömimpänä perustarpeena. Ihminen ei kykene olemaan ystävä itsensä kanssa, jos hänen tietoisuudessaan on tunne siitä, ettei hän ole hyväksyty toisten hänelle merkityksellisten ihmisten taholta. Tällöin ”armo” hyväksytyksi tulemisena voi toimia alkuna parantumiselle häpeästä ja sen ”naamioista”, joista yksi voi olla päihdeongelma. (Kettunen 2011, 399.) Häpeä on juurtunut ihmiseen jo lapsuudessa epäilyksenä kelpaavuudesta. Luottamuksen on rikkonut lähi-aikuisten huono kohtelu ja välinpitämättömyys lasta kohtaan. Lapsi on pelokas, ahdistunut, turvaton, kiusattu, rakkautta vaille jäävä ja hylätty. Vaikka lapsessa ei ole mitään vikaa, hän kokee, että hänestä ei välitetä. (Takanen 2011, 169.) Koska häpeä on muodostunut lapsuuden suhteissa lähi-ihmiseen, ei uutta minäkuvaa voi luoda eikä päästä irti häpeänidentiteetistään ilman toisen ihmisen vastavuoroisuutta (Kettunen 2011, 100).

Naisten päihdeongelmiin liittyy paljon häpeää ja syyllisyyttä sekä ulkopuolista arvostelua ja tuomitsemistakin. Naisen päihdeongelma koskettaa koko perhettä, koska nainen on edelleen yleensä vastuussa kodinhoidosta ja lapsista. (Kujala & Hiltunen 2007, 10–12.) Naisen roolina on ollut miehen raitistaminen ja perheen koossa pitäminen ja, vaikka asenteet ovat viimeaikoina tasavertaistuneet, herättävät naiset enemmän huolta ja paheksuntaa lähipiirissään. Hyveenä on pidetty itsensä unohtavaa uhrautumista muiden hyväksi. (Auvinen 2001, 124–125.)

Martti Lindqvist (1986) kirjoittaa kirjassaan jokaisen ihmisen tarpeesta tulla ymmärretyksi, hyväksytyksi ja rakastetuksi. Hän kirjoittaa, kuinka tärkeä on löytää oma arvonsa, jonka tiedostaessaan voi ymmärtää elämänsä tarkoitusta. Pelkkä vaatimusten esittäminen ajaa ihmisen epätoivoon. Mitä enemmän ihmistä pakotetaan hyväksi, sitä vaikeampi ihmisen on olla hyvä. (Lindqvist 1986, 39–44.)

Syyllisyyden ja häpeän taakkojen kantaja elää päihteillä itseään turruttaen. Läheiset ja auttajatahot koettavat parhaansa mukaan saada aikaan

raitistumista ja asioita järjestykseen. Usein päihde- ja mielenterveysongelmien kanssa kamppaileva on objekti, jolta ei kysytä hänen sisimmässään olevia asioita. Pahimmassa tapauksessa raitistuminen jää ulkopuolisten aikaansaamaksi näennäiseksi parantumiseksi, jossa häpeän perussyyt painetaan piiloon. Ihminen saattaa ajatella ainoan mahdollisuuden, jolla voi osoittaa oman elämänsä hallintaa, olevan itsemurhan tekeminen. Voisiko häpeän ymmärtäminen lisätä ihmisenä olemisen ymmärrystä ja elämän kunnioitusta? Syyttäminen ja osoittelu ei auta ketään, siirtää pahaa oloa vain edelleen seuraaville sukupolville. (Virtanen 2009, 222–223.)

Ylös, ulos ja liikkeelle - syrjästä yhteyteen: naisten ja miesten ryhmät

Seurakunnan hankkeen tavoitteena oli antaa mahdollisuus syrjäytymisen voittamiseen, voimaantumiseen, yhteisöllisyyden lisääntymiseen ja verkostojen laajentumiseen, joka lieventäisi yksinäisyyttä. Lisäksi taloudellisesti ja inhimillisesti kotikuntoutusmallin tarkoituksena oli vähentää kuntoutujan osastojaksoja ja parantaa elämänlaatua. Kuntoutujan kotikuntoutusmallissa olivat mukana kaikki kuntoutumista edistävät lähipiirin verkostot.

Ryhmiiin tuleminen on ponnistelua vaativaa. Kynnystä voi alentaa muun muassa siten, että ryhmiin on lupa tulla ”nimettömänä” ja kokoontuminen on ”huomaamattomassa” paikassa. Päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivien naisten valmiudet ryhmähoitoon ovat usein heikot, he keskustelevat asioistaan mieluummin kahdenkeskisesti. Alkoholin käyttö eristää ja leimaa naisia. Suljettuun ryhmään tuleminen on helpompaa, jolloin voi turvatussa ja tutussa piirissä vähitellen kertoa omia epäonnistumisiaan naisena. Naiset kokevat sekaryhmät vaikeiksi ja naistenryhmässä he uskaltavat kertoa omista asioistaan ilman, että he kilpailevat keskenään miesten suosiosta tai ovat hoitajaroolissa.

Naisten vertaistukiryhmissä on mahdollisuus oppia osallistuvaa, omia ja toisten mielipiteitä arvostavaa vuorovaikutusta. Naisten ryhmät voivat olla eräs vaihe ja mahdollisuus omaksi itseksi tulemisessa ja oman tilan saamisessa, mikä puolestaan lisää elämänhallintaa. Elämänhallinnan opettelu voi olla aluksi vaikeaa, jos on oppinut elämään muiden ohjaamana. Vähitellen nainen alkaa nähdä oman merkityksensä ryhmälle ja voi unohtaa turhan vaatimattomuuden, arkiset velvollisuudet ja muiden huolehtimisen. (Auvinen 2000, 27–29.)

Vertaistukiryhmässä naiset saattoivat keskustella omalla kielellään ymmärrettävästi keskenään. Tunnepitoisella arkikielellä heidän oli mahdollista suhtautua empaattisesti toistensa elämäkokemuksiin. Alkoholi-ongelmallisille naisille ei ole merkitystä statuksella tai siviilisäädyllä vaan heitä yhdis-

tää ikä ja alkoholista johtuvat samankaltaiset elämänkokemukset. Ryhmässä naiset oppivat uusia sosiaalisia käyttäytymismalleja, jotka auttavat ryhmän ulkopuolella sosiaalisessa elämässä. Ryhmässä naiset saavat uusia ihmisuhteita, jotka tuovat uusia turvaverkoston jäseniä. Naisten ryhmässä he tulevat tietoisiksi asemastaan sekä rooleistaan ja tuon tietoisuuden kautta heidän on helpompi toteuttaa naiseuttaan. (Hyttinen 1990, 108–109.) Naisten ryhmissä voi keskustella vaikeistakin asioista, kuten lapsettomuudesta tai äitiyden syyllisyydestä, uhrautumisesta ja muista tunteita herättävistä asioista. Turvallisessa ilmapiirissä voi myös keskustella avoimesti siitä, että kulkeeko elämä vahvojen tunteitten viemänä vai onko valinnoissa järki mukana. Tärkeää voimaantumisen kannalta on tuoda esille elämää rajoittavia ja alistavia asioita, kuten väkivalta monine muotoineen. (Tuomola 2003, 223.)

Juomisen loputtua pelko uudenlaisen elämän alussa aiheuttaa pelkoa tulevaisuudesta. Pelon aiheita ovat muun muassa rakkautta vaille jääminen, epäonnistuminen, kiitollisuudenvelkaan jääminen, epäsuosittuna oleminen, vanheneminen, kuolema, taloudellinen ahdinko. Pelot voivat muuttua kaunaksi ja kateudeksi niitä kohtaan, joilla on kaikkea hyvää, mikä raitistuneelta naiselta puuttuu. Naisen tulisikin tiedostaa, että uuden elämän alkaessa tärkeimmät asiat, kuten syöminen, ajatteleva ja toimiminen, muuttuvat. Juomisen jättämää tyhjiötä on täytettävä uusilla mielenkiintoisilla asioilla. (Kirkpatrick 2000, 78–81.)

Ryhmään tuleminen vaatii ponnisteluja myös miehiltä. Miesten ryhmässä on huomattu, että häpeä estää kertomasta omia asioitaan ulkopuolisille. Vertaistukiryhmät ovat paikka, missä heikkouden häpeä muuttuu oikeuteksi heikkoudeksi. (Kilpiä 2006, 57.) Häpeä ja syyllisyys eivät sovi myytiseen mieskuvaan ja siksi ne usein piilotetaan. Kuitenkin ihmisen kasvu vaatii näiden tunteiden työstämistä ja jos ne jäävät käsittelemättä, ihmisyydestä leikkautuu iso osa pois. (Hopiavuori 2006, 59.) Häpeä ei ole helppo hoidettava vaan siihen saattaa tärväntyä koko elinikä, jos riippuvuuksien kanssa taisteleva ikinä häpeää itsessään pystyy tunnistamaan. (Malinen 2007, 219.)

Jukka Valkosen ja Olavi Lindforsin (2012) mukaan sosiokulttuuristen odotusten mukaan miesten tulisi olla vahvoja, itsenäisiä ja rationaalisia. Nämä maskuliiniset arvot voivat olla haasteellisia silloin, kun miehiä koetaan saada hoidon piiriin. Miehen on vaikea myöntyä hoitoon ja hän käyttää ennemmin alkoholia esimerkiksi masennuksen itsehoitolääkkeenä. Miehet valitsevat tarkasti kenelle haluavat kertoa asioitaan ja varsinkin murheitaan. Ongelmiin ei haluta sotkea työyhteisöä, kaveripiiriä eikä läheisiä. (Kilpiä 2006, 57.)

Erytisesti päihdemiesten elämässä näkyy sukupolvien ajan jatkunut alkoholisoituminen. Isän malli on syntynyt päihdeperheessä, jossa isä on ollut juova, paljon poissaoleva, väkivaltainen ja usein puhumaton mies. Tä-

män mallin pohjalta kasvetaan miehisyyteen ja perustetaan perhettä. Isän puutetta kipuillaan läpi elämän ja rajattoman ja turvattoman elämän rajat saattavat tulla vasta vankilassa. (Hakala 2009, 68–69.)

Nuorilla miehillä alkoholin nauttiminen on pääsylippu kaveriporukkaan ja samalla tunnustus maskuliinisuudesta. Ennen maskuliinisuutta ja arvostusta mitattiin esimerkiksi työssä käymisellä, mutta nykyisin työttömyys on nuorten miesten keskuudessa yleistä. Poikamiehet kokevat olevansa yhteiskunnallisesti ja sosiaalisesti syrjässä, heidän elämänsä ja identiteettiään varjostaa huono-osaisuus ja kunnioituksen puute. (Sankala 2009, 93–94.)

Kuntoutumisen vaiheessa on löydettävä ”uudet kuviot” elämään. Usein on tilanne se, että mies ei ole tavannut tai hänellä ei ole ketään, jolla olisi samanlaisia ongelmia. Ryhmässä miesten on helpompi jakaa kokemuksia miehisyydestä ja kokemuksesta miehenä olemisesta heikoilla. (Kilpiä 2006, 57.) Kuntoutujien erilaiset ryhmät auttavat monella tapaa kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Ryhmässä koetaan yhteisöllisyyttä, voidaan jakaa elämäkokemuksia sekä tulla hyväksytyksi. Ryhmä voi muodostua ikään kuin perheeksi, jossa muistetaan muun muassa merkkipäivät. Työntekijän ennen ryhmään menemistä tekemä yksilötyö helpottaa ryhmään tulemistä. (Nykky ym. 2010, 16.)

Projektin aikana tutustuttiin erilaisiin liikuntapaikkoihin ja -muotoihin. Käytiin kuntosalilla, salijumpassa, keilaamassa, uimassa ja joukkuepelejä pelaamassa. Liikuntaa järjestettiin myös ryhmässä lyhyinä ”alkuverryttelyinä” esimerkiksi lyhyenä sauvakävelynlenkinä. Liikunnan merkitys fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäjänä on kiistaton. Liikunta vaikuttaa mieleen itsehallinnan tunteen kasvuna ja jossain määrin myös itsetunnon lisääjänä. Lihasten, sydämen ja keuhkojen toiminnan ylläpitäjänä liikunta on erinomainen keino. Rasittava, pitkäkestoinen liikunta lisää elimistön omien ”mielihyväpeptidien”, endorfiinien, eritystä. Lisäksi liikuntaharrastuksen kautta on mahdollista tutustua uusiin ihmisiin. Liikunta on osa elämäntavanmuutosta, jonka tulisi olla jatkuvaa ja sen vuoksi siihen tarvitaan tukea. (Leppimäki 2011, 210–212.)

Sitoutuminen ryhmän liikunnalliseen toimintaan vaihteli eri ryhmässä. Miesten ryhmässä liikuntaan osallistuivat lähes kaikki, mutta naisten ryhmässä oli vain muutama osallistuja, huolimatta siitä että kaikki olivat olleet suunnittelemassa ohjelmaa. Jäälin naisten ryhmän jumppatunti kerran viikossa muidostui vaikeaksi. Yhdellä osallistujalla oli omat lapset mukanaan ja jotkut ryhmäläiset kokivat heidät häiritseviksi. Ryhmäläiset eivät saaneet asiaa soviteltua, joten liikuntaryhmä loppui.

Retki ja harrastustoimintaan ja talven aikana tehtäviin liikunta- ja kulttuuriharrastuksiin budjetoitiin 4000 euroa. ”Olohuoneen” perustamista varten budjetoitiin 1000 euroa. ”Olohuone” olisi rentoa oleskelua varten, jossa voi lukea lehtiä, käyttää nettiä. Halukkaat voisivat tulla pitämään teema-aiheisia hetkiä. Tarkoitus oli, että toiminta tai toimettomuus olisi läh-

töisin kuntoujista ja työntekijät koettaisivat vastata tuleviin kiinnostuksen aiheisiin. Pienikin oma-aloitteisuus palkittaisiin. Tärkeintä ”olohuoneessa” olisi toisten tapaaminen, keskustelut, ystävystyminen ja myöhemmin omista ajatuksista kertominen turvallisessa ympäristössä joko työntekijälle tai vertaiselle.

Retket ja leirit tarjoavat virikkeitä ja mahdollisuuden päihdeettömään elämään. Projektin suunnitelmassa oli ajatus tehdä risteily Oulu-laivalla Oulun edustalla. Matka osoittautui kalliimmaksi kuin oli budjetoitu ja kesällä ryhmän kokoaminen olisi ollut vaikeaa, kun säännölliset kokoontumiset olivat tauolla. Risteily vaihtui kahden yön mökkilomaksi Rokualla keväällä 2011. Alun alkaen mukaan oli lähdössä noin 30 henkilöä, mutta mitä lähemmäksi päästiin ajankohtaa sitä useammalle tuli esteitä. Kaiken kaikkiaan retkestä pääsi nauttimaan 23 henkeä. Osa retkeläisistä oli mukana koko retken ajan, osa kävi päiväseltään. Ohjelma oli suunniteltu etukäteen ja sen noudattaminen toi turvaa ja järjestystä. Retken ohjelma sisälsi yhdessä tekemistä, muun muassa ruuan laittoa ja aamu- ja iltapalan laittamista, ulkoilua, kylpylässä käynnin, hiljentymistä ja yhdessäoloa.

Projektissa tarjottiin mahdollisuutta sosiaaliseen osallistumiseen myös kulttuurin keinoin. Kulttuurin harrastaminen tuo vaihtelua arkeen, kokemuksen aktiivisuudesta ja auttaa elämään pidempään. Kulttuuri voi olla itse toimimista esimerkiksi kuorossa laulamista tai teatterissa näyttelemistä. Lisäksi se voi olla kädentaitoja, kuten käsitöiden tekemistä tai taulujen maalamista. Se voi olla myös elokuvissa tai teatterissa käymistä. (Numminen 2013.) Projektissa käytiin kaksi kertaa teatterissa ja yhden kerran elokuvissa. Näytelmät valittiin niin, että ne sopivat sekä miehille että naisille, Oulun kaupungin teatterissa katsottiin näytelmä Sotahevonen, Haukiputaan Teatterikuopalla Satumaa-tangomusikaali ja elokuvissa yksityisnäytöksenä Johnny English - Uudestisyntynyt.

Erityisesti naisille tarkoitettua ohjelmaa oli iloa, naurua ja huumoria elämään tarjoava naurujooga, jota vetämässä oli ulkopuolinen alan koulutuksen saanut henkilö. Miesten ryhmä kävi ajamassa karting autoilla Mini Grand Prix-radalla.

Työntekijän asenteet ja suhtautuminen

Työntekijän ja kuntoutujan läheisten on usein vaikea löytää oikeaa suhtautumistapaa päihdeongelmaan. Moralisoimalla tai pelkästään yksilön vastuuta korostamalla aiheutetaan yhtä paljon pahaa kuin yliholhoavalla ja yksilön omia voimavaroja mitätöivällä suhtautumistavalla (Auvinen 1989, 26). Kuntoutuminen ei ole mahdollista tuloksettaasti ilman kuntoutujan omaa päätöstä ja tahtoa. On hyvä alku, jos päihdeongelmainen oppii luot-

tamaan työntekijään, mutta se ei pelkästään riitä, vaan pikkuhiljaa päihde-ongelmaisen tulisi alkaa luottaa itseensä ja hänen olisi otettava vastuu omasta elämästään. (Lund 2006, 87.)

Ovatko omat asenteeni kaikelta osin päihde- ja mielenterveystyöhön sopivat? Juhani Seppänen kritisoi kirjassaan ”Selvästi juovuksissa” ammattihenkilöiden vallankäyttöä suhteessa alkoholia käyttäviin henkilöihin, onko aito auttamisenhalu muuttunut terveysterrorismiksi, jolla halutaan toisen elävän tietyn kaavan ja käyttäytymismallin mukaan. (Seppänen 2006, 25.) Työntekijänä minun täytyy tarkastella oman auttamiseni motivaatiota. Onko oma olemassaoloni oikeutus kiinni siitä, että joku suostuu autettavaksi tai, että onnistun auttamisessa? Vai tuntuuko, että oma kelpaavuuteni työntekijänä on uhattuna, jos apuni ei kelpaa? (Hiltunen ym. 2005, 169.)

Työntekijän voi myös olla vaikea luovuttaa ja antaa vastuuta päihteitä käyttävälle. On vaikea katsoa ja kulkea rinnalla, kun elämä soljuu väärään suuntaan. Työntekijä voi helposti lähteä pakottamaan, holhoamaan ja manipuloimaan kuntoutujaa, jolloin hän voi kokea keinot jopa henkisenä väkivaltana. Auttamistoimenpiteiden tulee olla aina asiakaslähtöisiä. Työntekijällä on tarve olla hyvä työntekijä ja sen toteuttamiseksi saattaa tarjota apuaan vaikka asiakas ei sitä haluaisikaan eikä siitä hyödy. Työntekijä toteuttaa tällöin omaa tarvettaan ja asettaa asiakkaan autettavan asemaan hänen tahtomattaan. Joskus työntekijä kokee haavoittuvansa asiakkaiden valintoihin, jos ne ovat asiakkaalle vahingollisia. Työntekijäkin on inhimillinen ihminen ja tarvitsee tilaa omien elämäntarinoiden selvittelyyn. (Hiltunen ym. 2005, 169.)

Seppo Toiviainen (1997) pohtii kirjassaan ammattiauttajan roolia, joka hänen mukaansa tulisi olla enemmän osallistuja kuin auttaja. Työntekijän tulisi unohtaa liiat teoriat ja tiedot ja ottaa käyttöön taidot, nähdä asiakas ilman juopon leimaa ihmisenä ja kumppanina. (Toiviainen 1997, 148.) Kriisissä ihminen on paljaimmillaan ja erityisen haavoittuvainen. Tällöin myös häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat voimakkaimmillaan. Kohtaamisen tulisi olla tuolloin hienovaraista ja kunnioittavaa. Työntekijällä itsellään tulisi olla turvallinen ja rauhallinen olo, jotta voisi olla auttamassa asiakastaan kaaoksesta järjestykseen. (Hopiavuori 2006, 59,70.)

Jos asiakas ei kuntoudu, vaikka työtä on tehty pitkän aikaa, saatta edessä ollatyöntekijän turhautuminen ja kyynistyminen. Alussa aktiivisen tuen määrä on iso, mutta toipumisprosessin edetessä tulee aika, jolloin tulisi laskea irti. Milloin on oikea aika? Selviääkö työntekijä siitä, että avustettava jää yksin ongelmiseen? Raskaimpia tapauksia työntekijälle on tieto tutun asiakkaan itsemurhasta ja tehdyn työn auttamattomuudesta. Tilanteeseen liittyy riittämättömyyden ja osaamattomuuden tunnetta sekä paljon vastausta vaille jääviä kysymyksiä. Olisiko työntekijä voinut tehdä kuitenkin jotain enemmän? (Virtanen 2009, 215–216.)

Millä tavalla riippuvaisesta ihmisestä saisi sisältäpäin nousemaan uusia elämän kiinnostuksen asioita, jotka korvaisivat halun päihteiden käyttöön? Omassa työssäni tärkeä tehtävä on olla tukena silloin, kun selvin päin eläminen tuo ahdistavan menneisyyden ja siellä tehdyt laiminlyönnit ja teot muistiin ja käsiteltäviksi. Voinko minä olla se ”joku”, joka välittää, kuulee ja näkee?

Pohdinta

Diakoninen päihdetyö on kotiin tehtävää kuntouttavaa avohoitoa tai erilaisia ryhmiä, leirejä tai matkoja. Diakoniatyöntekijällä on mahdollisuus toimia asiakkaan tarpeiden mukaan ja auttaa asiakasta muuttamaan olosuhteitaan, asenteitaan ja käyttäytymismallejaan kotiloissaan. Toiminta on mahdollista toteuttaa kunnan työn täydentäjänä, koska työaikalait ja harkintaan perustuvat taloudellisen auttamisen päätökset nojautuvat eri lakeihin ja säädöksiin kuin kunnan. Esimerkiksi yli yön kestävien leirien ja retkien järjestäminen onnistuu.

Diakoniatyön peruslähtökohta on olla auttamassa henkilöitä, jotka eivät jostain syystä pääse muun avun piiriin tai tarvitsevat lisäksi lähelleen tukiverkostoa. Tänä vuonna on sekä taloudellisen avun että muun avun piiriin tullut enemmän ihmisiä kuin aikaisempina vuosina. Laitospaikkojen vähentäminen, isojen työnantajien toiminnan loppuminen ja kuntien päihde- ja mielenterveystyöhön budjetoitujen määrärahojen vähyys näkyy diakoniassa.

Projektiin myönnetyn määrärahan avulla Kiimingin seurakunta ja kunta saivat tilaisuuden tarjota avohuollossa oleville, kotona asuville mielen-terveys- ja päihdekuntoutujille elämänlaatua parantavia asioita, joilla toivottavasti oli eristäytymistä ja yksinäisyyttä lieventävä sekä voimavaroja vahvistava merkitys. ”Olohuoneen” perustaminen lykkääntyi myöhempään ajankohtaan, sen sijaan ostettiin ompelukone, jota voi lainata kotiin viikoksi kerrallaan. Toiminnalla tavoitettiin noin 80 kuntoutujaa, jotka olivat mukana 2–4 tapahtumassa. Lisäksi osa heistä kävi viikoittain omassa ryhmäkokoontumisessaan.

Ryhmä luo toivoa tulevaisuuteen, kun ryhmäläinen huomaa, että joukossa on ihmisiä, jotka ovat selvinneet ongelmistaan. Lisäksi ryhmän jäsenet voivat rohkaista ratkaisujen tekemisessä. Omat ongelmat voivat jäädä taka-alalle, kun ryhmäläinen pystyy auttamaan toisia muun muassa neuvoja antamalla. Tällainen epäitsekäs kokemus on vahvistava ja parantava. Ryhmässä tulee hyväksytyksi sellaisen kuin olet, mikä voi olla uutta päihdekuntoutujalle. Ryhmä tuo tervettä ”painetta”, jolloin paremmin pysyy mukana. Ryhmässä ei tarvitse piilottaa tunteita. Uusi kokemus voi olla se, että

tunteita ilmaistaan turvallisessa ympäristössä selvin päin. Usein positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmaiseminen on pelottavaa. Ryhmässä itsetuntemus paranee ja kuntoutuja tulee tietoisemmaksi omasta ajattelustaan ja suhtautumisestaan ja niiden vaikutuksesta vuorovaikutustilanteissa. Ryhmä antaa palautetta käyttäytymisestä. Ryhmässä voi harjoitella ongelmallisten vuorovaikutustilanteiden ratkaisemista ja selviytymistaitoja. Tästä kasvaa vastuu omasta käyttäytymisestään ja elämästään. Ryhmässä voidaan käsitellä elämän perimmäisiä kysymyksiä. Vertaisryhmässä kuntoutujat voivat käyttää omaa kieltään ja siten jakaa ymmärrettävästi ajatuksiaan. (Tuomola 2003, 225–226.)

Nuori nainen, joka oli lopettanut päihteiden käytön, kertoo, kuinka hän oli lopettamisen jälkeisellä kuntoutusjaksolla uskaltanut heittää naamarit pois ja oli ruvennut olemaan ”oma itsensä”. Hän jatkaa kertomusta: *”Asiasa oli vain se huono puoli, ettei minulla ollut harmaan häivän hajuakaan, kuka minä oikein olin, joten suurimman osan ajasta vain poukkoilin tunnetilasta toiseen. ”Vetohalut” (tark. huumeiden, tekijän lisäys) kummittelivat mielessäni jatkuvana sisäisenä tuskana ja ahdistus, joka minulla oli surkeasta vanhemmuudestani sekä kaikista ihmissuhdesotkuista ja menneisyyden mokista, eivät nekään helpottaneet oloani. Ainoat työkalut olivat halukkuuteni ja usko johonkin korkeampaan voimaan sekä rehellisyys.* (Asiakkaan puheenvuoro 2001, 12.)

Ihmisen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja toimiessaan siinä hän saa palautetta sekä ympäristöltä että itseltään. Tämä antaa mahdollisuuden kehittymiseen ja kasvuun. Tähän toimintaan ajaa ihmisen luontainen uteliaisuus. Toimintaan arjen askareiden muodossa tai vapaa-ajan toiminnoissa antavat vastavuoroisuuden, tarpeellisuuden, ilon, helpotuksen ja tyytyväisyyden tunteita. (Finni 2001, 89–90.) Aidos- ta vuorovaikutuksesta syntyy kohtaaminen, joka sinällään antaa toivoa ja luo välittämisen ilmapiiriä. Syvällä rypevä ihminen ei pysty ilmaisemaan itseään eikä kerro omasta maailmastaan asioita ja tunteuksiaan ennekuin on saanut luottamuksen toiseen ihmiseen. Tämä vie usein pitkän ajan. Välittämistä ja toivon antamista ei voi määrätä lailla, siksi ammattiavun lisäksi ryhmissä saatava vertaistuki on ensiarvoista. Parantavaa on tunne, että kuuluu johonkin. Alkoholihaittoja on pystytty torjumaan sitä tehokkaammin, mitä enemmän on tukea antavia yhteisöjä. (Lund 2006, 77–79.)

Lähteet

- Aalto, Mauri 2007: Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007; 123(11): 1293-8.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>. Viitattu 21.4.2013.
- Aalto, Mauri 2010: Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholi-riippuvuus. *Duodecim*. Helsinki, 8–15.
- Aalto, Mauri 2010: Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholi-riippuvuus. *Duodecim*. Helsinki, 183–188.
- Aalto, Mauri & Seppä, Kaija 2009: Alkoholin liikakäyttö. Teoksessa Aalto, Mauri & Bäckmand, Heli & Haravuori, Henna & Lönnqvist, Jouko & Marttunen, Mauri & Melartin, Tarja & Partanen, Airi & Partonen, Timo & Seppä, Kaija & Suomalainen, Laura & Suokas, Jaana & Suvisaari, Jaana & Viertiö, Satu & Vuorilehto, Maria. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki, 11–16, 20. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>.
- Alatupa, Saija & Karppinen, Krister & Keltikangas-Järvinen, Liisa & Savioja, Hannele 2007: Koulu, syrjäytyminen ja sosiaalinen pääoma- Löytyykö huono-osaisuuden syy koulusta vai oppilaasta? Sitran raportteja 75. Sitra. Helsinki.
<http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti75.pdf>. Viitattu 3.5.2013.
- Asiakkaan puheenvuoro 2001: Minun tarinani. ”Minut otettiin ehkä ensimmäistä kertaa elämässäni todesta”. Teoksessa Andersson, Maarit (toim.): Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki, 11–13.
- Auvinen, Anja 1989: Naisen juominen – yhteisöllinen uhka, yksilöllinen tragedia. Teoksessa Suurla, Liisa (toim.): Nainen, alkoholi, elämä. Kirjapaja. Helsinki, 19–27.
- Auvinen, Anja 1994: Naisten kesken, juomisesta naiseudesta elämästä. Stakes. Raportteja 164. Gummerus. Jyväskylä.
- Auvinen, Anja 2000: Omin ehdoin. Naisten oma-apuryhmien opas. Kansalaisareena ry. Helsinki.
- Auvinen, Anja 2001: Näkökulmia naisten päihdeongelmiin ja niistä kuntoutumiseen. Teoksessa Andersson, Maarit (toim.): Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki 124–125.
- Finni, Saara 2001: Toiminta jäsentää arkea. Teoksessa Andersson, Maarit (toim.): Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki, 88–92.
- Gothoni, Raili 2007: Sielunhoito – kohtaaminen Jumalan kasvojen edessä. Teoksessa Latvus, Kari & Elenius, Antti (toim.): Auttamisen teologia. Kirjapaja. Helsinki, 256–268.
- Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2010: Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 25. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Juvenes Print Oy. Tampere.

- Haarna, Ilka & Hautamäki, Lotta 2008: Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Gaudeamus. Helsinki University Press. Helsinki.
- Hakala, Riitta 2009: Kemistä oon ja kehtaan ottaa. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.): Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 59–76.
- Heikkinen-Peltonen, Riitta, Innamaa, Marja & Virta, Marjut 2008: Mieli ja terveys. Edita. Helsinki.
- Hiilamo, Heikki 2011: Yksin asuvien kokemuksia masennuksesta toipumisesta. Teoksessa Heiskanen, Tarja & Saaristo, Liisa (toim.): Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. PS-kustannus. Jyväskylä, 97–109.
- Hiltunen, Tarja & Kujala, Virpi & Mattila, Kati-Pupita 2005: Näkyvä piilo. Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Sininauha-liitto. Jyväskylä.
- Hopiavuori, Sirpa 2006: Häpeä, syllisyys ja suru-kriisityön peruselementit. Teoksessa Sanasta miestä. Kokemuksia miesten kriisityöstä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. A-klinikkasäätiö. Suomen mielenterveysseura ry. Y-Säätiö. Helsinki, 59–71.
- Hyttinen, Irja 1990: Kun nainen juo. Naisten alkoholinkäyttö, alkoholin ongelmakäyttö ja hoito. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Hänninen, Vilma 2004: Omaiskertomusten opettamaa. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Hänninen, Vilma (toim.): Läheiseni on päihdeongelmainen. Kirjapaja Oy. Helsinki, 104–113.
- Isohanni, Matti & Suvisaari, Jaana & Koponen, Hannu & Kiesepää, Tuula & Lönnqvist, Jouko 2011: Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 70–133.
- Isometsä, Erkki 2011: Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 154–193.
- Isometsä, Erkki 2011: Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 194–217.
- Jokela, Ulla 2010: Spirituaalinen sensitiivisyys – muutosvoima sosiaalialan työssä. Teoksessa Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.): Syrjäytymistä vastaan. Sosiaali- ja terveysalalla. Tammi. Helsinki, 209–222.
- Juntunen, Elina 2007: Diakoniatyön taloudellinen apu ja viimesijaisen sosiaaliturvan aukot. Teoksessa Juntunen, Elina & Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki: Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. 2. painos. 1. painos 2006. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:7. Kirkkohallitus. Helsinki, 51–176.
- Jääskeläinen, Ilkka 2002: Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Helosvuori, Riitta & Koskenvesa, Esko & Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.): Diakonin käsikirja. Kirjapaja Oy. Helsinki, 192–232.
- Kaukonen, Olavi 2000: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 107. Stakes, Helsinki.
- Kettunen, Paavo 2011: Kätkeyty ja vaiettu. Suomalainen hengellinen häpeä. Kustannus Oy Kotimaa/Kirjapaja. Helsinki.

- Kilpiä, Juha 2006: Ryhmätoiminta. Teoksessa Sanasta miestä. Kokemuksia miesten kriisityöstä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. A-klinikkasäätiö. Suomen mielen-terveysseura ry. Y-Säätiö. Helsinki, 50–57.
- Kinnunen, Kaisa 2009: Sairaus mukana ahdingossa. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.): Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut.kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Kirkkohallitus.Helsinki, 198–229.
- Kirkkohallitus 2005: Kirkon päihdestrategia [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D369F10AF9D44A9FC22577A500368BD5/\\$FILE/kirkonpaihdestrategia.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D369F10AF9D44A9FC22577A500368BD5/$FILE/kirkonpaihdestrategia.pdf). Viitattu 21.4.2013
- Kirkkolaki 26.11.1993/1054. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931054>. Viitattu 21.4.2013.
- Kirkpatrick, Jean 2000: Täyskäännös. Uutta toivoa päihderiippuvaisille naisille. Suom. Leena Taavitsainen-Petäjä. Alkuperäinen teos Turnabout New Help for the Women alcoholic vuodelta 1977. Otava. Helsinki.
- Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008: Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosa-keyhtiö Tammi. Helsinki.
- Kujala, Virpi & Hiltunen, Tarja 2007: Minä kasvan. Teemoja naisen kasvuun ja riippuvuuksista toipumiseen. Sininauhaliitto. Helsinki.
- Kuoppasalmi, Kimmo & Heinälä, Pekka & Lönnqvist, Jouko 2011: Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. 9. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 405–470.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Viitattu 21.4.2013.
- Laitinen, Jorma 2009: Moraalifilosofia reunamerkintöjä kersantti Puksun tapauksesta. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.): Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 79–85.
- Laitinen, Pirjo 2009: Alkoholi ja naisten väkivaltarikokset. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.): Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 127–136.
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2008: Haasteena päihheet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070417>. Viitattu 21.4.2013.
- Lindqvist, Martti 1986: Hyvä elämä. Otava. Helsinki.
- Luhtasaari, Sinikka 2009: Debis. Masennuksen eri muodot. Ilmestynyt aiemmin Duodecim Apteekki-sarjassa nimellä Masennus. Duodecim.Helsinki.
- Lund, Pekka 2006: Torjuttu toivottomuus.PS-kustannus. Jyväskylä.
- Malinen, Ben 2005: Häpeän monet kasvot. Kirjapaja. Helsinki.
- Malkavaara, Mikko 2007: Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa Latvus, Kari & Elenius, Antti (toim.): Auttamisen teologia. Kirjapaja. Helsinki, 83–121.

- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 21.4.2013.
- Melartin, Tarja & Vuorilehto, Maria 2009: Masennus. Teoksessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino. Helsinki, 29–30.
- Mäkelä, Rauno 2003: Alkoholiriippuvuuden kulkuun vaikuttavat tekijät. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki, 177–199.
- Mönkkönen, Kaarina 2005: Toiminnallinen vaikuttaminen. Maallikkous vuorovaikutuksen energialähteenä. Teoksessa Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino. Tampere, 277–304.
- Niemelä, Jorma 1999: Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Tampereen Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipoliittinen laitos. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 96. Gummerus. Jyväskylä.
- Numminen, Ava 2013: Toiminnalliset menetelmät hyvinvoinnin edistäjänä - musiikki ja muut kulttuurivälineet. Luento. Ikäihmisen vireä huominen -kongressi Oulu 18.4.2013.
- Nykky, Tiina & Heino, Taina & Myllymäki, Eija & Rinne, Tuija 2010: Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Kehittämiskeskus Tyynelä. Kirjapaja. Helsinki.
- Oulun evl. 2013: Päihdetyö. <http://www.oulunseurakunnat.fi/paihdetyo>. Viitattu 29.4.2013.
- Partanen, Airi & Aalto, Mauri 2009: Huumausaineet. Teoksessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Yliopistopaino. Helsinki, 21–28.
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa ym. (toim.) 2010: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. THL Avauksia 16/2010. Yliopistopaino. Helsinki, 4. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>. Viitattu 21.4.2013.
- Pirkola, Sami & Sund, Reijo & Sailas, Eila & Wahlbeck, Kristian 2009: Itsemurhat harvinaisempia monimuotoisia mielenterveyden hoitopalveluita tarjoavissa kunnissa. Duodecim 2009; 125:83.
- Poliisi 2011: Poliisin ja Tullin paljastaman laajan metamfetamiinin salakuljetus – ja levitystapauksen esitutkinta valmis. 10.3.2011. <http://polis.fi/poliisi/helsinki/home.nsf/PFBD/5C251493A4DC66A3C225784F003284C0?opendocument>. Viitattu 21.4.2013.
- Puhakka, Antero 2000: Hoitoonohjaus hoitoon ohjatun silmin - Subjektiiivinen totuus ja sen tulkinta. Väitöskirja. Joensuun Yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja Nro 44. Joensuun Yliopisto. Joensuu.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 21.4.2013.

- Rintatalo, Paula 2000: Elämän vaikeuksien syveneminen askarruttaa diakonia-työssä. Teoksessa Heikkilä, Matti & Karjalainen, Jouko & Malkavaara, Mikko (toim.) Kirkonkirjat köyhyydestä. Kirkkopalvelujen julkaisuja n:o 5. Kirkkopalvelut. Pieksämäki, 186–191.
- Roivainen, Irene & Heinonen, Jari & Ylinen, Satu 2011: Köyhä byrokratian rat-
taissa. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 64. Vammalan kirjapaino Oy. Sastamala.
- Sankala, Jukka 2009: Toivottavati ei tarttis enää ottaa - poikamiesten arjen oras-
tava maskuliinisuus. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.):
Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus.
Rovaniemi, 87–102.
- Sarkola, Taisto & Eriksson, C. J. Peter 2003: Nainen ja päihteet. Teoksessa Salas-
puro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede.
Duodecim. Helsinki, 95–99.
- Seppänen, Juhani 2006: Selvästi juovuksissa. Otava. Helsinki.
- Sillanaukee, Pekka & Mäkelä, Rauno & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kai-
ja 1996. Alkoholin suurkulutus ja alkoholismi. Lääketieteellinen Aika-
kauskirja Duodecim. Katsaukset. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo60399&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. Viitattu 21.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali-
ja terveysministeriön oppaita ISSN 1236-116X; 2002:3 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf. Viitattu 21.4.2013.
- Svedberg, Petra 2011: In what direction should we go to promote healt in mental
health care? *Int J Qual Stud Health Well-being*. 6(2): 10.3402/qhw.v6i2.7118.
Tuloste tekijän hallussa.
- Takanen, Kimmo 2011: Tunne lukkosi. Vapaudu tunteiden vallasta. WSOY.Helsin-
ki.
- TEM Tiedotteita 2012: Nuorten yhteiskuntatakuu: koulutusta, työtä ja täsmäpal-
velua.Työ- ja elinkeinoministeriö https://www.tem.fi/index.phtml?109336_m=105791&s=5236. Viitattu 3.5.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011: Alkoholijuomien kulutus. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus.htm>. Viitattu 21.4.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kansallinen alkoholiohjelma. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma. Viitattu 21.4.2013.
- THL 2009: Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva
2009. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>. Viitattu 21.4.2013.
- THL 2013: Osallisuus syrjäytymisen vastaparina. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/osallisuuden_edistaminen/osallisuus_syrjayty-misen_vastaparina. Viitattu 3.5.2012.

- Tiikkainen, Pirjo 2011: Yksinäisyys teorioiden valossa. Teoksessa Heiskanen, Tarja & Saaristo, Liisa (toim.): Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Ps-kustannus. Jyväskylä.
- Tontti, Jukka 2000: Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos. Helsinki, 18. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/vk/tontti/masennuk.pdf>. Viitattu 21.4.2013.
- Tontti, Jukka 2008: Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Vastapaino. Tampere.
- Tuomikoski-Koukkula, Suvi: Lapistako humaltuneet tytöt? Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.): Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 139–157.
- Toivainen, Seppo 1997: Kantapöydän imu. Juoppokulttuuri valintana ja pakkona. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuomola, Pekka 2003: Ryhmäterapia. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki, 221–226.
- Valkonen, Jukka & Lindfors, Olavi 2012: Perinteinen maskuliinisuus miesten psykoterapian haasteena. *Psykoterapia* /2012, 31(4), 330–347. <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/valkonenlindfors412.htm>. Viitattu 29.4.2013.
- Virtanen, Matti 2009: Häpeäjuoppoudesta itsemurhaan. Teoksessa Orjasniemi, Tarja & Tiuraniemi, Olli (toim.): Rajua, ruojoa ja raitista. Alkoholin käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 215–224.
- Vorma, Helena 2010: Sekakäytön yleisyys. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. Helsinki, 198–201.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi & Ruotsalainen, Kari 2010: Nuoren tunne-elämän ongelmat, sosiaalisista suhteista vieraantumisen ja ammatillinen kohtaaminen. Teoksessa Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.): Syrjäytymistä vastaan. Sosiaali- ja terveysalalla. Tammi. Helsinki, 223–242.
- WHO 2004, käännettynä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan mielen-terveys- ja päihdestrategia 2013-2016. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=29152>. Viitattu 21.4.2013.

16 Tyttöryhmätoiminta Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä

Tiina Hukkanen

Artikkeli kuvaa tyttöryhmän toimintaa osana ehkäisevää päihdetyötä etsivässä nuorisotyössä. Pienryhmätoiminnan tavoitteena oli saada nuorille päihdeettömiä hyvänolon kokemuksia hyvässä ja turvallisessa seurassa, luoda nuorille hyvät puitteet vertaistukeen sekä saada pienryhmätoiminta toimivaksi käytännöksi Rovaniemen etsivään nuorisotyöhön. Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan myös pienryhmissä. Pienryhmätoiminta on ollut kuitenkin hyvin vähäistä ja sen kehittäminen on nähty tarpeelliseksi. Kohderyhmäksi valikoitui nuorisotyön asiakkaista tytöt, jotka kokivat yksinäisyyttä ja tarvitsivat hyviä sosiaalisia kontakteja. Ryhmä toteutettiin parityönä

Ehkäisevä päihdetyö pyrkii nimensä mukaisesti ehkäisemään kohde-ryhmiensä ja erityisesti nuorten päihteidenkäyttöä. Tehokkainta ehkäisevää päihdetyötä ei siis ole itse juomiseen, vaan juomisen motiiveihin vaikuttaminen. (Maunu 2012, 155.) Ehkäisevässä työssä tulee keskittyä mielenterveyden, hyvinvoinnin ja ihmisten tasapainoisen elämän edistämiseen ja turvaamiseen pitkällä aikavälillä. Ehkäisevä työ on sitä tehokkaampaa, mitä enemmän se kohdistuu riskitekijöiden vaikutusten vähentämiseen ja onnistuu vahvistamaan suojaavia tekijöitä. (Ehkäisevän päihdetyön käsikirja 1999, 63.)

Pienryhmätoiminnan tavoitteena on auttaa nuoria vahvistamaan sosiaalista verkostoaan, saamaan vertaistukea muilta samassa elämäntilanteessa olevilta nuorilta sekä saamaan hyviä päihdeettömiä kokemuksia. Vertaisryhmän vaikutus on yleensä huomattava, erityisesti teini-ikäisten ollessa kyseessä. (Ehkäisevän päihdetyön käsikirja 1999, 78.) Vertaisten hyväksyntä, tuki ja keskinäinen apu vahvistavat nuoren turvallisuuden ja pätevyys-tunteita sekä helpottavat uusiin tilanteisiin sopeutumista. Vertaisryhmässä

yhdessä toimimisen, oman paikan ottamisen, jämäkkyuden ja kompromissien tekemisen taidot ovat jatkuvasti tarpeen. Ryhmässä saadut myönteiset kokemukset edesauttavat nuorten itsetunnon ja itsetuntemuksen kehittämistä, sosiaalisten vertailujen tekemistä sekä sosiaalisen todellisuuden ymmärtämistä. (Muhonen ym. 2009, 27.)

Rovaniemen etsivä nuorisotyö

Nuorisolain mukaan Etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen tai työmarkkinoille. Etsivää nuorisotyötä tehdään ensisijaisesti perustuen nuoren itsensä antamiin tietoihin ja hänen omaan arvioonsa tuen tarpeesta. (Nuorisolaki 19.4.2013/7b §)

Rovaniemellä etsivä nuorisotyö on alkanut vuonna 2010. Lakiin nojaten Rovaniemen etsivää nuorisotyötä ja sen tavoitteita on täsmennetty Rovaniemen kaupungin palvelusopimuksessa seuraavasti: Etsivän nuorisotyön tavoitteena Rovaniemellä on parantaa rovaniemeläisten nuorten (13–29-vuotiaiden) mahdollisuuksia saavuttaa tarvitsemiaan julkisen sektorin palveluita, löytää jo syrjäytyneet tai syrjäytymisuhan alla olevat nuoret ja vahvistaa Rovaniemen kaupungin moniammatillista yhteistyötä. Kohderyhmänä ovat rovaniemeläiset nuoret, jotka jäävät ilman jatko-opiskelupaikkaa, ovat keskeyttäneet toisen asteen opinnot, toisen asteen keskeyttämisvaarassa olevat opiskelijat, nuoret jotka eivät oma-aloitteisesti saavuta tarvitsemiaan julkisia palveluja, nuoret jotka päättävät peruskoulunsa eivätkä hae jatkokoulutuspaikkaa sekä peruskoulussa erityistä tukea tarvitsevat nuoret. Etsivä nuorisotyöntekijä kulkee nuoren rinnalla tukien häntä omien tavoitteidensa saavuttamiseksi ja yhteistyön tiivistämiseksi eri yhteistyötahoihin. Rovaniemen etsivä nuorisotyö sisältää yksilöohjausta sekä pienryhmätoimintaa. (Palvelusopimus 2013, 6–7.)

Vuonna 2012 julkaistussa Lapin nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa korostetaan etsivä nuorisotyötä keinona, jolla vaikuttaa syrjäytymiseen ja päihdehaittojen ehkäisyyn. Etsivä nuorisotyö tavoittaa nuoria, jotka ovat syrjäytymisuhan alla ja sillä on mahdollisuus auttaa monin eri tavoin ilman järkevien organisaatioiden reunaehtoja. Yksi Lapin nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman tavoite on vuoteen 2015 vähentää nuorten yksinäisyyden ja irrallisuuden kokemuksia. Kehittämissuunnitelmassa tuodaan esille nuorten päihdeasiat toteamalla: Monipuolinen harrastustoiminta luo vaihtoehtoja nuorten päihteidenkäytölle. (Niemi 2012, 25.)

Ehkäisevä päihdetyö etsivässä nuorisotyössä

Etsivän nuorisotyön tehtävänä on auttaa ja tukea nuorta saamaan tarvitsemansa palvelut ja siten edistää nuoren kasvua, itsenäistymistä ja pääsyä kouluun ja työhön. (Nuorisotakuu 2013) Etsivän nuorisotyön asiakkailla on elämässä isoja sekä pieniä haasteita ja he tarvitsevat apua asioidensa selvittelyyn. Aloitin työni etsivän nuorisotyön koordinaattorina elokuussa 2012 ja siitä lähtien olen kokenut tekeväni vahvasti ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Kuten olen työssäni kertonut, ennaltaehkäisevä päihdetyö on hyvin laaja-alaista ja monet toimet nuorten kanssa ovat ennaltaehkäisevää päihdetyötä.

”Nuoren kanssa on eri luukuilla kokeiltu jo kaikki mahdollinen ja sitten kysytään etsiviltä apua. Sen jälkeen alkaa täällä pohdinta, että mihin palveluun tai toimintaan nuoren saisi sitoutumaan tai mikä häntä todellisuudessa parhaiten palvelisi. Etsivää työtä tehdessä joutuu välillä viimeiseksi oljenkorreksi.” (Oman kokoinen elämä 2010, 8.) Tämä erään etsivän nuorisotyöntekijän kommentti kertoo, kuinka nuorilla saattaa olla jo pitkä historia palveluverkostossa ja ettei elämä ole ollut helppoa. Päihteet saattavat olla mukana asiakkaan elämässä, mutta päihteet ja päihdeongelma esittää pientä roolia Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä. Asiakkaita Etsivässä nuorisotyössä minulla on samaan aikaan noin 20 ja heistä harvalla on päihdeongelmaa. Heillä joilla sitä ilmenee, ohjaamme päihdepalveluiden piiriin ja asiakas ottaa avun sieltä vastaan mikäli on siihen valmis. Etsivä nuorisotyö toki auttaa päihdeongelmaisia asiakkaitaan esimerkiksi asioiden hoidossa mutta pitkäjänteisempi päihdetyö tapahtuu muualla.

Pienryhmätoiminta etsivässä nuorisotyössä

Pienryhmätoiminnassa on kuse sellaisista kasvu- ja oppimisprosesseista, jotka vahvistavat yksilöiden toimijuutta ja elämänhallintaa. Käytännössä ryhmätoiminnan avulla ihmisiä tuetaan selviytymään ongelmistaan. Ongelmien ratkaisussa on pohdittava miten sosiaalisten ongelmien paineessa eläviä ihmisiä voidaan tukea heidän kannaltaan mielekkääseen elämään. (Muhonen ym. 2009, 11.) Rovaniemen etsivän nuorisotyön pienryhmätoimintaan kootaan yksilöohjauksessa tehdyn kartoituksen kautta samantyyppisessä elämäntilanteessa olevia nuoria, jolloin toimintatavat muotoutuvat kulloisenkin ryhmän tarpeita vastaaviksi. (Palvelusopimus 2013, 7.)

Pienryhmissä haetaan uusia käyttäytymismalleja toiminnallisten kokemusten kautta. Pienryhmä tarjoaa mahdollisuuden uusiin kokemuksiin, jotka vahvistavat itsetuntemusta. Ryhmässä saadaan palautetta onnistumisista, mikä tekee sosiaalisen minän muutoksen mahdolliseksi. (Muhonen ym. 2009, 13.)

”Nuoret ovat valmiita tekemään mitä vain, jotta he saavat kavereita. Kavereita halutaan miellyttää ostamalla viinaa tai tupakkaa. Myös paine olla humalassa on kova. Nuoret eivät aina osaa laittaa rajoja sille, mihin he suosivat. He eivät vielä osaa arvioida, mikä on heille hyväksi ja mikä ei. Siksi he tyytyvät huonoon seuraan.” (Laitinen 2013, 18.) Maunun mukaan juomisen ja sosiaalisuuden liitto pitää ottaa vakavasti ja nuorille pitää tarjota mahdollisuuksia kokea intensiivistä ja palkitsevaa yhteenkuuluvuutta toisten ihmisten ja ympäröivän maailman kanssa myös ilman päihteitä. (Maunu 2012, 155.) Tällaisen mahdollisuuden pienryhmätoiminta tarjoaa nuorille. Yksi nuorisokulttuurin osa on käydä baareissa, ravintoloissa ja yökerhoissa. Niissä tavataan samanikäisiä ihmisiä, ja alkoholilla on tärkeä rooli sosiaalisena voiteluaineena. Iän karttuessa ravintolajuominen saattaa vaihtua kotona tapahtuvaksi siemiluksi ja saunakaljoiksi kesämökillä. (Soikkeli ym. 2011, 14.)

Tyttöryhmän toiminta

1. Suunnittelu

Minulla ja työparilla oli syksyllä 2012 asiakkaina tyttöjä, joita yhdisti yksinäisyys. Tiesimme, ettei heillä ollut paljon kavereita ja että he kaipasivat niitä elämäänsä. Päätimme antaa heille tilaisuuden tutustua vertaisiinsa, ehkä jopa ystävystyä toisiinsa, ja lähdimme suunnittelemaan pienryhmätoimintaa näille yksinäisille tytöille.

Pienryhmissä pyritään sitouttamaan nuoret toimintaan heti ryhmän alkuvaiheessa. Menetelmänä käytetään usein alkuleiriä tai muita toiminnallisia menetelmiä, joiden tarkoituksena on tutustuttaa ryhmäläiset ohjajineen toisiinsa. Tätä kautta pyritään luottamukselliseen ja turvalliseen ryhmäytymiseen. (Muhonen ym. 2009, 56.) Suunnittelimme työparini kanssa tytöille mökkiviikonlopun, jossa tytöillä olisi mahdollisuus tutustua rauhasa ja viettää mukavaa, kiireetöntä aikaa. Pohdimme olisiko kokoontumiskertoja tietty määrä mökkiviikonlopun jälkeen, tulisiko ryhmän olla suljettu ja kuinka haluamme päihteiden tulevan ryhmässä esille.

Pohdimme myös ehkäisevän päihdetyön kannalta, järjestäisimmekö tytöille päihteisiin liittyen erillistä ohjelmaa ja nostaisimmeko päihdekeskusteluja reissun keskiöön. Päätimme panostaa kuitenkin ryhmän ilmapiiriin ja käydä päihdekeskusteluja hyvässä hengessä, mikäli nuoret tuovat aiheeseen liittyviä teemoja esille. Myös ryhmän tulevaisuuden jätimme avoimeksi ja päätimme jatkaa pienryhmätoimintaa samalla tyttöporukalla mökkireissun jälkeen mikäli tytöt olisivat tähän halukkaita.

Pienryhmä tarjoaa nuorelle ajan ja paikan, jossa hänet voidaan huomioida eri tavalla kuin suuressa ryhmässä. Pienryhmissä on suuria ryhmiä

enemmän aktiivista osallistumista, emotionaalista lämpöä, tukea ja päämäärätietoista toimintaa. Pieni ryhmäkoko (esimerkiksi 4–6 henkilöä) luo mahdollisuuden tiiville vuorovaikutukselle ryhmän sisällä. Pienryhmän on oltava tarpeeksi pieni, että ryhmän jäsenet tutustuvat toisiinsa ja kokevat kuuluvansa ryhmään. (Muhonen ym. 2009, 18–19.) Jo suunnitteluvaiheessa pohdinkin paljon tekijöitä, jotka vaikuttavat tyttöjemme viihtyvyyteen ryhmässä. Keskustelimme työparini kanssa niistä ja tiedostimme roolimme ryhmädynamiikan huolehtijoina. Ryhmään lähti kyselyiden ja houkuttelujen jälkeen neljä tyttöä ja he olivat iältään 16, 20, 21 ja 22-vuotiaita.

2. Toteutus

Ihminen oppii suhteellisen nopeasti tekemään haastaviakin asioita, mikäli siihen liittyy palkkiona niin sanottu ”huumepiikki”. Psykykinen riippuvuus, oli sen taustalla sitten mielihyvän etsiminen tai pahan olon torjuminen, voi johtaa aineen jatkuvaan käyttöön ja fyysiseen riippuvuuteen. (Soisalo 2012, 78–79.). Halusimme tarjota nuorille mahdollisuuden oppia terveelliseen huumepiikkiin pienryhmätoiminnan kautta. Pienryhmätoimintamme lähti käyntiin 18.1.2013 perjantaina alkuillasta, kun tytöt saapuivat etsivän nuorisotyön toimistolle. Kun tytöt olivat tavanneet toisensa ensimmäistä kertaa, oli aika lähteä yhdessä vuokra-autolla Luoston mökille.

Toiminta mökillä sisälsi ruoanlaittoa, ulkoilua lumikengillä, tulistelua kodalla, saunomista ja mukavaa yhdessäoloa. Kävimme keskusteluja päihdeiden lisäksi myös monista nuoria koskettavista aiheista: miehistä, parisuhteista, syömishäiriöstä, liikunnasta ja opiskelusta. Keskusteluissa oli usein mukana koko porukkamme mutta myös nuorten välisiä keskusteluhetkiä syntyi ja he saivat tilaisuuksia tutustua paremmin toisiinsa.

Parin yön jälkeen kotiintulomatalla kyselimme tytöiltä olisiko heillä halukkuutta jatkaa tapaamisia samalla porukalla. Tytöt olivat tähän halukkaita. Ehdotimme tytöille elokuviin menoa ja tähän tytöt suostuivat mielellään. Pohdimme työparin kanssa, että ryhmän jatkumon ja mökillä syntyneen hyvän ryhmähengen säilyttämisen vuoksi tapaaminen tulisi saada pian järjestetyksi. Elokuvailtaa emme kuitenkaan saaneet sovittua lähitulevaisuuteen ja huomasiin 6.2.2013 Napapiirin nuorisotilalla tulossa olevan päihdeillan, joten kutsuin tytöt sinne kanssani kuuntelemaan ja keskustelemaan aiheesta. Nuorisotilalle oli tulossa Irti huumeista ry:n kaksi työntekijää, jotka kertovat toiminnastaan ja omakohtaisesta kokemuksestaan päihdemaailmasta. Tytöistä kukaan ei valitettavasti päässyt tulemaan ja palasimme elokuva-suunnitelmaan. Suunniteltu elokuvailta oli 21.3.2013, minne neljästä tytöstä pääsi vain yksi. Viimehetken peruutusten vuoksi pyysimme elokuviin muita asiakkaitamme, joten ryhmäkerrasta tuli odotettua erilaisempi pienryhmätapaaminen. Tapaamiseen saattoi kahden tytön koh-

dalla vaikuttaa se, että heillä oli asiakkuudet juuri päättymässä etsivässä nuorisotyössä.

3. Arviointi

Tuleeko nuori hyväksytyksi vertaisryhmässä vai torjutaanko hänet, on keskeinen merkitys nuoren hyvinvoinnille. Torjunta aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja yksinäisyyden kokemuksia sekä vaikeuttaa sosiaalisten taitojen, kommunikoinnin ja yhteistyötaitojen oppimista. (Muhonen ym. 2009, 28.) Työparini kanssa totesimme, että ryhmässämme kaikki nuoret tuli hyväksytyksi ja tavoitteet tuli suurelta osin täytettyä. Tytöt saivat mökkireissusta hyvän päihteettömän kokemuksen, saivat olla viikonlopun vertaistensa kanssa ja tutustuivat uusiin ihmisiin. Pienryhmätoiminnan saaminen toimivaksi käytännöksi Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä vie vielä aikaa. Kokemus yksinäisten tyttöjen mökkireissusta opetti ja toi esiin mahdollisuuksien lisäksi myös pienryhmätoiminnan riskit ja uhat.

Uhkana pienryhmätoiminnalle Rovaniemen etsivässä nuorisotyössä näen työntekijävaihdokset. Suunnitelmallinen pienryhmätoiminta vaatii pitkäkestoista ja sinnikästä työntekijää, jonka päämäärät pysyvät kirkkaina ja selkeinä. Pienryhmätoiminta toimii myös vain jos työntekijä on innostunut toiminnasta ja uskoo sen vaikutukseen nuoressa. Haaste toiminnalle on myös asiakkaiden lyhyet asiakkuudet. Ryhmämme neljästä nuoresta kaksi jäi pois melkein heti mökkireissun jälkeen, kun he olivat saanut etsivästä tarvittavansa avun. Haaste on myös ajallisesti ryhmän yhteen saaminen. Ryhmän kokoon kutsuminen ja ryhmän tapaaminen vie tällä hetkellä liikaa aikaa.

Kehitettävää Rovaniemen etsivän nuorisotyön pienryhmätoiminnassa on runsaasti. Kehittämisehdotukseni ovatkin seuraavat: Suunnitelmallisuuteen pitää panostaa. Täytyy olla selvä suunnitelma toiminnalle ja ryhmien tapaamisille. Kun teimme pikaisia ja hätäisiä suunnitelmia tytöille mökkireissun jälkeen, eivät ne toteutuneet. Epämääräiset suunnitelmat eivät myöskään luo tytöille turvallista tunnetta toiminnan jatkumisesta. Toiminnan jatkumo täytyy suunnitella hyvin, jotta nuoret voivat siihen luottaa. Yksi kehittämisehdotukseni on muokata pienryhmätoiminta säännölliseksi avoimeksi ryhmäksi. Tarvitaanko yhtäläisyys-tekijää, kuten tyttöryhmämme yksinäisyys? Olisiko sellainen pienryhmä mahdollinen, jonne saavat tulla minkä tarpeen kanssa hyvänsä? Tarve tulla ryhmään ja tavata muita etsivien asiakkaita/nuoria riittäisi. Ryhmä toimisi nykyisille ja vanhoille asiakkaille, jolloin kaikilla olisi mahdollisuus tulla tapaamaan ja kertomaan kuulumisia.

Työntekijän rooli

Ehkäisevän päihdetyön lähtökohdissa on aina moraalisesti latautunut pyrkimys vaikuttaa kohderyhmien toimintaan ja toimijuuteen. Tämä tuottaa kasvattajalle selkeän valta-aseman. On olennaista, ettei kasvattaja seuraa kohderyhmän todellisuuden sijaan omaa normistoaan ja logiikkaansa. Tästä saattaisi seurata tuomitsemista, joka on huono lähtökohta tai/ja pohja hedelmälliselle vuorovaikutukselle ja näin vaikutus heikkenee.

Valtaosa nuorista ja nuorista aikuisista kaipaa ehkäisevän päihdetyön tekijöiltä suoraa ja selkeää puhetta oman identiteettinsä rakennuspuuksi. Täytyy ottaa huomioon kohderyhmän omat kokemukset, arvot ja maailmankuva sekä tarjoilla puhe myös niin, että heidän on helppo ja mielekäs ottaa se pureskeltavaksi. (Maunu 2012, 24 & 156.) Näitä asioita pyrin ottamaan huomioon tyttöjen kanssa toimiessani ja pyrin vaalimaan arvokkaana erilaisia vuorovaikutustilanteita. Oman roolini vaikuttavuus oli mielestäni yksi tärkeimmistä asioista tiedostaa.

Pienryhmätoiminta vaatii ohjaajilta myös sitoutumista, pitkäjänteisyyttä, suunnittelukykyä, tavoitteiden ja menetelmien hallintaa sekä taitoa kohdata ryhmäläiset erilaisissa tilanteissa. (Muhonen ym. 2009, 70–71.) Toiminnan lisäksi ehkäisevää työtä tehdessä työntekijän on otettava huomioon neljä tärkeää periaatetta: hyvinvointi, vahingoittamattomuus, yksilön kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. Ehkäisevään työhön ei ole muodostunut mitään erityistä ammatillista toimintakoodia kuten esimerkiksi lääkäreille tai muille terveydenhuollon ammattilaisille. Ehkäisevässä työssä on tilaa monille erilaisille lähestymistavoille, periaatteet huomioiden. (Ehkäisevän päihdetyön käsikirja 1999, 51.) Myöskin etsivässä nuorisotyössä on liikkumavaraa ja työ näyttäytyy tekijän kaltaisena. On kuitenkin joitain piirteitä mitä etsivän nuorisotyöntekijän on hyvä omata.

Etsivän nuorisotyöntekijän tulee olla pitkäjänteinen ja sietää nuoren jatkuvaa liikettä elämässä eteen- ja taaksepäin. Etsivä työ vaatii myös työntekijältä nopeaa reagointia ja ongelmanratkaisukykyä, etsivää työotetta sekä erinomaisia sosiaalisia taitoja. Etsivässä työssä on harvinainen mahdollisuus päästä ohjaamistilanteeseen lähes täysin vailla mitään organisaation puolelta saneltuja taka-ajatuksia tai tavoitteita, jotka asiakas pitäisi laittaa saavuttamaan. (Oman kokoinen elämä 2010, 20.)

Tuula Stensrömin (2011, 66) mukaan parhaimmat yhteistyömuodot ovat loppujen lopuksi hyvin yksinkertaisia menetelmiä, jotka syntyvät käytännön työn oivalluksista. Tämä pätee myös etsivän nuorisotyön pienryhmätoimintaan. Oikeita pieniä asioita tekemällä pienryhmätoiminta toimivaksi ja se tulee vakiintumaan osaksi etsivään nuorisotyötä.

Pohdinta

Olin tehnyt etsivää nuorisotyötä vain vähän aikaa, kun päätin ryhtyä kehittämään etsivän nuorisotyön pienryhmätoimintaa. Itselläni on vahva tausta yhteisohjoidosta päihdetyössä ja olen huomannut, että vertaistuen ja ryhmän vaikutus on suuri. Halusin tavoittaa samassa tilanteissa olevia nuoria ja auttaa heitä löytämään ryhmässä toisensa. Pienryhmätoiminta etsivässä nuorisotyössä kohtaa erilaisia haasteita kuin aikuisten kanssa työskenneltäessä. Helpommin sanottu kuin tehty, piti tässäkin asiassa paikkansa. Korjaavasta päihdetyöstä nuorien aikuisten kanssa siirtyminen nuorten kanssa tehtävään ennaltaehkäisevään päihdetyöhön oli arvattua isompi harppaus.

Päihteiden ongelmakäyttöön on usein lukuisia syitä ja jäinkin pohtimaan kuinka iso riskitekijä nuoren yksinäisyys onkaan matkalla päihteiden käyttöön. Kuinka tehokasta ehkäisevää päihdetyötä pystymmekään etsivässä nuorisotyössä tekemään, jos pystymme pienryhmätoiminnan kautta saamaan nuorille uusia ystävyys-suhteita. Tätä työtä tehdessäni olen myös saanut aivan uuden kontaktin nuorten yksinäisyyteen. On hyvä muistaa yksinäisyyden eri vivahteet, hyvät ja huonot, mutta on myös hyvä muistaa nuorten hävettävä yksinäisyys. Kun nuori kertoo etsivälle yksinäisyydestään ja on surullinen siitä, hän on usein kokenut sitä jo kauan aikaa.

Olen oppinut siis nuorten yksinäisyydestä, nuorten hauraudesta ja ennen kaikkea pienryhmätoiminnan kehittämistä. Merkittäviä asioita nuorten kanssa työskentelyssä on paljon, ja tämän työn aikana koin erityisen tärkeäksi muun muassa heidän kuuntelemisen, aidon läsnäolon, huumorin ja molemmin puolisen kunnioittamisen. Tätä työtä tehdessäni pohdin paljon nuorten kanssa olemista, mutta myöskin sitä mihin uskon ehkäisevässä päihdetyössä. Suhtaudun monesti melko kriittisesti valistukseen ja varoiteluun negatiivisista vaikutuksista. Uskon, että tälle on myös paikkansa, mutta sitäkin vahvemmin uskon, että hyvän kautta kulkevat asiat menevät juuri sinne perille asti minne niiden on ikinä tarkoitus mennäkään.

Olkoon seuraava Markku Soikkelin ajatus vielä paljastus, mitä ajattelen omasta tulevaisuudesta ryhmätoiminnan kehittäjänä ja vertaistuen mahdollistajana päihdetyön saralla. ”Vaikuttajayksilöksi tullaan hankkimalla luottamuspääomaa, osoittautumalla hyödylliseksi tiedonlähteeksi, aloitteiden tekijäksi, asioiden valmistajaksi ja keskustelukumppaniksi.” (Soikkeli ym. 2011, 52).

Lähteet

- Ehkäisevän päihdetyön käsikirja – alkoholi, huumeet ja tupakka 1999: Jaap van der Stel Deborah Voordewindin avustamana Pompidou-ryhmä – Euroopan Neuvosto & Jellinek Consultancy (toim.). A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 31. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hermanson, Elina 2010: Oonks mä normaali? – Nuoren oma kirja. Tammi. Helsinki
- Ihan tavallisia asioita. <http://www.tavallisia.fi>. Viitattu 20.4.2013.
- Karvonen, Riina 2011: Voimaantumista ei voi opettaa, mutta sen voi mahdollistaa. Teoksessa Lämsä, Anna-Liisa (toim.): Mieli Maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. PS-kustannus. Juva, 120–129.
- Kylén, Anja & Heikkinen, Jaana 2011: Mieli maasta puu – tarhaterapeutin työkentelyn keinoin. Teoksessa Lämsä, Anna-Liisa (toim.): Mieli Maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. PS-kustannus. Juva, 184–207.
- Laitinen, Jaana 2013. Rankka pätkä elämää. *Talentia* 3/2013, 16–19. Helsinki.
- Lämsä, Anna-Liisa 2011: Mitä tarkoitamme nuorten masennuksella? Teoksessa Lämsä, Anna-Liisa (toim.): Mieli Maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. PS-kustannus. Juva, 14–29.
- Maunu, Antti 2012: Ryyppäämällä ryhmäksi? Ehkäisevän päihdetyön karttalehtiä nuorten ja nuorten aikuisten juomiskulttuureihin. 2. uudistettu painos. 1. PAINOS 2012. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. Pori.
- Mikkonen, Juha 2012: Syrjäytyä vai selviytyä. Nuorten pienituloisuuden syitä, seurauksia ja arjen selviytymiskeinoja.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki.
- Muhonen, Jyrki & Lallukka, Kirsi & Turtiainen, Pekka 2009: Pienryhmätoiminta lasten ja nuorten ehkäisevän työn menetelmänä. YAD Youth Against Drugs ry. Jyväskylä.
- Mäkisalo-Ropponen 2007: Tarinat työn tukena. Tammi. Jyväskylä.
- Niemi, Heli 2012: Lapin nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2015. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. Elinvoimaa alueelle 11/2012. Kopijyvä Oy.
- Nuorisolaki 19.4.2013/7b §. Etsivä nuorisotyö.
- Nuorisotakuu 2013. <http://www.nuorisotakuu.fi/nuorisotakuu>. Viitattu 20.4.2013.
- Oman kokoinen elämä. Tarinoita etsivästä nuorisotyöstä 2010: Elinkeino-, liikenne-, ja ympäristökeskus, Opetus- ja kulttuuriministeriö & Sosiaalikehitys Oy. Hämeenlinna.
- Palvelusopimus 2013: Liite 9: Nuorisopalvelut. Rovaniemi.
- Seppälä, Pauliina & Mikkola, Tomi 2004: Huumeet internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havainnot huumeiden merkityksistä ja riskikäsitteistä käyttäjäpiireissä. Stakes raportteja 287/2004. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Soikkeli, Markku 2001: Valistus osana huumeiden käytön ehkäisyä. Teoksessa Piisi, Ritva (toim.): Huumetyö. Tammi. Tampere, 48–72.

- Soikkeli, Markku & Salasuo, Mikko & Puuronen, Anne & Piispa, Matti 2011: Se toimii sittenkin – kuinka päihdevalistuksesta saa selvää. Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki.
- Soisalo, Raul 2012: Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.
- Stenström, Tuula 2011: Toisin tekeminen ja mukaan meneminen. Teoksessa Lämssä, Anna-Liisa (toim.): Mieli Maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. PS-kustannus. Juva, 60–70.
- Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi ry 2010: Nuorista Suomessa. Tietoa nuorista, heidän asemastaan, elinoloistaan ja nuorisotyöstä 2010. 2. painos. Newprint.

17 Voimaannuttava painonhallintaryhmä osana päihdekuntoutumista

Laila Lauhikari

Artikkeli kuvaa painonhallintaryhmää päihdekuntoutumisen osana Pudasjärvellä. Päihdeasiakkailla on usein liittänsairauksia kuten esimerkiksi sisäelinsairauksia tai psyykkisiä ongelmia, jotka ovat esteenä kuntoutumiselle. Painonhallinta tavoitteena on osa joidenkin päihdekuntoutujien kuntoutussuunnitelmaa ja sitä voidaan pitää osana kokonaisvaltaista päihdekuntoutumista. Päihdekuntoutujan motivoiminen laihduttamiseen ja liikkumiseen tukee päihhteistä irtipysymistä

Päihdetyössä mielenkiintoni on herännyt asiakkaan ylipainon tuottamiin kuntoutumisen esteisiin. Ylipaino ongelmana kietoutuu muihin ongelmiin ja on usein este uusien asioiden aloittamiselle. Ylipaino voi olla este liikunnan harrastamiselle, joka lähes aina asetetaan päihdekuntoutumisen yhdeksi tavoitteeksi. Ylipaino on myös este osallistumiselle ja se voi lisätä päihhteiden käytön aiheuttamaa sosiaalisen osallistumisen pelkoa. Päihdeasiakkaalla on yleensä olematon itsetunto.

Kuulun Pudasjärven kaupungin hyvinvointityöryhmään, joka tekee kaupungille sähköistä hyvinvointikertomusta vuodelle 2013. Hyvinvointityöryhmän kokoontumistilaisuudessa oli mukana ”Maakunta liikkeelle” hankkeen koordinaattori Juha Laukka. Hän kertoi monipuoliseen painonhallintaan ja liikuntaan innostavasta hankkeesta, joka oli tarkoitettu erilaisille ryhmille. Hän innosti kokoamaan ryhmiä, jotka voisivat hyötyä vielä runsaan puolenvuoden aikaisesta osallistumisesta.

Sain tästä idean esittää päihdetiimille voimaannuttava painonhallinta-ryhmän perustamista. Olemme päihdetiimissä tehneet pitkään yhteistyötä, joten tiesin, että saan tiimin innostumaan uudesta kokeilusta. Hankkeen vetäjäryhmään suostuivat työttömien terveydenhoitaja, mielenterveyskuntoutujien tukiasuntolan esimies sekä Pudasjärven kaupungin liikuntatoimen ohjaaja. Kehittelimme Maakunta liikkeelle -hankkeeseen pohjautuen ryhmän, johon voisi osallistua päihdeongelmaisten osallistujien lisäksi psy-

kiatrisessa avohoidossa tuetun asumisen piirissä olevia asiakkaita. Molemmilla asiakasryhmillä on kuntoutumisessa yhteisiä tavoitteita, jotka liittyvät itsetunnon kohottamiseen ja yleisvoiminnan kohentamiseen laihtumisen ja liikunnan tuoman hyvinolontunteen myötä.

Työntekijöinä meidän tuli motivoida omia asiakkaitamme ryhmään. Aihe sinällään kiinnosti asiakkaita. Keskusteluissa asiakkaan kanssa paneuduttiin kuntoremonttiin ja ryhmän tavoitteesta pyrittiin tekemään kiinnostava erilaisia terapeuttisia keinoja hyväksi käyttäen. Esimerkiksi motivoivan haastattelun keinoja käytettiin tietoisesti asiakkaan kanssa.

Panohallintaryhmän ohjaajien haasteellisin tavoite oli saada asiakkaita motivoitumaan ryhmään. Toiminnallisen ryhmän tavoitteena oli tukea ryhmätapaamisiin osallistuvia painonhallinnassa, kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa, asioinnin ja sosiaalisten taitojen harjoittelussa sekä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin rohkaistumisessa. Ryhmätöiminnan tavoitteena oli myös saada vertaistukea muilta ylipaino-ongelmallisilta. Ryhmään tuli seitsemän osallistujaa, joista neljä oli päihdekuntoutujaa.

Osallistuminen vertaistukiryhmään, joka ei ole ainoastaan päihteiden käyttöön keskittyvä, antaa normaalin kanssakäymisen mahdollisuuksia ja tukee kuntoutumista takaisin normaaliin elämään.

Aloittaessamme painonhallinnan ryhmää valikoitui joukkoon pidemmän aikaa raittina olleita ja hoitosuhteessa olevia moniongelmaisia päihdeasiakkaita. Ryhmäläiset ovat olleet päihteettä 1,5–2 vuotta. Ryhmä koostui neljästä toisilleen tuntemattomasta kuntoutujasta. Yhteinen piirre oli luottamus työntekijöiden ammattitaitoon ja keskimääräistä suurempi tuen tarve. Jokainen oli hakeutunut hoitoon tilanteessa, jossa ystävät olivat kaikonneet ja alkaneet hyljeksiä heitä. Heillä oli paljon samanlaisia elämäkokemuksia, mutta kuntoutumisen tavoitteet, lähtökohdat ja ikä asettivat omat haasteet ryhmään sopeutumiselle. Asiakkaiden tuttuudesta oli etua ryhmää suunniteltaessa. Aikaisempi alkoholin käytön runsaus oli tuonut kahdelle ryhmään osallistuvalla runsaasti lisäkiloja ja siten masentumista ja eristäytymistä. Ryhmäämme valikoitui myös kaksi asiakasta, joilla ylipainoa oli aiheuttanut korvaushoito. Molemmat olivat yrittäneet laihduttaa itse, mutta tuloksetta. Ryhmän kolmen osallistujan ylipaino oli muutamia kymmeniä kiloja ja yksi huomattavan ylipainoinen. Tämä päihdeasiakas tunsu suurta häpeää ulkonäöstään ja hän odotti ryhmältä paljon.

Osallistujien päihdehoidosta on vastannut useamman työntekijän ryhmä. Tämä ryhmä oli pohtinut näiden asiakkaiden kohdalla sosiaalisen toiminnan vähyyttä ja ylipainon aiheuttamia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Toiminnallinen painonhallinta ryhmä vastasi hyvin ryhmäläisten tarpeisiin, sillä asiakkaat olivat kaivanneet enemmän tukea juuri niihin asioihin.

Asiakkaan motivoiminen

Valmistelin päihdeasiakkaat tulevaan kokoontumiseen informoimalla tapahtumasta etukäteen. Aloituspäivämäärä sovittiin Oulusta saapuvien ”Maakunta liikkuu” -hankkeen vetäjien kanssa. Liikunnanohjaaja Sampo Laakkonen varasi kokoontumistilan uimahallilta ja minä tein ilmoituksen alkavasta kurssista sekä mielenterveyskuntoutujille että päihdeasiakkaille jaettavaksi.

Asiakkaat tarvitsivat meidän ohjaajien tukea ryhmän tapaamisiin, sillä päihdeasiakkailla oli paniikkihäiriöitä ja itsetunnon puutetta, jotka aiheuttivat epävarmuutta yleisille paikoille menemiseen. Heidän sosiaaliset suhteet olivat jääneet vähäisiksi eikä kanssakäyminen vieraiden ihmisten kanssa ollut helppoa.

Korostimme ryhmälle heti alussa maltillista painon pudottamista ja liikunnan aloittamista. Painonhallinnan saavuttaminen ja laihtuminen kohentavat itsetuntoa ja motivoivat osallistumaan.

Ryhmän suunnittelu alkoi yhden runsaasti ylipainoisen naisasiakkaan laihdutustavoitteesta. Toisen päihdekuntoutujan, nuorehkon miehen ongelma oli kuorsaaminen, jonka hoitoon hän oli saanut jo uniapnealaitteen. Tälle korvaushoidon asiakkaalle ylipaino oli aiheuttanut selkärangan nikamaongelmia, joihin hänellä oli kova kipulääkitys. Ylipainoa oli vaikeuttanut kuntoutussuunnitelmaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Kolmas päihdekuntoutuksessa oleva ylipaino-ongelmainen naisasiakas oli juonut lähes kolmekymmentä vuotta. Juominen oli korvautunut makeansyömisellä, joka oli johtanut runsaaseen lihomiseen ja sitä kautta itsetunto-ongelmiin.

Neljäs laihdutusryhmään osallistuva päihdekuntoutuja oli myös alkoholi-ongelmainen nuorehko mies, jonka retkahdukset riskeerasivat muuten hyvää elämää. Painon lisääntyminen oli johtanut liikuntaharrastusten vähentämiseen ja turhautumiseen.

Ryhmän jäsenet olivat kokeilleet laihduttamista itsekseen ja asiasta oli keskusteltu vastaanottokäynneillä eri työntekijöiden luona. Yksi jäsenistä oli saanut hyvän alun painonpudotukselleen laituskuntoutusjaksolta päihdekuntoutuspaikasta. Hänen kohdallaan oli jo etsitty mahdollisia liikuntaryhmiä laihduttamisen tukemiseksi. Hänen esimerkkinsä kannusti muita ryhmäläisiä. Terveellisten elämäntapojen opettelu yhdessä ja huumorisältöiset kokoontumiset tekivät ryhmään osallistumisesta tavoiteltavan. Ryhmä motivoi, kannusti ja ennen kaikkea toi uusia tuttavuuksia.

Painonhallinnan vaikuttavuus kuntoutumisessa

Haastattelin ryhmän päihdeasiakkaita projektin puolivälin jälkeen. Kyselin osallistujilta ryhmän vaikutuksia painonhallintaan, yleiseen hyvinvointiin ja osallistumiseen sekä päihdekuntoutumiseen yleensä. Kolmella neljästä asiakkaasta paino oli laskenut ja heidän kokemuksensa ryhmästä oli ollut päihdekuntoutumista tukevaa. Samat kolme ryhmäläistä kertoi laihduttamisen vaikuttaneen itsetuntoon positiivisesti. He pystyivät paremmin hillitsemään mielitekojaan syömisestä suhteen. Onnistuminen on ollut heille hyvä kokemus. Liikunnan lisääntyminen ja sen mahdollistuminen painon pudotuksen myötä ovat vahvistaneet halua pysyä irti päihteistä ja mahdollisuutta tuntea mielihyvää. Ryhmän kokoontumisiin osallistuminen on koettu positiivisena. Siellä on päästy kertomaan tuntemuksista ja saatu lisää innostusta ryhmältä kaikkein ryhmässä kaikki olleetkaan onnistuneet laihduttamaan. Aluksi puhuminen ryhmässä oli ollut jännittävää, mutta siinäkin onnistuminen on ollut merkittävä kokemus. Kaikille osallistujille on ollut yhteistä ryhmän tuki kuntoutumisessa.

Pohdinta

Voimaannuttavan painonhallintaryhmän vetäminen on ollut mielenkiintoinen kokemus. Aloittaessamme ryhmää oli olo usein epävarma ja tuntui, että tässä menee työaika hukkaan. Aluksi oli vaikea uskoa ryhmän onnistumiseen. Minä vastasin päihdekuntoutujista, koska he olivat ryhmässä minun aloitteestani. Mielenterveyskuntoutujilla oli omat ohjaajansa. Oma käsitys ryhmän onnistumisesta vahvistui, kun muutokset asiakkaiden olemuksessa ja ulkonäössä alkoivat näkyä päällepäin. Yhteistä oli virkistyminen, innostuminen painonhallintaan liittyvistä asioista, liikunnasta ja terveellisestä ruuasta. Näistä asioista he keskustelivat myös päihdetyöntekijän luona käydessään.

Ryhmä osoitti että, päihdeasiakas tarvitsee päiviinsä mielekästä sisältöä, joka tukee päihteettömyyttä. ”Voimaannuttava painonhallinta” projektin osoittautui nimensä veroiseksi.

Voimaantumista laihtumisesta ja ryhmään osallistumisesta on saanut kolme neljästä päihdekuntoutujasta. On ollut yllättävää huomata kuinka vähällä ja pienellä panostamisella kaikki kolme tässä projektissa onnistui. Myös ryhmän kesken lopettaneen naisen kokemus on ollut opettavainen. Naisen väsymykseen olisi pitänyt aikaisemmin lääkärin kanssa paneutua. Naisen lääkityksessä oli lääkkeitä, jotka todennäköisesti aiheuttivat väsymystä ja pitkälle päivään nukkumista. Päihdeasiakkaan lääkityksen tarkis-

taminen säännöllisesti on tärkeää. Epäsopiva lääkitys voi toimia esteenä osallistumiselle ja siten kuntoutumiselle.

Ryhmäläisten onnistuminen osoitti, että jokainen pystyy muutokseen, jos on tarpeeksi tahtoa. ja saa tukea tavoitteiden saavuttamiseen. Huomasin myös projektin aikana, että paniikkioireiset hyötyivät matalan kynnyksen ryhmästä. Tämä ryhmä koottiin tarkoituksella samalla lailla sosiaalista osallistumista karttavista asiakkaista. Aikaa kului rohkeuden saavuttamiseen, mutta ajan myötä kaikki uskalsivat puhua ryhmässä. Ryhmä tukee sekä osallistumista että kokonaisvaltaista kuntoutumista. Ryhmään osallistuneet ovat toivoneet, ettei ryhmää lopeteta projektin päättyessä.

Tästä projektista on ollut hyötyä asiakkaiden lisäksi työntekijöille. Pähdeasiakkaan hoitotyö on raskasta, mutta uusien työmuotojen kehittäminen tuo innostavaa. Se on tuonut työntekijöille varmuutta koota ryhmiä jatkossakin, joten kehittämistyö jatkuu. Projekti on kehittänyt myös yhteistyötä myös eri toimijoiden kesken. Itse tarkastelen asiakkaan kuntoutumista nyt laajemmasta näkökulmasta.

IV

PÄIHDETYÖN MENETELMIEN KEHITTÄMINEN

18 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen voimapuu päihdeongelmaisten kuntoutusmenetelmänä

Mari Sipola

Arikkeli kuvaa Voimapuu-kuntoutusmallia, joka on kehitetty Kemlin A-klinikalla voimavara- ja ratkaisukeskeisenä menetelmänä, joka auttaa päihdeongelmasta kuntoutumisessa. Mallia voidaan soveltaa myös muiden riippuvuuksien tai ongelmien hoidossa. Voimapuu-kuntoutusmallissa painotetaan asiakkaan omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä asiantuntijuutta ja kykyä löytää itselleen toimivat kuntoutumisen keinot. Mallin taustalla käytetään ratkaisukeskeistä ja voimavaroihin suuntautunutta työskentelyotetta, joka on konkreettista, käytännönläheistä ja helpottaa jokaisen osallistumista ryhmässä työskentelemiseen.

Olen ollut mukana työkaverini kanssa kehittämässä Voimapuu-kuntoutusmallia. Mallin vaiheita ei ole koskaan aukaistu teoreettisista lähtökohdista käsin vaihe vaiheelta. Lisäksi malli on muuttunut ja hioutunut alkuperäisestä mallista käytännön toteutuksen ja kuntoutujilta tulleen palautteen myötä. Tässä työssäni etsin vastauksia mallin teoreettisiin perusteisiin ja kuvaan mallin vaiheittain läpi. Voimapuu-kuntoutukseen voidaan yhdistää mallin vaiheiden lisäksi monenlaisia toiminnallisia harjoituksia, käyntejä eri paikoissa sekä kotitehtäviä, jotka tehostavat kuntoutumista. Ne rajaavat tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Toivon, että tästä työstä on hyötyä etenkin sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville henkilöille, jotka haluavat ottaa uuden työmenetelmän käyttöönsä ja voivat hyödyntää voimapuu-kuntoutusmallia työssään. Tämä työ voi toimia heille työkirjana voimapuu-ryhmän ohjaamiseen.

Olen ollut ohjaajana useissa Voimapuu-kuntoutusryhmissä, joissa malli on osoittanut toimivuutensa. Voimapuu-ryhmän lähtökohtana on asiakkaan kuntoutumista myönteisesti tukevat asiat, jolloin asiakkaan on helppo lähteä niitä käsittelemään. Voimapuu-menetelmässä suunta on koko ajan tulevaisuuteen. Voimapuu-mallia voidaan toteuttaa asiakkaan kanssa

yksilöajoilla, mutta parhaiten se toimii ryhmässä, jossa toteutuu samalla myös vertaistuki. Voimapuuryhmässä olevia eri osa-alueita on käytetty kautta aikojen ratkaisukeskeisessä terapiassa, mutta voimapuu-mallin ainutlaatuiseksi tekee se, että kaikki mallin vaiheet tehdään yhdelle isolle paperille prosessinomaisesti useiden tapaamisten aikana ja taulu elää koko ajan. Mallista muotoutuu lopussa asiakkaan tavoitetta kuvaava ”voimapuu”.

Voimapuu-ryhmä kuntoutusmenetelmänä

Koski-Jänteen (2012, 154) mukaan vaikka geneettiset ja ympäristötekijät saattavat altistaa riippuvuudelle, kukaan ei ole addikti syntyessään. Riippuvuuden muodostuminen edellyttää aina jonkinasteista toimintaa ja oppimista. Kun ongelma syntyy oppimalla, siitä on vastaavasti myös mahdollista vapautua toisenlaisten oppimiskokemusten kautta. Voimapuu -kuntoutusmallissa mahdollistetaan vaihtoehtoisten toimintamallien oppiminen ratkaisu- ja voimavarakeskeisen työskentelyotteen avulla, ja autetaan kyseenalaistamaan tapoja, jotka estävät asiakasta pääsemään tavoitteeseensa.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002, 15) mukaan kuntalaisilla on oikeus tarpeenmukaiseen ja tasokkaaseen, oikeaan aikaan toteutettuun päihdehoitoon ja -kuntoutukseen asuinpaikasta riippumatta. Voimapuu-kuntoutusmalli on syntynyt tarpeesta, jossa päihdeistä kuntoutujille on haluttu tarjota uusia kuntoutusmenetelmiä avohoidossa ja ryhmässä, mitä on suhteellisen vähän sellaisille päihdeikäyttäjille tarjolla, joilla ei ole enää akuuttia päihdeongelmaa, mikä vaatisi laitoshoidoa. Edelleen usein ajatellaan, että vain päihdehoitolaitoksissa voidaan antaa oikeaa päihdekuntoutusta, vaikka suurin osa päihdekuntoutuksista tapahtuu esimerkiksi avohoidossa, kuten A-klinikoilla. Kun päihdeikäyttäjä alkaa kuntoutua, hän katoaa nopeasti hoidon piiristä pois. Päihdeongelmasta kuntoutuminen on kuitenkin pitkä prosessi ja parhaimmat hoitotulokset saadaan, kun päihdekuntoutuja kykenee tarkastelemaan tilannettaan pitemmällä aikavälillä ja silloin, kun hänellä on voimavaroja pysähtyä miettimään tilannettaan syvällisesti. Voimapuu-menetelmä rakentuu useista eri vaiheista, joita käsitellen jatkossa. Vaiheista syntyy kuntoutujan tavoitetta kuvaava voimapuu. Työntekijä piirtää voimapuun asiakkaan keskittyessä kertomiseen. Voimapuussa käytetään aina kuntoutujan käyttämää kieltä.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002, 15) mukaan päihdepalvelujen periaatteena on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Kaikkia nämä periaatteet ovat keskeisiä myös voimapuu-ryhmässä. Voimapuu-kuntoutusmallissa ihminen nähdään aktiivisena toimijana ja hänen näkemyksiään arvostetaan. Insoo Kim Bergin ja Scott D. Millerin (1994, 9) mukaan päihdeongelmaisen hoitoon liittyvä keskeinen kysymys on se, mistä muutoksen avaimet löytyvät.

Heidän mukaansa päihteidenkäyttäjää voi auttaa muuttumaan vain kunnioittamalla hänen omaa ”aluettaan”, omia välineitä ja keinojaan. Muutoksen avaimet ovat hänen hallussaan. Aila Järvikosken ja Kristiina Härkääpää (2003, 36) mukaan kuntoutus voidaan nähdä oppimisena, jonka aikana kuntoutuja tutkii toimintakykynsä, elämänsä ja tulevaisuutensa perusteita ja tavoitteita. Kuntoutujaa tulisi tukea häntä tässä oppimisprosessissa ja pyrkiä lisäämään hänen toimintakompetenssejaan tietoa ja vaihtoehtoja tarjoamalla. Tämä määritelmä soveltuu myös voimapuu-kuntoutukseen, mutta voimapuun lähtökohtana on, että kuntoutujalla itsellään on jo tarvittava tieto olemassa, mutta se on saatava hänen aktiiviseen käyttöön.

Voimapuu-ryhmässä tapaamiskertoja on 6–8 riippuen osallistujien määrästä ja kuntoutuksen sisällöstä. Paras ryhmäkoko on 4–6 henkilöä, tällöin jokaiselle kuntoutujalle jää aikaa ryhmäistunnon aikana. Ryhmä voi kokoontua kerran viikossa, joka toinen viikko tai kerran kuussa riippuen osallistujien ja ryhmänohjaajien tilanteesta. Yksi ryhmätapaaminen kestää noin 2–3 tuntia, mutta mikäli kuntoutusmallin ympärille rakennetaan myös toiminnallisia harjoituksia, yhteen tapaamiseen menee puolesta päivästä kokonaiseen päivään. Toiminnallisten harjoitusten liittämiseen voimapuu-hun on tehnyt työkaverini ja toinen voimapuun kehittäjä Kirsi Kinnunen (2010) lopputyön ratkaisukeskeiseen psykoterapiakoulutukseen. Voimapuu-ryhmä on kuntoutujalle ajankohtainen siinä vaiheessa, kun akuutti alkoholin käyttö on saatu katkaistua ja kuntoutuja pystyy sitoutumaan useisiin ryhmäkäynteihin. Pienen ryhmäkoon ryhmän voi ohjata yksi henkilö, mutta parasta on, että ryhmän vetämisessä voisi olla kaksi ohjaajaa.

Voimapuu-ryhmä on laajentanut avopuolella annettavan kuntoutusmahdollisuuksien vaihtoehtoja. Antti Holopaisen (2001, 194) mukaan päihdeongelmaisten vaikeutena on ollut päästä asianmukaiseen päihdekuntoutukseen, silloin kun motivaatio siihen on herännyt. Hänen mukaansa hankaluutena on ollut myös huumeongelmaisten vaikeus löytää tilanteeseen sopivaa hoito- ja kuntoutusohjelmaa. Voimapuu-ryhmiä voidaan perustaa sekä alkoholin että huumeiden käyttäjille. Ryhmät voivat olla myös sekaryhmiä. Voimapuu-kuntoutuksessa toteutuu vertaistuki, jolloin päihdekuntoutuja tapaa muita ihmisiä, jotka ymmärtävät päihdeongelman luonteen ja vertaistuen kautta voidaan jakaa omiin kokemuksiin perustuvaa tukea, kannustusta ja neuvoja. Rauno Mäkelän ja Mauri Aallon (2010, 53) mukaan vertaistukitoiminta tarjoaa päihdeetöntä sosiaalista toimintaa aiempien alkoholikeskeisten seurapiirien tilalle. Ryhmän hyötyjä on myös esimerkiksi uusien puolien löytyminen itsestä, omien tunteiden ja tunneilmaisujen lisääntyminen, mahdollisuus saada itseään koskevaa palautetta muilta ryhmän jäseniltä, mahdollisuus puhua muiden ihmisten kanssa aiheista, joita ei voi puhua ryhmän ulkopuolella, muiden hyväksyntä, muilta oppiminen ja muilta jäljittely sekä empatia saaminen (Leinonen 2003, 136–137).

Pekka Tuomolan (1998, 200) mukaan ihmisessä herää toivo, kun hän havaitsee että jotkut ovat selviytyneet ongelmistaan tai tulevat toimeen niiden kanssa ja että ryhmän muut jäsenet rohkaisevat ongelmien ratkaisussa. Hänen mukaansa ryhmä luo tiettyjä paineita, jolloin ryhmän toiminnasta luistaminen käy vaikeaksi. Fred J. Hannan (2009, 383) mukaan ryhmässä ihminen voi saada kokea sellaista empaattista itseään tukevaa ystävyyttä, joka oman terapeutin kanssa rikkoisi terapian eettisiä koodeja kahdenkeskisistä suhteista.

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen työskentely

Tutkimusten mukaan päihdehoidon tuloksellisuutta selittävät enemmän terapeutin ja asiakkaan yhteistyösuhde ja terapeutin taidot kuin käytetty menetelmä (Saukkonen 2012, 20). Menetelmä auttaa kuitenkin työntekijää toimimaan suunnitelmallisesti ja perustelullisesti hoitosuhteessa. Ratkaisukeskeinen menetelmä on saanut alkunsa 1950-luvulla Yhdysvalloissa, ja siitä lähtien sitä on kehitetty voimakkaasti 1970-luvulta lähtien (Katajainen ym. 2003, 14). Ratkaisu- ja voimavarakeskeiselle työskentelylle on ominaista *asiakaslähtöisyys*, jossa asiakas itse asettaa omat tavoitteensa. *Tavoitelähtöisessä* ja tulevaisuuteen suuntautuneessa keskustelussa painopiste on tavoitteissa ja siinä miten asiakas voi ne saavuttaa. *Voimavarakeskeisyyden* avulla tulkitaan ja hyödynnetään asiakkaan kykyjä, taitoja ja osaamista käsitellä pulman ratkaisemisessa, ja menneisyys nähdään voimavarana. *Poikkeuksien ja edistysten huomioimisessa* tulkitaan niitä aikoja ja hetkiä, jolloin vaikeudet ovat paremmin hallinnassa tai jokin tavoite toteutuu vaikka osaksikin. *Myönteisyys, luovuus, leikillisuus ja huumori* tukevat asiakkaan vahvoja puolia. Ratkaisukeskeisessä työtavassa on *konstruktiivinen näkemys* ja siinä *hyödynnetään* muista työmuodoista lainattuja ideoita. Asiakkaan verkostot ja läheiset nähdään voimavarana ja pulmia voidaan ratkoa *yhteistyössä* heidän kanssaan. *Myönteinen palaute* sekä *ansion ja kiitosten jakaminen* edistyksestä eri osapuolille on tärkeää. (Ratkaisukeskeisyys pähkinänkuoressa 2012)

Ratkaisukeskeinen lähestymistapa kiinnittää ongelmien sijaista huomion ratkaisuihin, joita haetaan tämän hetken tilanteeseen. Tällöin usein vain pieni muutos on tarpeen. Menetelmän avulla haetaan asiakkaan käyttöön hänen omia voimavarojaan. (Berg 1995, 2.) Ratkaisukeskeiset keskustelut käydään myönteisessä ja molempia osapuolia kunnioittavassa ilmapiirissä. Ilmapiiriin vaikuttaa se, että keskustelussa suositaan puheenaiheita, jotka lisäävät toiveikkuutta, yhteistyötä ja luovuutta. Terapeutin työvälineitä ovat edellä mainittujen lisäksi myös asiakkaan aktiivinen kuunteleminen, koti-tehtävien antaminen ja tarinoiden ja vertauskuvien kertominen. (Lehtinen 1998, 74.)

Ratkaisukeskeisessä työskentelytavassa keskustelun painopiste on yleensä tulevaisuudessa ja ratkaisuissa eikä siinä mistä ongelmien ajatteluun johtuvan. Ratkaisukeskeisessä terapiassa keskitytään osallisten henkilöiden vahvuuksiin, edistykseen ja omiin ratkaisuihin. Tämän ajattelutavan mukaan ihmisellä on olemassa resurssit ja voimavarat auttaa itseään, siksi sitä kutsutaan myös voimavarakeskeiseksi lähestymistavaksi. (Furman & Ahola 1993, 81.) Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä ongelmia ei pidetä hoidettavina häiriöinä, vaan niihin suhtaudutaan pitkittyneinä ja mutkistuneina jokapäiväisinä ongelmina, joita on alettu ratkaista väärällä tavalla. (Tikkanen 1998, 91.) Voimavarasuuntautuneessa keskustelussa keskitytään hyviin ajanjaksoihin, myönteiseen kehitykseen, onnistumisiin ja selviytymiseen. Keskustelut käydään sellaisesta näkökulmasta, jotka lisäävät ihmisen uskoa omiin mahdollisuuksiin. Niiden avulla pyritään saamaan myös toimivia keinoja tilanteen kohentamiseksi. (Vataja 1998, 5.) Peter Sundmanin (2012) mukaan ratkaisukeskeisen työskentelyn etuja on, että työskentelysuhde asiakkaan kanssa syntyy nopeasti, edistymistä on helppo arvioida, asiakkaalla on valtaa oman asiansa hoitamisessa, virheitä on helppo korjata, koska edistyminen tapahtuu pienin askelin, ongelmaa ei tarvitse käsitellä juurta jaksain ja lähiympäristön osallistuminen yhteistyöhön vähentää ulkopuolisen avun tarvetta.

Ritva Saarelaisen (2009, 107) mukaan ratkaisu- ja voimavarakeskeinen työote on ensisijaisesti asennoitumistapa. Furmanin ja Aholan (1993, 3), mukaan kun kyseessä on luonteeltaan ihmisten kanssakäymiseen liittyvä ongelma eli oma tai toisen häiritseväksi koettu käyttäytyminen, ongelma-keskeinen ja syiden selvittämiseen perustuva lähestymistapa on jopa haitallista. Ihmiset kuulevat terapiassaan monenlaisia selityksiä siitä, mikä on vialla, vaikka he hakevat muutosta. Ratkaisukeskeisessä terapiassa painopiste siirretään hyödyttömistä ja väheksyvistä, mahdollisuuksia poissulkevista terapeuttisista selityksistä kohti muutosta, johon pyritään yhteistyöpainotteisin ja kunnioittavin keinoin. (Bertolino 1999, 23–24.)

Voimapuu-kuntoutusmallin vaiheet

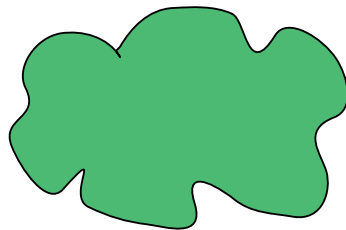
Puun latvus

Ratkaisukeskeisessä terapiassa on olennaista, että asiakas päättää, minkä asian täytyisi olla toisin hänen elämässään (Bertolino 1999, 32). Saarelaisen (2009, 103–104) mukaan ongelma ja tavoite ovat saman asian kaksi eri puolta. Tavoite on hänen mukaansa muutos nykytilasta johonkin parempaan eli se on aina myönteinen. Myönteisyys herättää toivon, mikä puolestaan auttaa näkemään valoa niin nykyisyydessä kuin menneisyydessäkin (Furman & Ahola 1993, 99). Riitta Lappalainen-Lehdon ym. (2007, 209) mukaan tavoitetila

määritellään myönteisessä vuorovaikutuksessa mahdollisimman konkreettiseksi toiminnaksi. Työskentely on tavoiteohjautuvaa ja toiveikasta.

Voimapuuhun kuntoutuja määrittelee oman tavoitteensa, joka piirretään puun latvukseksi. Tavoitteen asettaa aina kuntoutuja itse, ei työntekijä. Tällaisia tavoitteita voi olla esimerkiksi päihteidenkäytön lopettaminen/vähentäminen, perheen säilyttäminen, asunnon tai työpaikan saaminen. Tavoitteita kirjataan yhteensä 1–2 latvukseen. Furmanin ja Aholan (1999, 63) mukaan tavoitteen julkistaminen on tärkeää muille. Kun muut ihmiset tietävät tavoitteen, he voivat tukea, rohkaista, kannustaa ja muistuttaa tavoitteesta. Muut huomaavat myös edistymisen ja voivat sitä kautta antaa palautetta. Furmanin ja Aholan (1993, 111) mukaan myönteiset tulevaisuuteen liittyvät mielikuvat antavat tavoitteen, jota kohti pyrkiä, ja luovat siten toiveikkuutta. Tavoitteen saavuttaminen on sitä todennäköisempää mitä paremmin tiedetään, mitä halutaan (Furman & Ahola 1999, 52).

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä keskitytään siihen, miten asiat voisivat olla eikä siihen, miten asiat ovat. Myönteiset mielikuvat tulevaisuudesta tekevät mahdolliseksi nähdä nykyiset vaikeudet osana sellaista tarinaa, jossa vaikeudet kasvattavat ihmistä auttaen häntä saavuttamaan tulevaisuudessa sen mitä hän tavoittelee (Furman & Ahola 1993, 102). Tiina Tikkasen (1988, 93) mukaan asioiden onnistuminen onnistuu vasta, kun ne nähdään uudella tavalla. Voimapuussa tavoitteen alle tarkennetaan, millainen tilanne on sitten, kun tavoite on toteutunut, mitä se tarkoittaa ja merkitsee itselle sekä mahdollisesti muille läheisille. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä luodaan mielikuva siitä, miten asiat ovat sitten kun kaikki on hyvin (mt., 91). Kuntoutujalta voi kysyä tavoitetta konkretisoivia ja elävöittäviä kysymyksiä: Kuvaa tilannetta, kun olet saavuttanut tavoitteen? Mitä tavoitteen saavuttaminen merkitsee sinulle? Mistä huomaat, että ongelmasi on ratkennut? Nämä vastaukset kirjataan tavoitteen alle puun latvukseen sisään. Saarelaisen (2009, 103) mukaan tärkeämpää on se mitä jokin asia ihmiselle merkitsee kuin se, onko se objektiivisesti ”totta”



Kuva 1. Puun latvus

Puun runko

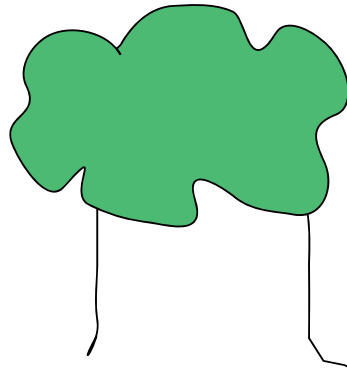
Ratkaisukeskeisen työskentelyn yksi tavoite on saada ihminen näkemään, että hänellä on vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia, että hän jo tekee tai hänen on mahdollista tehdä jotakin tilanteen hyväksi (Lipponen 1998, 41).

Ratkaisukeskeisyydessä ajatellaan, että ihmisillä on hallussaan tieto siitä, miten ongelma-asiassa kannattaisi edetä. He eivät vain välttämättä tiedä tietävänsä. (Hirvihuhta & Litovaara 2003, 15.) William Hudson O’Hanlonin ja Michele Weiner-Davisin (1990, 47) mukaan terapeutin tehtävä on kaivaa kyvyt esiin ja panna ne täytäntöön, sillä elämän vaikeuksien kuormittamat asiakkaat kadottavat säännöllisesti tuntuman omiin ongelmiin ratkoviin voimiin. Tikkasen (1998, 92) mukaan kun asiakas tulee terapiaan, hän on yleensä yrittänyt ratkaista ongelmaansa eri tavoin, mutta ratkaisut eivät ole toimineet. Ratkaisukeskeisen ajattelutavan mukaan ongelmat vaikeutuvat ja kasvavat, jos ei yritetä mitään ratkaisua tai jos toistetaan tehotonta ratkaisua. Mikäli joidenkin ratkaisuyritysten todetaan auttaneen, niiden käyttöä rohkaistaan jatkossakin. Sen lisäksi etsitään tuoreita näkökulmia ja selityksiä, jotta asiakkaat voisivat löytää ongelmiinsa uusia ratkaisuideoita.

Ratkaisukeskeisen ja voimavarasuuntautuneen ajattelun mukaan yhteistyö syntyy ja edistyy helposti, kun työntekijä alusta asti keskittyy siihen mitä toimivaa asiakas jo tekee (Lipponen 1998, 53). Voimapuun rungoksi kirjataan asiat, joita kuntoutuja on jo tehnyt saavuttaakseen tavoitteensa. Nämä ovat usein myös niitä keinoja, joilla voidaan estää mahdolliset kuntoutumisen takapakit. Kuntoutujalta kysytään, mitä olet jo tehnyt päästääksesi toivomaasi tavoitteeseen? Mikä tekemisistäsi asioista on auttanut siinä, että olet päässyt lähemmäksi tavoitettasi? Tällaisia asioita voi olla esimerkiksi päihteiden käytön vähentäminen, työhaastattelussa käynti, ulkoilun lisääminen tai vierailu tuttavan luona. Pienet edistymiset vievät myös tavoitetta kohti. Furmanin ja Aholan (1999, 62) mukaan pienet askelet tuovat jopa paremmin tulosta kuin harppaukset.

Joskus kuntoutujan voi olla vaikea huomata omaa edistymistään tai hän vähättelee muuten omia tekemisiään. Edistymisiä voidaan saada esille tutkimalla poikkeuksia. Ratkaisukeskeisessä työskentelytavassa tutkitaan poikkeuksia, joissa ongelmaa ei esiinny, ja otetaan selvää, mitä silloin on tehty ”oikein” (Saarelainen 2009, 106–107.) Keskittymällä poikkeuksiin, jolloin ongelmaa ei esiinny, viestitetään, että asiakkaalla itsellään on jo ratkaisemiseen tarvittavat voimavarat, vaikkei hän niitä ehkä huomaa itse. Asiakasta tuetaan käyttämään niitä tai luomaan uusia toimintatapoja. (Lappalainen-Laiho ym. 2007, 209.)

Mitä teit silloin, kun et juonut ollenkaan? Kun sinulla oli tilipäivä, niin miten pystyit olla juomatta ja joskus taas et? Kuinka onnistuit? Nämä ovat hyviä kysymyksiä näkemään poikkeuksia ja edistymisen askelia ja kuvaamaan sitä, mitä kuntoutuja on jo tehnyt saavuttaakseen tavoitteensa. Furmanin ja Aholan (1993, 114–117) mukaan edistys tai paraneminen on kannustava puheenaihe, joka lisää ihmisten toiveikkuutta ja uskoa parempaan huomiseen. Edistyksestä puhuminen johtaa luontevasti edistyksen syiden selittämiseen. Selitykset valaisevat sitä, mikä on auttanut, jolloin päästään selville siitä, mitä sellaista ihmiset ovat tehneet, mistä heille on ollut hyötyä.



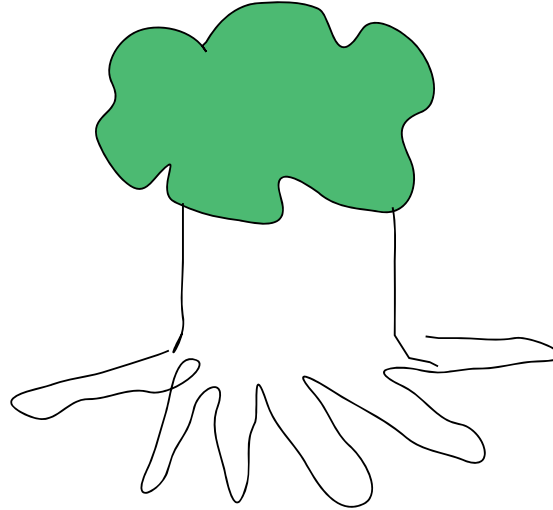
Kuva 2. Puun runko

Puun juuret

Ratkaisukeskeisessä terapiassa keskitytään osallisten henkilöiden vahvuuksiin, edistykseen ja omiin ratkaisuihin (Tikkanen 1998, 91). Insoo Kim Bergin ja Scott D. Millerin (1994, 29) mukaan ratkaisukeskeisessä työssä ei pyritä löytämään sitä mikä on rikki ja korjaamaan sitä, vaan pyritään löytämään sen, mikä on kunnossa ja hyödyntämään sitä. Ratkaisukeskeisessä ja voimavarasuuntautuneessa käytännössä keskeisenä ajatuksena on luoda hyvää keskustelua ja onnistumispuhetta, saada ihminen kertomaan itseltään onnistumistarinoita, näkemään itsensä kauniina. Onnistumispuhe luo jo itsessään yhteistyötä. Ratkaisukeskeisessä ja voimavarasuuntautuneessa keskustelussa henkilö kertoo ääneen kykyjään ja taitojaan, suunnittelee hyvää tulevaisuutta ja rakentaa uskoa itseensä selviytyjänä. Työntekijän tehtävänä on ihmisen onnistumisten löytyminen ja niiden vahvistaminen. (Lipponen 1998, 40–41.) Furmanin & Aholan (1999, 36) mukaan omien vahvuuksien tunteminen on ensisijaisen tärkeää, sillä vahvuuksia voi hyödyntää päättäessä millä keinoin tavoitetta kohti edetään. Vahvuuksia hyödyntämällä on helpompi edetä tavoitteen suuntaan. Vahvuuksia tarkastelemalla kuntoutuja voi myös huomata, miten hän jo pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan.

Voimapuussa kuntoutujan voimavarat, kyvyt, taidot, positiiviset ja elämän hyvät asiat kirjataan ylös ja niistä tehdään voimavarajuuristo puulle. Myönteiset asiat ovat sellaisia, jotka tuottavat kuntoutujalle mielihyvää ja parantavat hänen elämänlaatua sekä tekevät elämästä mukavan. Voimavaroja voi olla esimerkiksi perhe, hyvät harrastukset, osaaminen, oman luonteen vahvuudet tai erilaiset materiaaliset asiat. Kartoittamalla kuntoutujan vahvuuksia ja voimavaroja autetaan näkemään niiden tärkeys ja merkitys hänen kuntoutumisprosessissaan, vahvistamaan niitä sekä tekemään tai olemaan näiden asioiden kanssa enemmän tekemisissä. Keskustelua voidaan käynnistää kysymällä kuntoutujalta, että mistä hän tykkää ja mitä hän tekee mielellään. Kuntoutujalta voi esimerkiksi kysyä: Mitkä ovat tällä

hetkellä sellaisia hyviä asioita, jotka haluat säilyttää ja joista saat voimaa? Mitkä jo olemassa olevat asiat tukevat sinua tässä tavoitteessasi? Mitä hyviä puolia sinulla on? Mitä sinä osaat hyvin? Mitkä jo olemassa olevat tekijät auttavat sinua pääsemään tavoitteeseesi?



Kuva 3. Puun juuret

Kristiina Lipposen (1998, 48) mukaan usein kannattaa kartoittaa sitä, millaiset asiat tai ketkä auttavat ihmistä jaksamaan ja selviämään päivästä päivään. Näin työntekijä viestittää ihmiselle sen, että hän näkee miten raskas ja vaikea asiakkaan tilanne on. Samalla työntekijä pääsee hänen mukaansa ihailemaan asiakkaan selviytymiskykyä ja jaksamista, jolloin asiakas usein itsekin hämmästy omasta urheudestaan. Furmanin ja Aholan (1999, 15) mukaan toivotun käyttäytymisen vahvistaminen on helpompaa kuin ei-toivotun käyttäytymisen sammuttaminen. Jos halutaan vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen, on helpompi saada tuloksia vahvistamalla ja palkitsemalla häntä toivotusta käyttäytymisestä kuin rankaisemalla häntä ei-toivotusta käyttäytymisestä. Vahvuuksien huomaaminen antaa toiveikkuutta ja uskoa. Heidän mukaansa voimavarojen kartoituksen tarkoituksena on auttaa löytämään keinoja ja työkaluja, joiden avulla tavoitetta kohti päästään. Vahvuudet muuttuvat voimavaroiksi, kun ne valjastetaan palvelemaan tavoitteen saavuttamista. (Mt., 37.)

Aurinko

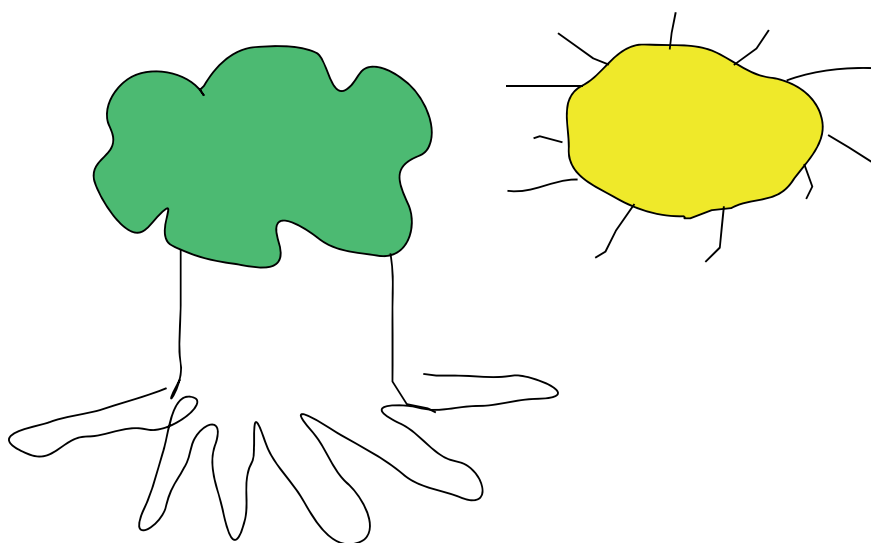
Ongelman ratkaisu edellyttää, että kuntoutuja näkee ongelman ja haluaa työskennellä aktiivisesti sen ratkaisemiseksi (Rostila 2001, 73). Tarkoitus ei ole asettaa vain tavoitetta, vaan konkretisoida mitä hyötyä tavoitteen saavuttamisesta on. Antero Katajaisen (1998, 57) mukaan tavoitekeskustelussa käydään läpi, mitä henkilö haluaa ja millaisena hän elämänsä kokee muu-

toksen jälkeen. Tavoitekeskustelu vie kokonaan ongelma–ratkaisu-akselin ulkopuolelle kohti elämäntarinaa, missä henkilöllä ei ole enää ongelmiaan ja hän kokee elävänsä kyseisellä elämänalueella haluamallaan tavalla. Henkilön kuvaillessa haluamaansa tavoitetilaa, on helppo nostaa esille niitä hyviä asioita, mitä tavoitteen toteutumisesta seuraa.

Furmanin ja Aholan (1999, 17) mukaan mitä motivoituneempi ihminen tavoitteen saavuttamisessa on, sitä todennäköisempää on saavuttaa tavoite. Heidän mukaansa motivaatio syntyy halusta saavuttaa tavoite ja uskosta, että tavoitteen saavuttaminen on mahdollista. Mitä suurempaa hyötyä henkilö kokee saavansa tavoitteen toteutumisesta, sitä enemmän se motivoi häntä toteuttamaan tavoitteensa. Kosken ym. (2003, 60) ihmisen motivaatioon vaikuttaa paitsi geneettiset tekijät ja ympäristön kepit ja porkkanat, myös ihmisen aktiivinen itsensä johtaminen. Ihminen voi heidän mukaansa oppia tiedostamaan minkälaiset asiat saavat hänet toimimaan ja miksi.

Kuntoutujan työskentelyä muutosta kohti vahvistaa tavoitteen saavuttamisesta saatavat hyödyt, minkä takia hän on valmis ponnistelemaan ja tekemään työtä saavuttaakseen tavoitteen. Furmanin ja Aholan (1999, 31) mukaan tavoite on sitä innostavampi, mitä enemmän siitä on henkilölle ja hänen läheisilleen hyötyä. Heidän mukaansa tietoinen tavoitteen hyötyjen pohtiminen kannustaa ryhtymään tuumasta toimeen tavoitteen saavuttamiseksi.

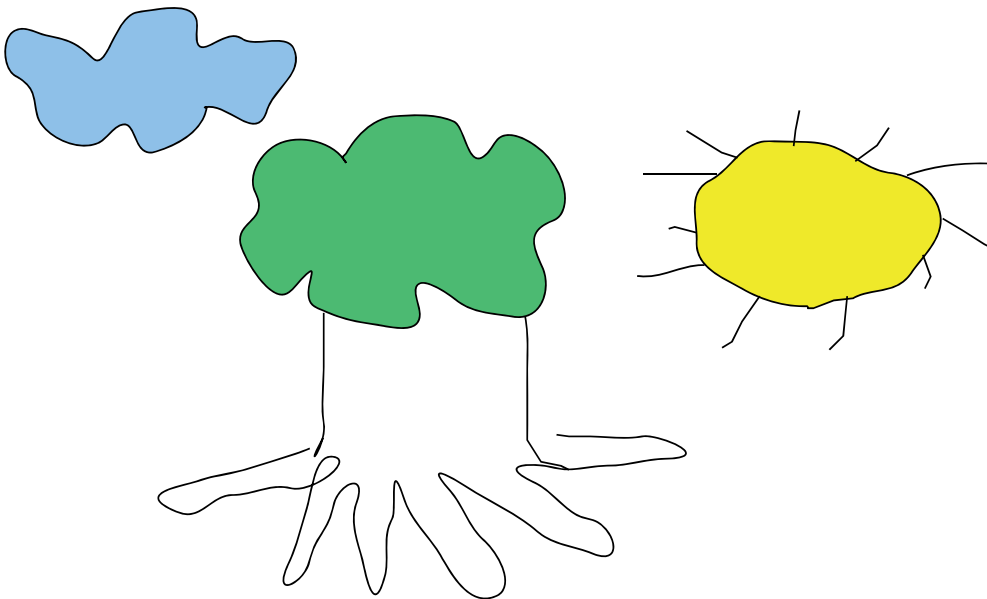
Tavoitteen hyödyt kirjataan Voimapuun auringoksi säteineen puun yläpuolelle. Hyödyt saadaan kysymällä kuntoutujalta, että mitä hyötyä siitä seuraa, kun saavutat tavoitteesi? Hyötyjä voi tarkastella kuntoutujan itsensä, hänen perheensä tai muun ympärillä olevien ihmisten kautta. Tällaisia hyötyjä voi olla esimerkiksi oman voinnin kohentuminen, ihmissuhteiden tai taloudellisen tilanteen parantuminen. Hyötyjen konkretisoituminen vahvistaa kuntoutujan motivaatiota työskennellä kohti muutosta.



Pilvi

Voimavarojen lisäksi on asioita, jotka haittaavat tavoitteen saavuttamista (Ahola & Furman 1999, 42). Yksi ratkaisukeskeisen työtteen oleellinen periaate on, että kun jokin ei toimi, älä yritä sitä uudelleen (Lappalainen-Lehto 2007, 209). Kuntoutujan on hyvä hahmottaa, millaiset asiat voivat olla esteenä hänen kuntoutumiselleen ja vaikeuttavan tavoitteen saavuttamista. Jokaisella kuntoutujalla on pääsääntöisesti omakohtaista kokemusta siitä, mitkä asiat ovat vieneet hänen vointiaan ja kuntoutumistaan taaksepäin sekä pahentaneet päihteiden käyttöä. Esimerkiksi retkahdukset liittyvät usein tilanteisiin, jotka sisältävät sosiaalisia turhautumia, sosiaalisia käyttöpaineita, kielteisiä mielentiloja ja /tai yksilöllisiä käyttöpaineita ja houkutuksia (Tuomola 1998, 196). Ryhmässä näitä riskitilanteita voidaan käsitellä yhdessä ja tunnistaa tekijöitä, jotka uhkaavat tavoitteeseen pääsyä.

Mahdollisen kuntoutumisen esteet kirjataan pilveksi puun päälle. Esteitä haetaan kysymällä esimerkiksi kuntoutujalta, että mitkä asiat tai tekijät vaikeuttavat tavoitteen saavuttamista? Mitä kuntoutujan tulee varoa? Onko olemassa sellaisia uhkia, jotka voisivat estää tavoitteeseen pääsemistä? Kuntoutumisen esteinä voi olla esimerkiksi erakoituminen, liiallinen kiltteys, väärä kaveripiiri tai retkahtaminen juomaan. Kuntoutumisen esteiden näkeminen konkretisoi ne asiat, joita kuntoutujan ei kannata esimerkiksi yrittää, koska hänellä on jo usein omakohtaista kokemusta näiden asioiden toimimattomuudesta. Kuntoutumisen esteiden hahmottamisella autetaan kuntoutujaa välttämään tulevia ongelmia, mikäli se on mahdollista ja estettävissä. Fred J. Hannan (2009, 369) mukaan jos uhkaava ongelma mielletään haasteeksi, toiveikkuus ei vain säily koskemattomana vaan se saattaa jopa voimistua. Estettä käsitellään haasteena ja näin saadaan se käsiteltävämmäksi.



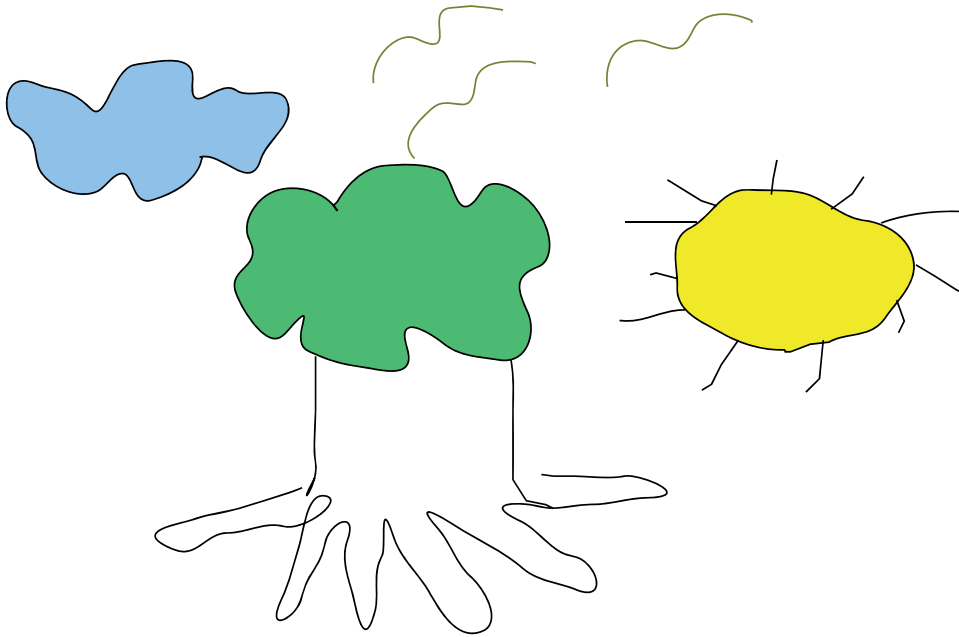
Kuva 5. Pilvi

Linnut

Sosiaalinen tuki raivaa tien terapeuttiselle muutokselle. Yksi sosiaalisen tuen lisäämisen keino on lisätä myönteistä muutosta rohkaisevien ihmisten läsnäoloa. Toinen keino on auttaa ihmisiä rakentamaan uudelleen ihmissuhteita, jotka ovat päässeet rapistumaan. (Hanna 2009, 377–378.) Furmanin ja Aholan (1993, 147) mukaan ongelmien ratkeaminen on mitä suurimmassa määrin sosiaalinen tapahtuma, jossa erilaiset ihmiset voivat saada yhtä hyvin muutosta edistävän kuin sitä jarruttavan roolin. Voimavarakeskeisen työn periaatteita on lisätä asiakkaan sosiaalisia suhteita ja yhteenkuuluvuuden tunnetta vahvistamalla asiakkaan siteitä muihin ihmisiin ja luoda kuntoutujalle mahdollisuuksia kokea yhteenkuuluvuuden ja onnistumisen tunteita (Rostila 2001, 41). Furmanin ja Aholan (1999, 39) mukaan muiden ihmisten tuki, apu, kannustus, ideat, neuvot esimerkit, varoitukset ja jopa heidän epäuskonsa on korvaamatonta. Mitä paremmin kuntoutuja on tietoinen siitä, millä tavoin muut ihmiset auttavat häntä saavuttamaan tavoitteen, sitä enemmän tukijoukot saavat arvostusta.

Voimapuu-mallissa linnut piirretään asiakkaan puun yläpuolelle kuvaamaan niitä henkilöitä, jotka ovat merkityksellisiä asiakkaalle tavoitteen toteuttamisessa. Linnut nimetään asiakkaan mainitsemien ihmisten mukaan, lintuparvi voi kuvata puolestaan myös tiettyä ryhmää, kuten työkavereita, harrastuskavereita tai AA:ssa käyviä henkilöitä. Lintuna voi toimia myös henkilölle tärkeä kotieläinkin. Furmanin ja Aholan (1999, 40) mukaan voimavaroja voi olla omaiset, ystävät, työtoverit, opettajat, ihmiset, joita kuntoutuja arvostaa ja myös jotkut lyhyetkin tuttavuudet, jotka ovat painuneet mieleen. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä on tärkeää jakaa myös läheisille kiitosta omasta edistymisestä, kiittää heitä siitä, että he ovat kukin omalla tavalla kantaneet kortensa kekoon ja tehneet onnistumisen mahdolliseksi (mt., 72). Kiitosta voidaan jakaa myös etukäteen. Ansion jakaminen auttaa parantamaan ihmisten välejä. (Furman & Ahola 1993, 134–135.) Voimapuu-kuntoutusmallissa korostetaan kiitoksen jakamisen tärkeyttä.

Käymällä kuntoutujalle tärkeitä ihmisiä läpi, haetaan asiakkaan tueksi ihmisiä, jotka ovat tietoisia hänen ongelmastaan ja voivat olla apuna kuntoutumisessa. Lintuja voidaan kartoittaa kysymyksillä: Ketkä ihmiset ovat tärkeitä sinulle ja tukevat sinua tässä tavoitteen saavuttamisessa? Ketkä muut ihmiset ovat sinulle voimavaroja?



Kuva 6. Linnut

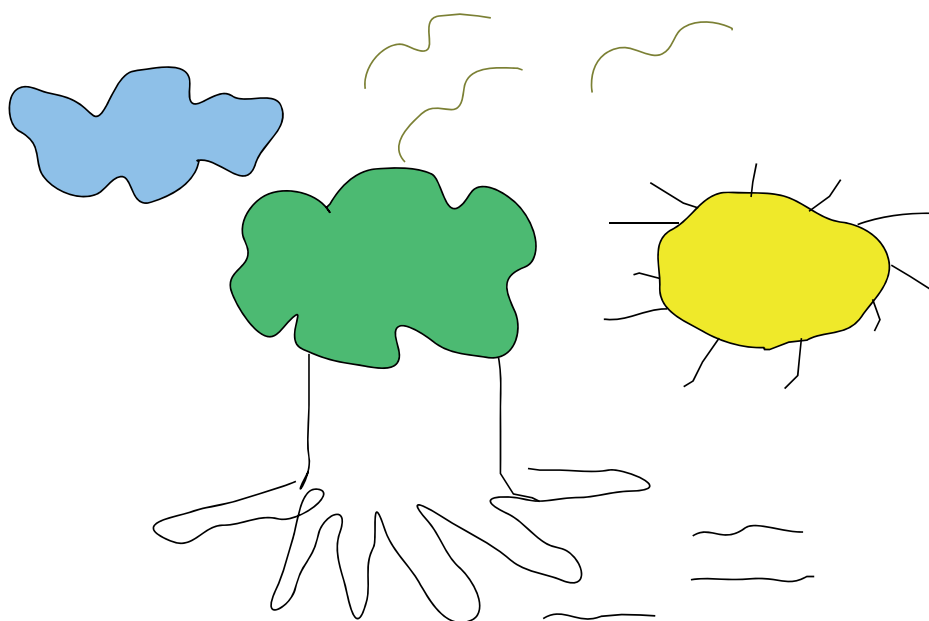
Madot

Furmanin ja Aholan (1993, 25–33) mukaan se mitä menneisyydessä olemme kokeneet, on lähtemätön osa itseämme. Menneisyyteen tulisi heidän mukaansa suhtautua kunnioittavasti pitäen sitä auttajana ja voimavarana oikeammin kuin ongelmien lähteenä. Vaikeatkin koettelemukset voivat olla arvokkaita oppimiskokemuksia. Koskaan ei ole liian myöhäistä panna katkeruutta tai huonoa omatuntoa pois päiväjärjestyksestä. Myös anteeksiantaminen auttaa jättämään menneet taakse. Myönteisiä asioita korostettaessa ihminen on paremmin yhteistyössä. Ihmisen tekemiset voidaan luokitella uudelleen myönteisellä tavalla rohkaistakseen heitä muutokseen. Ihmisten vaikeuksia ei vähätellä, vaan vaikeuksista pyritään löytämään jokin sellainen puoli, jota voidaan käyttää henkilön tai hänen perheensä toiminnan parantamiseksi. (Haley 1997, 31.)

Furmanin ja Aholan (1993, 42) mukaan vaikka ratkaisukeskeisessä työskentelyssä kiinnitetään huomio tulevaisuuteen pikemmin kuin menneisyyteen, ei merkitse sitä, että menneisyys olisi kielletty puheenaihe. Keskustelu menneisyydestä voi olla kannustavaa ja rohkaisevaa, kunhan menneisyys nähdään kasvattavina ja opettavina kokemuksina. Voimapuussa ei täysin ohiteta menneisyyttä, vaan siinä annetaan mahdollisuus käsitellä menneisyyden asioita, joista kuntoutuja haluaa vertauskuvallisesti luopua, jotta voi siirtyä asettamaansa tavoitetta kohti. Tällaiset asiat ovat olleet kuntoutujalle ikään kuin kahleita, jotka ovat voineet estää eteenpäin menon. Voima-

puussa menneisyys käsitellään uudessa valossa, huomio kiinnitetään niihin voimavaroina. Ongelmien myönteisten seuraamusten näkeminen edistää usein ongelman ratkeamista (Furman & Ahola 1993, 150). Lipposen (1998, 46) mukaan kohteliaisuudella, huomaavaisuudella ja asiakkaan kuulemisella asiakkaalle välitetään työntekijän kunnioittava asenne asiakasta ja tämän elämää kohtaan. Asiakkaan maailmankuvan kunnioittamista on myös se, että työntekijä keskittyy niihin tietoihin, jotka asiakas on halukas kertomaan. Voimapuussa menneisyyttä käsitellään vain siltä osin kuin kuntoutuja on valmis tuomaan esille.

Voimapuun madot ovat otettu Voimapuu-malliin kuntoutujien toiveesta. Voimapuussa madot kuvaavat henkilöitä, asioita tai tapahtumia, jotka asiakas haluaa jättää elämässään taaemmalle tai kokonaan pois. Tällaisia matoja voi olla esimerkiksi huumeidierit, ex-puoliso tai jokin traumaattinen tapahtuma ihmisen elämässä. Kun kuntoutuja saa puhuttua asiasta, ja mato piirretään kuvassa maarajan alle, se auttaa asian taakse jättämisessä tai asian näkemistä uudessa valossa hänen elämänsä kannalta. Asian laittaminen madoksi on ikään kuin konkreettinen jäähyväinen sille. Asian käsittelyssä huomioidaan menneisyyden asiat käsittelemällä asiaa tai tapahtumaa kuntoutujan onnistumisten ja saavutusten kautta, mikäli se on mahdollista. Tällainen kysymys voi olla esimerkiksi: Miten tämä tapahtuma on vahvistanut sinua? Asian konkretisoituminen paperille auttaa kuntoutujaa hahmotamaan omaa kuntoutumistaan hidastavat tai jopa estävät tekijät tai tapahtumat. Furumanin ja Aholan (1993, 156) mukaan auttamistyön kannalta on hyödyllisempää olla kiinnostunut siitä, mitä hyvää ongelmat ovat tuoneet mukanaan kuin mitä haittaa siitä on ollut.



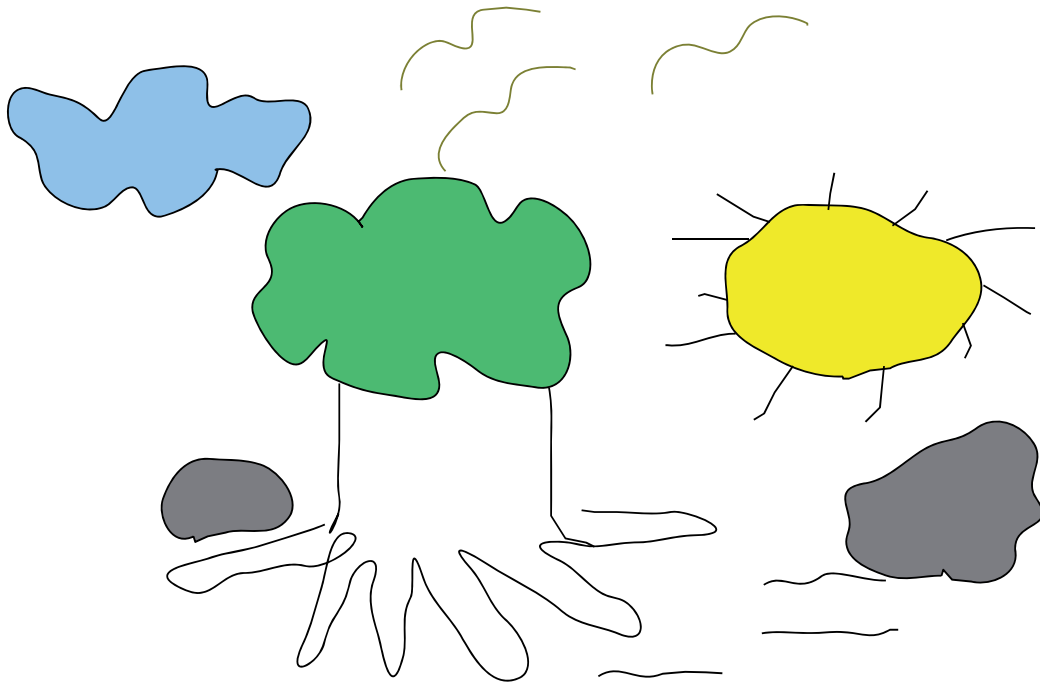
Kuva 7. Madot.

Esteet maassa; kivet, pensaat, aita

Mahdollisten riskien tunnistamisen lisäksi on hyvä tarkastella lähiajan esteitä, jotka on ylitettävä, jotta kuntoutuja pääsee pienen askeleen kohti tavoitettaan. Tällaisia lähiajan esteitä voivat olla esimerkiksi Alkon ohittaminen, lähipubi, viikonlopusta selviäminen selvinpäin, rahapäivä, kesäterassi, käyttäjätutut, pikkujoulut tai vain kaupassa olutosaston ohittaminen. Esteet ovat usein konkreettisempia kuin voimapuun pilveen kirjoitetut uhat ja riskit. Nils Holmbergin (2008, 296) mukaan päihteiden käyttöön liittyvät ulkoiset vihjeet herättävät usein niin voimakkaita tunteita, että niille altistus varsinkaan alussa ei ole hoidollisesti mielekästä. Päihteiden käytön vähentämismuutoksissa kuntoutujan on tärkeää miettiä toimintasuunnitelmaa, miten kohtaa nämä mahdolliset esteet.

Puun ympärille edessä olevina lähiajan esteet piirretään kivinä, aitoina tai pensaina kuvaamaan tulossa olevia haasteita, joista kuntoutujan on selvittävä. Nämä ovat yleensä olleet sellaisia tilanteita tai asioita, jotka ovat aikaisemmin aiheuttaneet kuntoutujalle retkahtamisen tai sen vaaran. Sen takia kuntoutujan voi olla helppo nimetä niitä. Holmbergin (2008, 304–305) mukaan henkilöllä, jolla on käytössään tehokkaita selviytymismenetelmiä, ei retkahda niin suurella todennäköisyydellä kuin se, jolta nämä taidot puuttuvat. Hänen mukaansa monesti lipsahdus tapahtuu täysin odottamattomissa riskitilanteissa, joihin päihdeongelmainen on valmistautumaton.

Esteitä voidaan kartoittaa kysymällä kuntoutujalta: Mitä lähiajan vaaroja sinun on otettava huomioon, jotta pääsisit kohti tavoitettasi? Minkä luulet olevan ensimmäisen/seuraavan esteen, minkä yli sinun on ylitettävä päästääksesi kohti tavoitettasi? Kuinka aiot voittaa nämä esteet? Mikäli kuntoutuja ei tunnista näitä mahdollisia lähiajan esteitä voidaan häneltä kysyä, että mikä viimeksi oli sellainen este, jonka eteen jouduit tekemään töitä päästääksesi sen ylitse? Mitä teit silloin? O'Hanlonin ja Weiner-Davisin (1990, 109) mukaan kun henkilöt kertovat entisistä ratkaisuksistaan, kysytään ”mitä sinun pitäisi tehdä, jotta nytkin kävisi samoin?” Mikäli kuntoutuja ei mainitse esteitä, niin kysymys vihjaa epäsuorasti, mitä hänen pitäisi tehdä eli käyttää entistä ratkaisukeinoa.



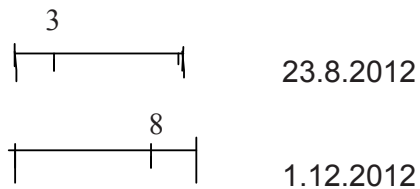
Kuva 8. Esteet maassa.

Edistymisen arviointi

Jokaisen voimapuu-tapaamisen alussa jokainen kuntoutuja saa kertoa ryhmän välillä tapahtuneesta edistymisestä. Furmanin ja Aholan (1999, 49) mukaan hyvä tapa arvioida edistymistä on piirtää jana, johon tulee asteikko yhdestä kymmeneen. Hyvä kysymys kartoittaa tilannetta voimapuu-ryhmässä on esimerkiksi: ”Jos ajatellaan asteikkoa ykkösestä kymmeneen, jolloin ykkönen kuvaa tilannetta pahimmillaan ja kymmenen parasta mahdollista tilannetta, missä kohdassa arvioit olevasi nyt?” Insoo Kim Bergin (1995, 10) mukaan asteikkokysymystä on käytetty arvioimaan muutoksen edistymistä, ihmissuhteisiin sitoutumista, toiveikkuutta, itsearvostusta, ongelmien merkittävyyden vertailua, ennen ensimmäistä tapaamista tapahtuneita muutoksia ja halukkuutta työskennellä ratkaisujen toteuttamiseksi. Voimapuussa jokaista pyydetään kuvailemaan, miksi he antoivat tietyn numeron. Tämän jälkeen he saavat kertoa, mitä pitäisi tapahtua, että he saisivat nyt mainittua numeroa $\frac{1}{2}$ tai 1 numeroa paremman numeron. Alkuvaiheessa kysytään myös mihin numeroon jokainen olisi tyytyväinen, jotta tavoite olisi saavutettu. Bob Bertolinon (1999, 64) mukaan kun käytetään asteikkokysymyksiä tai pyritään vain muuten määrittämään, milloin asiat ovat paremmin, terapeutin on tärkeää yrittää saada terapiaan osallistuva tunnistamaan välitavoitteita. Harri Hirvihuhdan ja Anneli Litovaaran

(2003, 108) mukaan asteikkokysymys voi vaikuttaa jäykältä ja teennäiseltä, mutta sen avulla voidaan puhua vaikeistakin asioista ja suuret ongelmat voidaan pilkkoa paremmin käsiteltäviin osiin.

Asteikkokysymyksillä konkretisoidaan tavoitteita ja edistymistä sekä lisää henkilön pätevyyden kokemuksia (Lappalainen-Lehto 2007, 209). Tikkasen (1998, 95) mukaan kun muutos asetetaan janalle, tilanne ulkoistetaan ja sen muuttumista voidaan seurata. Pienenkin parannuksen havaitseminen lisää asiakkaan halua työskennellä lujasti. Voimapuussa lähtötilannetta kuvataan numerolla, joka kirjataan puun viereen janalle. Tapaamisten edetessä ja viimeistään voimapuun valmistuessa tilannetta tarkastellaan uudelleen numeroiden avulla samoilla kysymyksillä, jolloin edistyminen konkretisoituu uudella tavalla. Tällaisia kysymyksiä on esimerkiksi: Kun tilanteesi oli alussa asteikolla 1–10 kohdassa 3, missä olet nyt? Mikä sen on mahdollistanut? Mitä vaatisi, että pääsisit asteikolla yhden eteenpäin? Kerro miten olet päässyt tuohon mainitsemaasi asteikkoon?



Tavoitelähtöisessä työssä saavutuksia tarkastellaan työskentelyn tavoitetta vasten (Rostila 2001, 88). Tärkeää on, että asiakkaan edistymiseen kiinnitetään huomiota ja niitä arvostetaan. Edistys tapahtuu parhaiten, kun otetaan pieniä askelia ja iloitaan yhdessä muiden ihmisten kanssa edistymisestä ja onnistumisesta. Myönteinen kehitys voi jäädä huomaamatta, ellei siihen erikseen kiinnitetä huomiota. (Furman & Ahola 1999, 62, 68). O' Hanlonin ja Weiner-Davisin (1990, 121) mukaan terapeutti palautetta antaessaan muistuttaa asiakasta siitä, mihin tämä on jo ryhtynyt ratkaistakseen ongelmansa. Myönteinen palaute energisoi ihmistä, sekä saajaa että antajaa, ja auttaa synnyttämään vuorovaikutusta. Myönteisen palautteen on tärkeää olla rehellistä ja aitoa. Palaute kannattaa antaa käyttäytymisestä ja tekemisestä, ei persoonasta. (Katajainen ym. 2003, 188.)

Kannustuslause

Toisten ja oman itsensä kannustaminen on tärkeää tavoitteeseen pääsemisessä. Ratkaisukeskeinen ja voimavarasuuntautunut keskustelu on vapaata ja tasa-arvoista, ja se sisältää usein paljon mielikuvitusta, luovuutta ja huumoria. Sitä kautta on helppo löytää uusia näkökulmia tilanteeseen.

(Lipponen 1998, 45). Ratkaisukeskeisen lähestymistavan voima piilee siinä, että se vahvistaa myönteisiä tunteita. Toivo on yksi tärkeimmistä voimaa ja hyvinvointia lisäävistä tunteista. Toiveikkuus lisää motivoitumisen taitoa. (Katajainen ym. 2003, 173.)

Paras tapa vahvistaa edistystä on saada siitä positiivista palautetta. On hyvä myös palkita itseä jollakin tavalla edistymisestä. Palkkio voi olla mitä tahansa, mistä itse tykkää, kuten leivos, teatteri-ilta, laiskottelu, kauniit sanat tai huomio itselle. (Furman & Ahola 1999, 71). Voimapuun lopuksi käydään keskustelua, miten jatkaa jo hyvää tapahtunutta edistystä ja miten kannustaa itseä vaikeissa tilanteissa. Kannustusta voi miettiä lauseiden, sanojen tai konkreettisen asian kautta. Jokainen saa mainita sellaisen asian, jolla kannustaa itseään hankalissa tilanteissa ja niistä lauseista muodostuu kuntoutujan voimapuulle nimi. Esimerkiksi ”Eteenpäin, sano mummo lummessa!” on tällainen voimalause.

Pohdinta

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen työskentelyote on asiakasta kunnioittava ja arvostava, jossa työntekijä on tasavertainen kumppani asiakkaan kanssa. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työotteessa ei tuijoteta menneisyyteen, vaan katsotaan eteenpäin. Menneisyys nähdään voimavarana. Myönteisyys ja leikillisuus ovat tärkeitä asioita, jolloin positiivinen ilmapiiri tarttuu koko ryhmään. Voimapuu-kuntoutusmallin toteuttaminen on mahdollista niin ryhmässä kuin yksilöajoillakin, mutta ryhmän hyötyinä toteutuu vertais-tuki, jolloin palautetta, kannustusta ja ratkaisuehdotuksia on mahdollista saada monenkertaisesti yksilökäynteihin verrattuna. Muut ryhmässä olevat kuulevat muiden toimivia ratkaisuehdotuksia tilanteen ratkaisemiseksi ja mahdollisia riskejä, mikä auttaa heitä omankin asian käsittelyssä.

Voimapuu-mallilla on useita vahvuuksia. Ryhmän edetessä kuntoutujat muuttuvat yhä aktiivisemmaksi ja vastuullisimmiksi oma elämänsä asiantuntijoiksi. Ryhmä soveltuu kaikille kuntoutujille, jotka pystyvät sitoutumaan ryhmän toimintaan. Ryhmä on mahdollista toteuttaa myös erilaisina sekaryhminä, jossa on erilaisista lähtökohdista tulleita kuntoutujia. Usein ryhmään tulevat ennakoajatuksella, että ryhmässä he joutuvat kaivelemaan menneisyyden asioitaan ja näkökulma asioiden tarkasteluun on syyttävä. Monet yllättyvät, kun katse onkin eteenpäin eikä taaksepäin, mistä he ovat helpottuneita. Voimapuu-mallia voidaan soveltaa hyvin laajasti. Sen yhteyteen voidaan rakentaa toiminnallisia harjoituksia ja erilaista toimintaa, kuten rentoutusta, tutustumiskäyntejä ja erilaisia harjoituksia, kuten kotitehtäviä. Siitä voidaan soveltaa myös yksittäisiä osia. Tässä työssäni olen käsitellyt vain voimapuu-kuntoutusmallin rakennetta ja sen teoreettista perustaa.

Voimapuu-mallia on kehitetty siitä saadun kuntoutujapalautteen pohjalta. Palaute on kohdistunut ryhmätapaamisten tiiviyyteen, ryhmän pituuteen ja ryhmän kokoon. Osa olisi toivonut isompaa ryhmää, osa taas pienempää. Jotkut olisivat halunneet ryhmän ajoittuvan useammalle kerralle ja pitemmälle aikavälille. Osa puolestaan kaipasi tiiviimpiä ryhmätapaamisia. Voimapuu-mallin vaiheisiin tullutta palautetta on pyritty kehittämään välittömästäkin, kun palaute on ollut suoraa, kuten: ”Eikö voitaisi piirtää matoja, kun on lintuja?”. Kurssista saadut myönteiset palautteet ovat olleet: ”rinnakkaiskokemus, itsetutkiskelu, ystävät, mielekäs tekeminen, positiivinen asenne jatsoon, oman jaksamisen paraneminen, avoimuuden lisääntyminen, huumori, itsensä ymmärtämisen lisääntyminen, potkun saamisen raittiuteen, vertaistuki, kokemusten vaihto”.

Ohjaajana olen oppinut Voimapuu-ryhmien ohjaamisesta paljon. Ryhmässä ohjaajan on pystyttävä heittäytymään ratkaisukeskeisyyteen kuuluvaan leikkisyyteen ja huumoriin. Itse voimapuun piirtämisestä syntyy jo hauskoja tilanteita, jotka on osattava ottaa rennosti. Voimapuu-ryhmään tulevat kuntoutujat eivät pääsääntöisesti tiedä etukäteen, millainen voimapuu tapaamisten aikana paperille syntyy, ja usein he ryhmän aikana arvailvatkin, että mitä tulee seuraavaksi. Ryhmän aikana on ilo nähdä, kuinka heidän uteliaisuus jatkotyöskentelyä kohtaan lisääntyy, kun puu alkaa muotoutua. Ryhmästä ei haluta jäädä pois, koska silloin koetaan, että jäädään jostain tärkeästä pois. Ohjaajana olen tasavertainen osallistujien kanssa, ohjaajana juon kuntoutujien kanssa yhdessä kahvit ja pääsen sellaiseen keskusteluun mukaan, mikä ei ole normaaliarkityössä mahdollista. Parhaimmillaan ryhmä toimii silloin, kun kuntoutujat alkavat antamaan palautetta toisilleen ja miettimään yhdessä asioita. Silloin unohtaa olevansa ohjaaja ryhmässä. Vaikeinta ryhmän ohjaamisessa minulle on ollut miettiä, että ovatko minun kysymykseni aina oikeasti ratkaisu- ja voimavarakeskeisiä. Aina välillä voin esittää kysymyksen, jonka sanottuani huomaa, että tämä ei ollut yhtään hyvä kysymys.

Lähteet

- Aalto, Mauri 2010: Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Hannu & Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 7–15.
- Berg, Insoo Kim & Miller, Scott D. 1994: Ihmeitä tapahtuu. Alkoholiongelmiin ratkaisukeskeinen hoito. Lyhytterapiainstituutti. Otava. Keuruu.
- Berg, Insoo Kim 1995: Pissarassa meri. Ratkaisukeskeisyys huume- ja päihdetyössä. Hankintakeskus. Helsinki.
- Bertolino, Bob 1999: Ratkaisukeskeinen nuorisoterapia. Opaskirja ongelmanuorten kanssa työskenteleville. WSOY. Juva.
- Furman, Ben & Ahola, Tapani 1993: Muuttus. Terapiasta ratkaisuihin. Lyhytterapiainstituutti Oy. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset. Keuruu.
- Furman, Ben & Ahola, Tapani 1999: Ratkaisukeskeinen itsensä kehittäminen. Lyhytterapia-instituutti. Hakapaino. Helsinki.
- Haley, Jay 1997: Lyhytterapian lähteillä. Milton H. Ericksonin terapeuttiset menetelmät. Lyhytterapia-instituutti Oy. WSOY. Juva.
- Hanna, Fred J. 2009: Vaikeat asiakkaat terapiassa. Miten edistää myönteistä muutosta. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heinonen, Jarmo 2012: Miksi ihmiset päihdyttävät itsensä? Teoksessa Jarmo Heinonen (toim.): Kuin kala verkossa. Printon Trukikoda. Tallinna, 136–144.
- Hirvihuhta, Harri & Litovaara, Anneli 2003: Ratkaisun taito. Vammalan kirjapaino. Vammala.
- Holmberg, Nils 2008: Addiktiot. Teoksessa Kähkönen, Seppo & Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.): Kognitiivinen psykoterapia. Karisto Oy. Hämeenlinna, 293–308.
- Holopainen, Antti 2001: Päihdeongelmat. Teoksessa Kallaanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 186–200.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2003: Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve -kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallaanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 30–41.
- Katajainen, Antero 1998: Ratkaisukeskeinen tavoitekeskustelu narratiivisin keinoin. Teoksessa Mattila, Antti (toim.): Voimavarat, ratkaisut tarinat. Yliopistopaino. Helsinki, 56–67.
- Katajainen, Antero & Lipponen, Krisse & Litovaara, Anneli 2003: Voimavarat käyttöön. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä.
- Kinnunen, Kirsi 2010: Voimapuu. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen kuntoutumiskurssi päihdeongelmasta selviytyville. Erityistason ratkaisukeskeisen psykoterapiakoulutuksen lopputyö. Kemi.
- Koski-Jännes, Anja 2012: Riippuvuuden psykologisia selitysmalleja. Teoksessa Jarmo, Heinonen (toim.): Kuin kala verkossa. Printon Trukikoda. Tallinna, 153–163.
- Koski, Jussi T. & Tuominen, Saku & Kärkkäinen, Ilkka 2005: Kuinka ideat syntyvät. WS Bookwell Oy. Porvoo.

- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007: Haasteena pähhteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY. Helsinki.
- Lehtinen, Ann-Sofie 1998: Asiakkaan kannustaminen lyhytterapiassa. Teoksessa Mattila, Antti (toim.): Voimavarat, ratkaisut tarinat. Yliopistopaino. Helsinki, 74–82.
- Leinonen, Maija 2003: Mikä ryhmäpsykoterapiassa parantaa? Teoksessa Pölönen, Riitta & Sitolahti, Terttu (toim.): Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä. Yliopistopaino. Helsinki, 135–151.
- Lipponen, Kristiina 1998: Yhteistyön luominen asiakastyössä. Teoksessa Mattila, Antti (toim.): Voimavarat, ratkaisut tarinat. Yliopistopaino. Helsinki, 40–55.
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 5. Yliopistopaino. Helsinki.
- Mäkelä, Rauno & Aalto, Mauri 2010: Alkoholi-ongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 43–54.
- O'Hanlon, William Hudson & Weiner-Davis, Michele 1990: Ratkaisut löytyvät. Psykoterapian uusi suunta. Painatus Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Päihdehuollon laatusuositukset 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Ratkaisukeskeisyys pähkinänkuoressa <http://www.ratkes.fi/tietoa-ratkaisukeskeisydestae/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-paehkinaenkuoressa/> Viitattu 24.10.2012
- Rostila, Ilmari 2001: Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmaratkaisun perusteet. Koipijyvä Oy. Jyväskylä.
- Saarelainen, Ritva 2009: Voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne & Stengård, Eija & Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula (toim.): Mielenterveys- ja päihdetyö. WSOY. Helsinki, 101–107.
- Saukkonen, Auli 2012: Arvoituksen jäljillä. *Tiimi* (48) 4, 18–21.
- Sundman, Peter 2012. Ratkaisukeskeisyys. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/las-tensuojelunkasikirja/tyovalineet/tyomenetelmat/ratkaisukeskeinentyoskentely/>. Viitattu 25.11.2012.
- Tikkanen, Tiina 1998: Psykoterapiaopas. Monta tietä itsetuntemukseen ja iloon. WSOY. Juva.
- Tuomola, Pekka 1998: Ryhmäterapia. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 195–201.
- Vataja, Sari 1998: VAK-projektin tarina. Teoksessa Mattila, Antti (toim.) Voimavarat, ratkaisut tarinat. Yliopistopaino. Helsinki, 3–14.

19 Toiminnallinen päihdetyö

Arja Leinonen

Artikkeli tarkastelee päihdetyötä, jossa keskeisenä on toiminta. Toiminnallisen päihdetyön lähtökohta on ajatus siitä, että päihteet tuovat mielihyvän tunteen ja päihteiden kanssa menee aikaa (niiden hankkimiseen, käyttämiseen ja seurauksista kärsimiseen) ja että, tämä mielihyvä saavutetaan jotenkin muuten ja päihteiden käytön sijaan henkilö saa muuta tekemistä. Päihteistä luopumisen tai vähentämisen lisäksi yksilö saavuttaa positiivisia tuloksia myös muilla elämänlaatua huonontaneilla osa-alueilla. Toiminnallista päihdetyön mallia on kehitetty Akkia OY:ssa.

On olemassa erilaisia näkökulmia ja tutkimustuloksia siitä, miten päihteiden käytöstä tai riippuvuudesta yleensä pääsee irtautumaan. Peele (2004, 9) kertoo teoksessaan, että *itsenäinen, sisäisesti motivoitunut riippuvuudesta paraneminen on mahdollista*. Hän kertoo tutkimuksista, joissa on havaittu, että toipuminen on mahdollista ilman hoitoa tai tukiryhmiä. (Peele 2004, 9, 18.)

Yleisempi lienee uskomus, että päihteistä irrottautuminen ei useinkaan onnistu ilman ammattiapua. Vain pitkäjänteinen työskentely hyvän ammattitaidon omaavan ammattiauttajan/työryhmän kanssa johtaa tuloksiin, mikäli kyseessä on kroonistunut riippuvaisuus (Seppä & Aalto & Alho & Kiiänmaa [toim.] 2010, 13).

Päihdetyössä on lähtökohtana asiakkaan ja hänen läheistensä hoidon tarve (Lappalainen-Lehto & Romu & Taskinen 2007, 14). Riippuvuuden ja päihteiden maailma on laaja ja ongelmat monisyisiä, eikä ”kaikki käy kaikille”. Suomessa tarvitaan ammatti-ihmisiä, jotka arvioivat alkoholiongelman ja sen, mikä olisi mahdollisesti paras ja toimivin hoito kyseessä olevalle riippuvuudesta kärsivälle. Kuntatasolla löytyy erilaisia keinoja ja hoitomuotoja, mutta niiden lisäksi on monia yksityisiä tai järjestöjen ylläpitämiä palvelunjärjestäjiä, joilla on tarjota vaihtoehtoina erilaisia palvelukokonaisuuksia.

Eri tahoilla on erilainen näkemys riippuvuuksiin. Yksinkertaisuudessaan riippuvuus on kokonaisvaltaista, ja sen vaikutukset ulottuvat ihmisen ruumiiseen, mieleen ja henkeen (Heikkilä 1995, 10–11). Ihmistä tulisi pyrkiä katsomaan kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon ne fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset maailmat, johon riippuvuuden lonkerot ulottuvat.

Yleisesti päihteistä selviytyminen jaetaan viiteen eri vaiheeseen. Nämä ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmisteluvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. (Miller 2008, 31, 32; Seppä ym. 2012, 122; Peele 2004, 61; ks. myös Seppä ym. 2010, 58.) Kuljen työssäni vaiheesta vaiheeseen aloittaen jättäen ensimmäiset kaksi vaihetta vähemmälle huomiolle.

Työni alkaa valmistelulla. Alussa seisahdutaan, ja kerätään tietoja ja luodaan luottamusta. Valmisteluvaiheeseen liitän myös tavoitteisuuden: niiden etsinnän ja ylös kirjaamisen. Yksilö tarvitsee toisia ihmisiä, ja sosiaalisten suhteiden tärkeyttä tuon hieman esille työni kolmannessa osiossa. Toimintavaiheeseen kuuluvat liikkuminen ja yleensäkin tekeminen. Työni ”Askel taaksepäin” osiosta eteenpäin liikutaan viimeisessä eli ylläpitovaiheessa. Retkahdukset kuuluvat muutokseen, jota päihteitä käyttävä käy läpi. Viimeisessä kappaleessa työtä lopetetaan, ja tämä työ loppuu pohdintaan. Seisahdus, kartoitus, toiminta ja seuranta-vaiheet ovat kuvattu myös Akkia Oy:n esitteessä.

Seisahdus on tietojen keräämistä

Esiharkintavaiheessa asiakas voi olla osittain tai täysin epätietoinen ongelmastaan sekä muutostarpeesta. *Harkintavaiheessa* ongelma tulee tietoisuuteen, ja asiakas saattaa alkaa harkitsemaan päihteiden vähentämistä/lopettamista lähitulevaisuudessa. Henkilö saattaa olla pitkäänkin harkintavaiheessa ennen siirtymistä kolmanteen eli *valmisteluvaiheeseen*. Valmisteluvaiheessa henkilön motivaatio muutokseen kasvaa, sillä hän on alkanut havaitsemaan, että muutoksen tuomat edut ja päihteiden käytön kielteiset seuraukset ovat suurempia kuin käytön jatkamisen myönteiset seuraukset. Muutoksen suunnittelu alkaa, ja tässä vaiheessa selvitetäänkö, tarvitaanko hoitoa ja jos tarvitaan, niin millaista. (Miller 2008, 31, 32; Seppä & Aalto & Alho & Kiianmaa 2012, 122; ks. myös Seppä ym. 2012, 58.)

Hoidon tulee perustua yksilöllisiin tarpeisiin, jotka arvioidaan alussa huolella. Toiminnallisen päihdetyön harkitseminen ajoittuu valmisteluvaiheeseen, jossa pohditaan mahdollista hoitoa ja sen vaihtoehtoja. Asiakkaan päihdeongelma on jo voitu selvittää tarkoin, ja hän on voinut olla eri palveluiden piirissä jo monia vuosia. Hänestä on voinut kertyä hyvin paljon erinäistä tietoa; eri lomakkeita on täytelty ja testejä tehty. Terveystilasta voi olla hyvinkin tarkat tiedot. Päihdekuntoutus on sosiaalista kuntoutusta, ja myös koko elämäntilanne on voitu arvioida. Tässä tapauksessa tilanteen

kartoittamiseen ei mene välttämättä paljon aikaa, vaan tarvittava tieto saadaan heti ensimmäisessä tapaamisessa ja sitä voidaan kartuttaa helposti myöhemmin.

Ihannetilanne olisi, että lähtötilanteessa olisi jo laajat tiedot. Lisäksi jo valmis hoitosuunnitelma (esimerkiksi määritelty yhteistyötahot ja muu asiakkaan hoitoverkosto) olisi hyvä pohja työlle. Asiakkaalla voi olla takanaan myös hoitajaksoja, joista tulisi saada tarkat tiedot.

Valitettavasti on usein tilanteita, joissa tietoa on hyvin vähän. Tämä johtuu siitä, että on asiakkaita, jotka eivät ole suostuneet mihinkään hoitoon tai apuun, joten kartoittaminen alkaa aivan ”alusta”. Syynä hoitoon voi olla oman halun lisäksi myös uhka (joko puolison/perheen puolelta tuleva ukkaasi tai viranomaisten vaatimus): esimerkiksi henkilön on sitouduttava päihteettömään elämään, jotta perhe pysyy koossa.

Niemelän (2009, 60) mukaan nuorten päihdehäiriöiden hoito kohdistuu henkilöihin, joilla päihteiden käyttö on jo riippuvuusasteista tai käytöstä on seurannut merkittävää haittaa. Nuorten kanssa päihdetyö on todella haasteellista, sillä tilanne kerkeää usein mennä hyvin vakavaksi, ennen kuin hoitoon hakeudutaan tai hoitoa tarjotaan.

Haasteellisia ovat nuoret, jotka ihannoivat päihdekulttuuria. Tällöin päihteidenkäyttö on voinut karata käsistä, ja nuori on voinut kokeilla kaikenlaista. On myös nuoria, jotka ovat olleet ”piilossa” kaikesta. Heidän tilanne on huonontunut ilman, että kukaan on asiaan puuttunut. Voi olla, nuori ei ole ollut missään koulussa, työssä tai ei ole ilmoittautunut työnhakijaksi tai asiakkaaksi mihinkään sellaiseen viranomaistahoon, joka olisi pystynyt puuttumaan asiaan eivätkä omaiset ole välittäneet. Päihteiden käyttö on ikään kuin huomaamatta tullut osaksi elämää ja arkea.

Vaikeaksi yhteistyön aloittaminen on silloin, jos siihen joutuu pakosta tai siihen lähtee toisten mieliksi. Motivaation ja hoidon onnistumisen kannalta ihanteellisinta olisi, että asiakas saisi valita itse hoitomuodon, eikä että hänet määrätään hoitoon (Miller 2008, 23). ”Pakolla hoitoon” tuleva henkilö ei välttämättä ole motivoitunut muutokseen ja päihteistä luopumiseen ollenkaan. Lisäksi häpeä ja pettymykset edellisiin hoitoihin voivat toimia hidastavana tekijänä jo heti alkuvaiheessa eli kartoituksen yhteydessä.

Kirjassa ”Apu alkoholi-ongelmaan” on kirjattu joitakin asioita, jotka olisi syytä selvittää. Niitä ovat ongelmien laatu (mitä ongelmia on, millaista on alkoholin käyttö), alkoholin käytön aiheuttamat ongelmat (miten se aiheuttaa ongelmia), mitkä ovat omat ja läheisten kyvyt ratkoa ongelmia ja miten hoito voisi olla hyödyksi. (Poikolainen & Murto & Mäkelä & Taipale 1985, 34.) Lisäksi on syytä selvittää perustiedot, terveydentila, asuminen, perhe, työ, koulutus, taloudellinen tilanne, oikeudellinen tilanne, harrastukset ja vapaa-aika. Päihteiden ongelmakäyttöön johtavia tekijöitä ei välttämättä paljon katsota, sillä katse on aina eteenpäin. Tulevaisuuden haaveita ja unelmia on hyvä olla.

Tarpeiden arviointi vaatii ammattitaitoa. Eri teknisiä apuvälineitä voidaan käyttää (kyselyt, testit kuten MAST, AUDIT, DUDIT, ADSUME, erilaiset aikajanat, tulevaisuuden muistelut ja niin edelleen). Asiakas voidaan myös ohjata terveydenhuollon palveluihin, jossa tavoitteena on saada tarkat terveyttä koskevat sen hetkiset tiedot. Joillakin voi olla aikaa jo pelkästään painon punnituksesta. Verikokeiden tulokset antavat tärkeää tietoa, muun muassa maksan voinnista.

Heikkisen (2013) mukaan päihneiden käytön ja sen lopettamisen hyötyjä ja haittoja voidaan sivuta alussa. Pääperiaate on, että aluksi ei keskitytä liikaa negatiivisiin asioihin, vaan prosessointia esimerkiksi hyötyjen ja haittojen suhteen tapahtuu koko ajan spontaanisti. Päihdetyössä muutenkin päädytään helposti negatiiviseen puheeseen, jossa keskeisellä sijalla ovat ongelmat ja mitä ei saa tehdä. Pelkistä ongelmista keskusteleminen saattaa passivoittaa asiakkaan aivan täysin, sillä syvältä sisimmästään päihde ongelmainen on hyvin herkkä. Asioissa tulisi nähdä positiiviset puolet, vaikka se on usein hyvin vaikeaa. (Heikkinen, 2013.)

Päihdeongelmien toteaminen ja niiden testaaminen ei kerro, miten päihdeongelmaista tulisi auttaa (Kaukonen 2001, 110). Esimerkiksi päihneiden käytössä on etuja, joista henkilö ei halua luopua. Nämä voidaan korvata muilla tavoin (Peele 2004, 95). Tarvitaan yhteistyötä, jotta voidaan löytää korvaava keino. Apukeinot löytyvät asiakkaan kanssa yhdessä keskustellen ja toimien.

Keinoja pohdittaessa tärkeitä ovat henkilön omaavat voimavarat. Teoksessa *Miten voitat riippuvuudet* (Peele 2004, 127) on listattu tärkeitä voimavaroja taisteltaessa addiktioita vastaan. Näitä ovat läheisyys ja tukea antavat ihmissuhteet (avioliitto ja perhesuhteet, ystävyysuhteet ja ryhmät), työpaikka ja työn antamat voimavarat (ammattitaito ja saavutukset), vapaa-ajantoiminta (harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, rentoutumistavat, liikuntatottumukset) ja selviytymiskeinot (käytännön taidot, sosiaaliset taidot, tunne-elämän joustavuus ja stressinsietokyky). Näiden jo olemassa olevien voimavarojen tunnistaminen ja käyttöön otto on tärkeällä sijalla kuntoutusprosessissa. (Peele 2004, 127, 128.)

Elämässä selviämiseen tarvitaan taitoja. Jo edellä mainittujen sosiaalisten taitojen (kuten viestintätaidot, ongelmanratkaisu ja yksinolo) lisäksi tarvitaan taitoja tunteiden hallintaan ja mielihalujen vastustamiseen. Myös retkahtamisen ehkäiseminen vaatii taitoa. (Peele 2004, 131, 132.)

Jos kartoittaminen aloitetaan aivan alusta juurikaan ilman lisätietoja, aloitetaan samalla heti toiminta; mennään vaikka kävelylle. Koti ei aina välttämättä ole paras paikka keskusteluille. Koti voi olla hyvä paikka, mutta päihteisiin liittyvä häpeän tunne voi olla niin voimakas, että kotona ei keskustelu suju. Tuolloin on hyvä saada asiakas vietyä jonnekin muualle, puolueettomalle maaperälle. Tapaamisen jälkeen on hyvä kirjata ylös keskustelun sisältö, jotta asiat eivät jäisi vain muistin varaan. Keskustelujen ja

havaintojen ylöskirjaaminen on erittäin tärkeää heti ensihetkestä lähtien. Muistiinpanoja voi tehdä myös yhdessä asiakkaan kanssa; tällöin niitä voi muistella yhdessä, ja muistiinpanot toimivat apuna tavoitteiden ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Vaikuttavuuden mittaaminen nimittäin alkaa siitä tilanteesta, kun asiakas aloittaa hoidon (Pitkänen 2009, 183).

Päihdekuntoutus on sosiaalista. Yksilön sisäisten tekijöiden lisäksi häneen vaikuttaa myös ulkoiset tekijät, joten koko sosiaalinen elämäntilanne olisi hyvä selvittää. Myös mahdollisten entiset hoitosuhteet, verkostot ja vertaistuen mahdollisuus on hyvä pitää jo tässä vaiheessa mielessä.

Luottamuksen luontia

Riippuvainen on itsekeskeinen. Minän rajat ovat hävinneet. (Heikkilä 1995, 149.) Hänellä ei välttämättä ole kavereisuhteita tai jos on, ovat he ns. ei-toivottuja kavereita, myös itse päihteitä käyttäviä. Hänellä saattaa olla mennyt luottamus hoitaviin ihmisiin, sillä takana voi olla pettymyksiä tai hän kokee, ettei häntä kohdella oikeuden mukaisesti. Vastaavasti myös läheisillä ja viranomaisilla voi olla mennyt luottamus päihderiippuvaiseen. Vuosia kestäneet lupaukset päihteettömästä elämästä ei ole toteutunut, vaan siirtynyt aina ”huomiseksi”.

Vaikka omaan käytökseen ja päihteiden käyttöön liittyy paljon huonoa ja henkilö voi olla halukas muutokseen, se pelottaa. Käsitys muutoksesta voi sisältää pelon, että muuttuu toiseksi ihmiseksi, johon ei kykene samautumaan. Pelkoa voi olla myös siitä, miten ”uusi minä” sopii perheeseen tai miten ystävät ottavat uuden ihmisen vastaan. Itseluottamus ja minäkuva on rakennettava uusiksi. (Korhonen 2009, 66, 218.)

Kuntoutus on pitkäaikainen prosessi. Asiakkuus alkaa aina nollasta, asiakas ja työntekijä ovat entuudestaan toisilleen outoja. Luottamuksen kehittymiseen menevää aikaa ei pysty ennustamaan; se riippuu asiakkaan ja työntekijän välillä olevasta kemiasta. Tapaamisia on varsinkin alussa hyvin paljon, lisäksi työntekijä on tavoitettavissa puhelimitse 24/7.

Päihdesairaalla on myös omat vuorovaikutuskeinonsa, joita hän käyttää. Näitä voivat olla muun muassa manipulointi ja valehtelu. Työntekijää ”testataan” varsinkin alussa eri tavoin. Nämä kaikki asiakkaan puolelta tulevat yritykset ja vedätykset tulee pystyä tunnistamaan ja olla menemättä niihin, sillä vain sillä tavoin pystyy voittamaan luottamuksen. (Poikolainen ym. 1985, 65, 67; Korhonen 2009, 214.) Testaaminen voi olla keino pyrkiä kontrolloimaan toista.

Prosessiin kuuluu myös itselle vaarallisten tunteiden tunnistaminen ja niiden hallinnan opettelu. Työntekijän tulee kyetä sietämään erilaisten epämiellyttävien asioiden lisäksi voimakkaitakin tunteita, jotka saattavat vaih-

della rajustikin prosessin edetessä. Työntekijän tulee tiedostaa, että vaikka useat tunteet ovat ns. normaaleja tunteita, ne ovat alkoholistille vaarallisia, sillä ne tarjoavat syyn käyttää päihteitä (Kujasalo & Nykänen 2005, 124). Ilot ja surut kuuluvat asiaan. Rajuissa tunteissa on usein taustalla riittämättömyyden tunne, jota asiakas ei osaa pukea sanoiksi eikä käsitellä muuten kuin näyttämällä se ulospäin.

Päihteistä toipuvalla tuen tulee olla sitä, että tuetaan vastuun ottamista (Korhonen 2009, 66). Vastuu on siis henkilöllä itsellään, työntekijä ei ota sitä itse kantaakseen. Työntekijän on varottava, ettei hän joudu asiakkaan hoitajaksi tai ”naulakoksi”; asiakas voi alistua passiivisen hoidettavan rooliin tai ripustautua toisten hoidettavaksi (Poikolainen ym. 1985, 64).

Työntekijä ja asiakas ovat yhteistyökumppaneita. Vuorovaikutussuhteen tulee olla tasa-arvoinen ja vastavuoroinen. Työntekijä ei saa kuitenkaan unohtaa työrooliaan: hänen tehtävänä on pitää asiakkaan fokusta käsiteltävässä asiassa. (Koski-Jännes 2008, 45.) Työntekijän toipumisprosessia tulee pyrkiä hidastamaan, jos se etenee nopeasti, tai vastaavasti prosessi jos jouduttaa, mikäli tavoitteisiin päästään suunniteltua nopeammin. Hoidossa tulee antaa aikaa puhua ja olla hiljaa sekä puhua suoraan (Holmberg 2012, 49).

Työntekijällä tulee olla laaja tieto päihteistä, niiden luonteesta ja niiden käytön mahdollisista syistä, seurauksista jne. Asiakkaalle ei saa osoittaa tietävänsä kuitenkin liikaa. Mutta kun osoittaa, että on perillä päihdeongelman luonteesta ja ennen kaikkea että on tosissaan henkilön kanssa, voi saada luottamuksen. (Korhonen 2009, 214.) Työntekijän tulisi olla ”tsempari”; tuoda asiakkaan elämään positiivisuutta ja elämän iloa. Empatia, ymmärtäväisyys ja johdonmukaisuus kuuluvat piirteisiin, jotka auttavat työssä. (Heikkinen, 2013.) Yhdessä tekemisessä ja asiakkaan elämässä mukana olemisessa on aina vaarana, että syntyy kaveruutta. Työntekijän ja asiakkaan suhde ei saa kääntyä liian läheiseksi. Työntekijän tulee olla tietoinen roolistaan ja havaita, jos suhde alkaa olla liian läheinen. Suhde on aina ammattimainen.

Kartoitus on tavoitteiden etsintää

Toiviainen (1997, 18) on saanut sisältymään hyvin yhteen lauseeseen toiminnan ohjaavan perusajatuksen: *toiminta saa mielensä ja merkityksensä tavoitteestaan ja motiivistaan käsin*. Yleisesti hoitosuunnitelma sisältää tavoitteet, joihin hoidolla pyritään. Lisäksi siitä tulee käydä ilmi hoito ja muut mahdolliset keinot, joita aiotaan käyttää tavoitteisiin pääsemiseksi ja eri osapuolten osuus keinojen käytössä. Kolmantena hyvä hoitosuunnitelma sisältää aikataulun kunkin tavoitteen ja keinon osalta. (Poikolainen ym. 1985, 61.)

Yleensä jo lähettävä taho on laatinut hoitosuunnitelman, jossa on pidemmän ajan tavoitteet. Hyvin usein tavoite on selkeäsanainen, lyhyt ja ytimekäs, kuten esimerkiksi ”päihdeettömyys”. Se ei itsessään kuitenkaan kerro mitään siitä, miten tuo tavoite saavutetaan. Tämä suurempi tavoite onkin pilkottava pieniksi osiksi, ja muutettava mahdollisimman konkreettisiksi asioiksi.

Päihdehuoltolakiin (Päihdehuoltolaki 17.01.1996/41 16 §) on kirjattu asiakkaan osallisuus hoidon suunnittelussa. Pykälässä 16 hoidon järjestämisestä sanotaan seuraavaa: *Asiakkaalle on järjestettävä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, toimenpiteiden valintaan ja hoitoyhteisön toimintaan* (Päihdehuoltolaki 17.01.1996/41 16 §). Laki ei ole velvoittava (on järjestettävä mahdollisuus), mutta asiakkaan osallistuminen omaan hoitoon on tärkeää.

Asiakkaan osallistuminen suunnitelman/tavoitteiden laadintaan lisää hänen sitoutumistaan kuntoutukseen. Osallistuminen ja yhdessä tavoitteiden pohtiminen ja niistä päättäminen lisäävät tavoitteiden merkittävyyttä, kiinnostavuutta ja haasteellisuutta. (Holmberg 2010, 113.) Vain henkilö itse on oman elämänsä asiantuntija.

Tavoitteiden laadinnassa huomio suunnataan asiakkaan kykyihin ja vahvuuksiin (Miller 2008, 22). Asiakasta ei saa aliarvioida. Tavoitteet elävät ja muotoutuvat koko ajan. Ei saa myöskään olettaa, että kaikki ongelmat poistuvat yhtä aikaa (esimerkiksi fyysinen ja psyykinen olotila parantuvat yhtä aikaa). Joko/tai vaihtoehtojen sijaan pyritään ajattelemaan asioita sekä/että-tavalla (Holmberg 2010, 113). Pitää osata tunnistaa, missä vaiheessa asiakas on, minkä jälkeen voi soveltaa oman toimintansa sen mukaisesti. Ei saa kiirehtiä asiakkaan edelle ja tarjota jotain sellaista, mihin hän ei ole valmis. (Koski-Jännes 2008, 44.)

Alkoholiteeman ohella etsitään muita osa-alueita, joihin halutaan korjata. Tavoitteita voi olla yleiskunnon/työ-/toimintakyvyn parannus, sairauksien hoito tai paremmat asunto-olot. Näihin kuuluvat myös psyykkiseen ja somaattiseen terveydentilaan, ihmissuhteisiin sekä työ- ja raha-asioihin, asumiseen, vapaa-ajan käyttöön ja muihin asiakkaalle tärkeisiin elämän alueisiin liittyvät asiat. (Poikolainen ym. 1985, 61, 62.) Oman elämänlaadun lisäksi on tärkeää pyrkiä parantamaan myös suhdetta muihin ihmisiin ja maailmaan (Peele 2004, 237).

Berg ja Miller (1994, 63) ovat teoksessaan luetelleet ”hyvin muotoiltujen tavoitteiden seitsemän ominaisuutta”. He aloittavat tavoitteesta, joka on *asiakkaalle tärkeä* ja jonka asiakas kokee henkilökohtaiseksi hyödylliseksi. Tämä voi kuulostaa helpolta, mutta päihteitä käyttävälle asiakkaalle asian ilmaiseminen voi olla vaikeaa. Asiakkaan näkemys ja lähettävän tahon näkemys asiakkaalle tärkeästä asiasta voi myös erota hyvinkin radikaalisti. (Berg & Miller 1994, 63, 64.) Nämä tavoitteet voivat olla hyvin konkreettisia; ajokorttinsa menettänyt voi asettaa tavoitteekseen ajokortin takaisin saannin.

Tavoitteiden tulee olla mahdollisimman *pieniä* ja näin ollen helposti saavutettavia. *Konkreettisuus ja käyttäytymiseen liittyvä tavoite* on tarkka ja helppo ymmärtää (vrt. onnellisuus). (Berg & Miller 1994, 65–67.) Tavoite voi olla vaikkapa illalla tehtävä kävelylenkki kerran viikossa tai saunakaljan muuttaminen vichyyn.

Neljäntenä ominaisuutena hyvälle tavoitteelle on *mielummin jonkin olemassaolo kuin poissaolo*. Tavoitteissa tulee ilmaista mitä henkilön tulee tehdä sen sijaan kun keskistyttäisiin pohtimaan mitä hän ei saa tehdä. Työskentelyssä tavoitteeksi ei nouse pelkästään ei-juominen, vaan pohditaan sitä, mitä henkilö tekee silloin kun hän ei juo. (Berg & Miller 1994, 68.) Toiminnallisuuden kannalta tämän muistaminen on hyvin tärkeää. Tulee keskittyä siihen, mitä tahtoo saavuttaa eikä ajatella vain sitä, mitä pitäisi välttää tai paeta (Peele 2004, 236).

Tavoitteissa pohditaan *mielummin jonkin alkamista kuin loppumista* (Berg & Miller 1994, 70). Toiminnallisessa päihdetyössä pyritään etsimään jonkin harrastus. Se voi olla vanhan harrastuksen herättelemistä henkiin tai uuden harrastuksen etsintää. Yllämainitun viidennen ominaisuuden seuraamisen mukaan päihteiden käyttäjää kannustetaan aloittamaan toiminta sen sijaan että jäätäisiin suremaan päihteiden käytön loppumista.

Tavoitetta tulee saavuttaa pienin askelin. Sen tulee olla *asiakkaan elämänolojen kannalta realistinen ja saavutettavissa oleva*. (Berg & Miller 1994, 72.) Tämän vuoksi asiakkaan osallistuminen tavoitteiden suunnitteluun on todella tärkeää: kuitenkin lopulta vain hän tietää omat voimavaransa ja osaamisensa. Joskus henkilöllä on epärealistiset tavoitteet itsestään; joko liian suuret tai vaatimattomat. Yhdessä keskustellen löytyy jokaiselle ”kultainen keskitie”.

Viimeisenä Berg ja Miller (1994, 73) korostavat sitä, että päihteistä selviytyminen tulee nähdä *kovaa työtä vaativana*. Vaativuus lisää henkilön oman vastuun ottamista. Sen ymmärtäminen vahvistaa ja suojelee asiakkaan itsekunnioitusta ja omanarvontuntoa. (Berg & Miller 1994, 73.)

Apuna tavoitteiden suunnittelussa ja määrittelyssä käytetään lomaketta, johon kirjataan tärkeät asiat. Lomake voidaan otsikoida niiden muutosta vaatien asioiden nimillä, mihin asiakas haluaa muutosta. Kuvitellaan tilanne, jossa asiakas on päihteiden käytön johdosta ylipainoinen. Otsikoksi yhteen paperiin laitetaan hyvin yleinen ja laaja FYYSINEN HYVINVOINTI. Tämän nimikkeen alle aletaan pohtia kaikkia niitä tekijöitä, joita parantamalla myös fyysinen hyvinvointi paranee.

Esimerkiksi ylipainoisen henkilön lähtötilanteessa käytetään konkreettisina näyttöinä lomakkeen ensimmäisellä rivillä painoa (100 kg). Tavoite on saada paino 95 kiloon. Keinot eritellään tarkoin ja niitä voi olla monta; esimerkiksi sipsien jättäminen ja aamulenkki. Aamulenkki voidaan eritellä vielä pienempään osaan: ensimmäisenä aamuna 100 metriä, seuraavana aamuna 200 metriä. Mittariin kirjataan merkit, joista tiedetään, että tavoite

on saavutettu. Painon putoamisen lisäksi voi olla muitakin merkkejä, kuten että nyt tiukat housut mahtuvat jalkaan. Painon pudotuksen myötä käveleminen helpottuu, jolloin lenkkien pituutta lisätään.

Lomakkeeseen kirjataan asioita, joita tehdään, ei siis, mitä ei tehdä. Hyvin pienet askeleet ja ”mittarien” toteutumisen säännöllinen tarkastelu ja muuttaminen ovat hyvin tärkeitä. Tavoitteisiin on vaikea kirjata mitään tiettyä tapaamismäärää tai aikaa, koska jokainen etenee omaan vauhtiinsa.

Suunnitelma tehdään keskustelujen pohjalta joko yhdessä tai työntekijä kirjaa ne keskustelujen pohjalta yksin. Suunnitelma katsotaan aina yhdessä läpi. Edistymisen merkeistä sopiminen on tärkeää päihteiden käyttäjän kanssa, koska hän on usein saanut merkkejä vain epäonnistumisesta (Berg & Miller 1994, 61, 62). Suunnitelma annetaan myös lähettävälle taholle.

Sosiaalisia suhteita

Muutoksen alkuun panevana voimana toimivat usein ongelmat. Ne voivat johtaa esimerkiksi läheisten painostukseen tai peräti vaatimukseen päihteitä käyttävän päihteettömyyteen. Samoja vaatimuksia voivat esittää myös eri viranomaistahot, kuten esimerkiksi lastensuojelun sosiaalityöntekijä. Ongelmat perheessä voivat olla laaja-alaiset; ne voivat näkyä olla ongelmia (työttömyys, heikot asumisolot, taloudellinen heikkous), jotka näkyvät ulospäinkin (yleinen siisteys, heikko ravinto). Ongelmat voivat olla asioita, jotka vaikuttavat tunnetasolla tai perheen sisäisesti. Näitä ovat perheessä vallitsevat roolit, luottamus, turvattomuus, päihteitä käyttävän häpeä omasta tilanteestaan tai perheen jäsenten häpeä päihteitä käyttävän puolesta.

Yksilön muutosmotivaatioon voi vaikuttaa voimakkaasti hänen ympärillään olevat ihmiset ja yhteisöt (Miller 2008, 19). Riippuen sopimuksesta ja tarpeesta työntekijä voi työskennellä myös perheen kanssa, tai perheeseen voi tulla toinen työntekijä. Koska työtä tehdään toimistotilojen ”ulkopuolella”, asiakkaan arjessa, on perheessä käyminen luontevaa ja helppoa. Tämän vuoksi myös muun perheen kanssa keskustelu on helppoa aloittaa.

Perheen on hyvä tavata se henkilö, joka työskentelee perheessä elävän päihdeongelmaisen kanssa. Rehellisyys perheelle työn etenemisestä ja tavoitteista on tärkeää. Työntekijä pystyy myös ”varoittamaan” perhettä. Tällaisia asioita on esimerkiksi se, että päihteitä käyttävä voi päihteet jättäessään viettää painajaisten täyttämiä öitä. (Heikkinen 2013.)

Perhe voi olla paras tukiverkosto. Joskus tyytymättömyys puolisoon tai syyllistäminen voi toimia ylykkeenä polttaa tai ryyppätä. Riidat eivät saisi toimia laukaisijana päihteiden käyttöön. Kotona tehtävässä työssä voidaan esimerkiksi ottaa kantaa ns. kotihoitoon. Marty Mann (1984, 100–103) kertoo teoksessaan ”kotihoitosta”, jossa käydään ”järkeviä” keskusteluja.

Yleensä ”kotihoitosta” ja puhumisesta vastaa päihteitä käyttävän puoliso. Järkeen vetoamisen lisäksi päihteitä käyttävään voidaan osoittaa moraalisuoraa ja tunteisiin vetoamista sekä esittää uhkauksia tai piilottaa viinaa. Ikävä kyllä, alkoholiongelmainen kokee usein keskustelut nalkuttamiseksi ja syynä juomiseen. (Mann 1984, 100–103.) Nalkutuksen sijaan huoli tulee muuttaa myönteiseksi motivaatioksi (Peele 2004, 182).

Vuorovaikutus omaisten kanssa tukee omalta osaltaan päihteettömyyttä. Päihteitä käyttävän persoona on voinut muuttua päihteiden käytön takia. Henkilön sitoutuessa päihdekuntoutukseen puolison ja/tai koko perheen vaatimukset muutokseen voivat luoda paineita päihteitä käyttävälle. On hyvä, että on joku ulkopuolinen, joka kertoo perheelle faktoja muutoksesta. On osattava varautua siihen, että vaikka päihteet elämästä jäisivät, ei henkilö ole enää samanlainen kuin mitä hän oli ennen päihteiden käytön aloittamista. (Heikkinen 2013.)

Yhteisöllisen toiminnan arvo on vastavuoroisuudessa. Nykyisin yhteisön toimintaan osallistuminen vaatii yksilön aktiivisuutta. Se on yksilölle terapeutista, koska se vahvistaa vastuuntuntoa, vuorovaikutusta ja keskinäistä riippuvuutta muiden ihmisten kanssa ja kasvattaa tyytyväisyyttä elämään. Vahvat yhteisöt tukevat jäseniään ja auttavat ehkäisemään riippuvuuksissa. (Peele 2004, 256.) Päihteitä käyttävä yhteisö voi vastaavasti tukea päihteiden käytössä ja siihen liittyvässä muussa toiminnassa (päihteiden välittäminen, varkaudet).

Kognitiivis-behavioraalissa terapiassa korostuu uusien päihteettömien harrastusten ohella päihteettömien kaverisuhteiden löytäminen ja ylläpitäminen (Niemelä 2009, 61). Perheen ohella kaverisuhteilla on suuri merkitys, usein jopa suurempi kuin perheellä. Varsinkin nuorilla kaveripiiri voi olla malliesimerkki hyvin moniin asioihin, ja päihdekulttuuri voi olla ainoa yhteisö, josta pidetään kiinni.

Sosiaalisella vuorovaikutuksella on vaikutus päihteiden käyttöön, päihetymiseen ja riippuvuuteen. Esimerkiksi joidenkin seurassa tekee sellaista mitä katu myöhemmin, joidenkin kanssa käytös erilaista. (Peele 2004, 164.) Huono seura tulee jättää taka-alalle. Työntekijä voi auttaa tässä antamalla asiakkaalle aikaa, olemalla hänen kanssaan ja tekemällä asioita, joista tulee hyvä olla. Varsinkin nuorta auttaa se, että hän saa viettää aikaa päihteettömän aikuisen seurassa.

Päihteitä käyttävä voi aloittaa uuden, päihteettömän seuran etsimisen vahvistamalla niitä kontakteja, joita hänellä jo on. Hiljalleen ystäväpiiriä voi laajentaa esimerkiksi harrastuksen kautta. Yhteisön ylläpito vaatii monien yksilöiden ponnistuksia, ja päihteiden käyttäjä ei välttämättä ole ihan heti valmis astumaan uuteen, päihteettömään yhteisöön.

Toiminta on liikkumista ja tekemistä

Neljännessä eli *toimintavaiheessa* henkilö valitsee toimintastrategian, jota aletaan toteuttaa. Sitoutuminen kasvaa, ja henkilö muuttaa aktiivisesti itse tapoja ja ympäristöään ja omaa uusia taitoja ja ajatusmalleja. Elämäntavat muuttuvat. Toimintavaihe kestää 3–6 kk päihteiden käytön lopettamisen tai vähentämisen jälkeen. (Miller 2008, 31, 32; Seppä ym. 2012, 122; ks. myös Seppä 2010, 58.)

Toiviaisen mukaan (1997, 121) päihteitä käyttäville on yhteistä vapaa-ajan näköalattomuus. Aikaa määrää alkoholin käyttö. (Toiviainen 1997, 121.) Aikaa ei mene pelkästään päihteiden käyttöön, vaan myös sen hankkimiseen ja seurauksista kärsimiseen. On tärkeää keksiä kaikella tällä ajalle jotain muuta tekemistä (Niemelä 2009, 61). Tekemisen tulee olla mielekäs, kiinnostavaa ja päihteettömyyttä tukevaa. Mielen päälle pyrkivä ajatus päihteistä pitää saada muualle, vatvomisen ja pohtimisen sijaan ”tehdään”.

Riippuvuutta ylläpitää tietynlainen luonteen lujuus tai jääräpäisyys; hoidon tulee kohdistua mielen muuttumiseen. Toisaalta riippuvuus on myös laiskuutta, takertumista johonkin. (Heikkilä 1995, 24, 166, 174.) Ihminen suuntautuu toimintaan, joka on hänelle tarkoituksen mukaista ja tavoitteellista. Tavoitteellisuuden taustalla voi olla nautinnon saavuttaminen sekä itsevarmuuden, onnistumisen ja vaikuttamisen tunne. Päämäärinä voi olla myös esimerkiksi itsetunnon lisääntyminen tai muista huolen pitäminen. (Hautala & Hämäläinen & Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2011, 45, 46.) Raitistuminen on uuden ajattelutavan ja uuden toiminnan opettelua. Yhdessä luoduilla tavoitteilla pyritään siihen, että ne ovat asiakkaalle tärkeitä ja saavuttamisen arvoisia. ”Mittarit” pyritään saamaan konkreettisiksi, jotta niitä kohti on mielekästä lähestyä.

Toimintavaiheessa aloitetaan aktiivinen tekeminen. Raimo O. Kojo (1998, 269–270) on listannut kirjassaan asioita, joita voi tehdä viinan juonin sijasta. Näitä ovat liittyminen johonkin seuraan tai kerhoon, liikuntaharrastuksen aloittaminen, omin käsin touhuaminen (ohjekirjojen avulla esimerkiksi käsityöt, maalaus, soittaminen). Lisäksi voi huvitella ilman viinaa käymällä elokuvissa tai konserteissa, opiskella tai olla aktiivisesti mukana jossain poliittisessa yhdistyksessä tai vapaaehtoistyössä. Jännitystä elämään saa vaikkapa vuorikiipeilystä. Suhteiden luominen juomattomiin henkilöihin ja säästäminen esimerkiksi lomamatkaa varten ovat myös hyviä vaihtoehtoja. (Kojo 1998, 269–270.)

Tekemisessä pääasia on, että se on sellaista, mistä itse pitää. Se voi olla aivan täysi uusi harrastus, tai sitten voidaan herättää henkiin vanha, vaikkapa nuoruuden aikainen harrastus. Varsinkin miehillä on hyvin usein jokin urheilullinen harrastus, joka on jäänyt erinäisten syiden takia unohduksiin (esimerkiksi ensin perhe ja arjen kiireet, myöhemmin päihteet vievät koko ajan). Harrastus on hyvin usein sellainen, josta henkilö on aiemmin saanut

mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia. Ajan myötä ja harrastuksen väistyttyä mielihyvää ja onnistumista on etsitty päihteistä.

Liikkuminen on yksi tärkeimmistä tekemisistä toipumisen aikana. Ruumiin käyttö tuo mielihyvää, ja liikunta tasapainottaa aivojen omia säätelyjärjestelmiä edesauttaen tunne-elämän tasapainottumista (Heikkilä 1995, 109–110).

Urheilu on yritys kontrolloida omaa elämää (Heikkilä 1995, 110). Fyysisen kunnon hoitaminen on konkreettista, jossa tulokset näkyvät nopeasti myös ulospäin. Se käy nopeammin kuin henkinen, ja ennen kaikkea siihen voi vaikuttaa itse. Osaltaan fyysisen kunnon kohoaminen vaikuttaa toki myös henkiseen puoleen. (Korhonen 2009, 235.)

Päihteestä toipuva hyötyy tekemisestä, jossa saa aikaan jotain konkreettista. Urheilu näkyy päällepäin monin eri tavoin (hoikistuminen, lihakset kasvavat jne.). Myös käsillä tekeminen, kuten käsityöt ja puutyöt, on hyvä harrastus, sillä harrastamisen ohella syntyy käsin kosketeltavia lopputuloksia. Nykyisin varsinkin nuorison kesellä suosituksi noussut valokuvaus saa aikaa näkyviä tuloksia; valokuvia. Kuntoutuksen aikana jokin luova harrastus saattaa tulla pysyväksi osaksi elämää, kun vanhat taidot huomataan olevan yhä tallella. Päihteet ovat voineet pilata sen herkkyyden ja intensiiviteetin, mitä esimerkiksi luovuus saa aikaan (Korhonen 2009, 36).

Luonnolla on ollut kautta aikain erityinen merkitys suomalaisten kokemuksissa. Tämä näkyy kansansaduissa ja tarinoissa, luontometäforissa ja sananlaskuissa sekä muotoilussa. Tutkimusten mukaan lähiympäristössä tapahtuva ulkoilu antaa mielihyvää ja esteettisiä elämyksiä, parantaa terveyttä ja kuntoa sekä auttaa irtautumaan arjesta. Kun ihminen elää tietoisesti yhteydessä ympäröivään luontoon, se merkitsee tasapainoista vuorovaikutusta ihmisen ja luonnon välillä. Se on läsnäolon tunnetta oman itsen kanssa olemisesta ja oman itsen tuntemisesta sekä myös tietoisuutta hetkeen. (Hautala ym. 2011, 78–80.)

Luonnossa liikkuminen on liittynyt aina elannon hankkimiseen. Näitä ovat edelleen harrastettavat kalastus, metsästys ja marjastus. Niissä yhdistyy tuotteliaisuus, mielihyvä ja vahvistavuus. Esimerkiksi verkkokalastus on säilynyt vuosituhansia liki samana. Tieteellisten tutkimusten mukaan kävely ja oleilu metsässä hidastaa pulssia, laskee verenpainetta ja vähentää stressihormonin eritystä. (Hautala ym. 2011, 81–82.) Metlan mukaan *vuositasolla yli viiden tunnin oleskelu kuukaudessa kaupungin viheralueella tai käynti 2–3 kertaa kuukaudessa kaupungin ulkopuolella olevalla luontokohteella vaikuttaa myönteisesti terveyteen* (Kanninen 2010).

Päihteet voivat kaikesta tekemisestä ja tuesta huolimatta vallata mielen. Asiakas voi olla halukas lisäämään toimintaa ajatusten poisviemiseksi. On kuitenkin varottava ajautumasta liialliseen tekemiseen tai elämän aikatauluttamiseen; tärkeintä on tasapaino myös tekemisen suhteen (Kojo 1998, 270).

Ylläpitovaihe on askeleita taaksepäin ja eteenpäin

Viimeisessä eli *ylläpitovaiheessa* henkilö pyrkii säilyttämään toteutuneen muutoksen sekä siinä saavutetut etuudet. Henkilö oppii tunnistamaan ja karttamaan tilanteita ja ylykkeitä, jossa voisi käyttää päihteitä. Hyvin usein tässä vaiheessa henkilö palaa käyttöön ainakin kerran tai siirtyy johonkin aiempaan vaiheeseen. (Miller 2008, 31, 32; Seppä ym. 2012, 122; ks. myös Seppä 2010, 58.) Ylläpitovaiheen aikana tarkastellaan spesifisemmin retkahduksen sisäisiä ja ulkoisia riskitekijöitä ja menetelmiä niiden käsittelyyn (Seppä ym. 2012, 128).

Ensimmäiset kolme kuukautta ovat vaikeimpia. Tällöin asiakas tarvitsee paljon tukea ja yhdessä oloa; jopa yksin tehty pieni koiranulkoilutus iltalenkki voi käydä jossain vaiheessa ylivoimaiseksi. Läsnaolon lisäksi asiakas saattaa tarvita tukea sovittujen tapaamisaikojen ulkopuolella. Tämä tapahtuu puhelimitse. Painajaismaiset unet ja omituiset olotilat voivat pelottaa ja voivat omalta osaltaan ajaa henkilöä retkahtamaan päihteiden käyttöön. (Heikkinen 2013.)

Päihderiippuvuus on moniulotteinen ongelma. Muutokseen ja tavoitteisiin päästään monivaiheisen prosessin kautta, ja tähän prosessiin kuuluu edistymisen lisäksi taka-askeleita. (Lappalainen-Lehto ym. Mailis 2007, 24.) Vaikka kukaan ei halua/toivo retkahduksia, kuuluvat ne hyvin vahvasti yhdeksi osaksi muutosprosessia. Retkahdus voitaisiin liittää muutosprosessin yhdeksi, kuudenneksi vaiheeksi. Itse asiassa näin on teoksessa ”Haasteena päihteet” liitettykin (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 134).

Retkahdukseen tulisi valmistautua. On hyvä oppia tunnistamaan ne tilanteet, joissa päihteiden käyttö on mahdollista. Riskitilanteita on monenlaisia. Ne voivat olla sisäisiä kuten tietty tunnetila, jota on opittu korjaamaan ottamalla ”ryyppy murheeseen” tai ulkoisia kuten esimerkiksi palkkapäivä, saunailta kavereiden kanssa. (Seppä ym. [toim.] 2010, 58.)

Riskitilanteiden kanssa aletaan tehdä töitä jo heti alkuvaiheesta saakka. On pyrittävä määrittelemään tilanteet, jolloin todennäköisimmin saatetaan turvautua päihteisiin (Peele 2004, 157). Monesti riskitilanteet ovat kuin piintyneitä tapoja, että asiakas ei aluksi edes havaitse käyttäytyvänsä tietyn mallin mukaan esimerkiksi lauantaisten saunakaljan ottaminen. Poisoppiminen vie aikansa, ja elämäntavan muokkaaminen on apuna.

Kun riskitilanteet on löydetty, pyritään tilanteita välttämään; palkkapäivän rutiini rikotaan, eli töistä ei mennä suoraan Alkoon. Kauppareissun sijasta pohditaan jokin muu tekeminen. Jos kavereiden kanssa vietetty saunailta on tärkeä, ja kaverit ovat ns. hyviä kavereita, tulee opetella tapoja sanomaan ”ei kiitos”. Myös omien reaktioiden ja tunteiden kontrolloinnin opettelu on tärkeää.

Tulee myös käsittää, että retkahtaminen ei ole monestikaan sattuma, joka vain tapahtuu. Se on ennemminkin sarja tapahtumia, jossa yksi toi-

minta johtaa toiseen. Tapahtumakierteen voi keskeyttää halutessaan missä vaiheessa tahansa esimerkiksi menee baariin tai ei mene baariin; tilaa juoman tai ei tilaa juomaa; valitsee oluen tai valitsee limsan; ottaa toisen tai lähtee kotiin ja niin edelleen. (Peele 2004, 150.)

Myös perheen ja läheisten on hyvä valmistautua retkahdusta varten. Kukaan ei halua, että palataan takaisin käyttämään päihteitä, ja tämän vuoksi jo pelkästään retkahtamisesta puhuminen voi olla vaikeaa. On kuitenkin hyvä opetella, miten perhe toimii, jos retkahdus tapahtuu. Joskus täytyy miettiä jo ihan konkreettiset vaihtoehdot esimerkiksi sille, mihin muu perhe lähtee, jos isä juo.

Retkahdus ei tarkoita sitä, että henkilö olisi jollain tavoin epäonnistunut tai että työtä on tehty turhaan. Yksi retkahdus ei tarkoita heti suistumista takaisin päihteiden käyttöön. Jos retkahdus nähdään vain kielteisenä, siitä seuraavat kielteiset tunteet paisuttavat erehdystä ja lisäävät syyllisyydentuntoa (Peele 2004, 151). Aina on olemassa valinnan varaa ja vaihtoehtoja.

Retkahtamista ei pitäisi tarkastella vain negatiivisesti, sillä siitä voi oppia. Se osoittaa ne jäljellä olevat vaaran paikat, jossa käytöstä kieltäytyminen on erityisen vaikeaa. Siitä voi myös oppia, mitkä tavoitteista eivät ole olleet realistisia tai esimerkiksi mitkä/millaiset ympäristöt tai henkilöt eivät tue muutosta (Miller 2008, 33).

Retkahdusta seuraa pettymys, syyllisyys ja huonommuuden tunne. Tunteista irrottautuminen voi olla vaikeaa ja tunteiden takia juomista on helppo jatkaa (Korhonen 2009, 217). Retkahduksen aikana ja sen jälkeen tulisi lähellä olla edelleen tuttu ja turvallinen henkilö, jonka kanssa ajatukset voi jakaa.

Hyvin usein muutos ei tapahdu ensimmäisellä kerralla, eikä välttämättä toisellakaan yrityksellä. Henkilö voi joutua palaamaan uudelleen johonkin varhaisempaan vaiheeseen, ottamaan tavalla ”vauhtia”. Uudelle muutoskierrokselle asetetaan mahdollisesti uudet tavoitteet, sillä edellisestä kerasta tulee aina ottaa opiksi. Ennen kaikkea kaikki yritykset tulee nähdä positiivisesti.

Jotkut haluavat keskeyttää kuntoutuksen. Keskeytymisen uhatessa tulee selvittää ne syyt, mitkä ovat johtaneet harkinnassa olevaan päätökseen. Olisi tärkeää löytää uusia keinoja, menetelmiä ja/tai näkökulmia (Korhonen 2009, 235–236) entisten tilalle.

Jos kuntoutus ei jostain syystä toimi eli päihdeongelmainen ei saavuta tavoitteitaan, ei häntä saa syyllistää. Sen sijaa tulisi pohtia, onko hoito ollut sopivaa ja vastannut tarvetta. (Korhonen 2009, 217.) Työtä pitäisi tarkastella realistisesti: miksi tavoitteita ei ole saavutettu (esimerkiksi tavoitteiden realismisuus vs. liian vaativat tavoitteet), onko toimintamalli ollut väärä (avokuntoutus vs. laitoshoido) ja niin edelleen. On hyvä pohtia myös muita vaihtoehtoja jatkoa ajatellen.

Joskus voi auttaa pieni tauko; sekä siinä tilanteessa, kun asiakas harkitsee yhteistyön lopettamista että jossain vaiheessa kuntoutusta muutenkin. Tauko antaa yksilölle aikaa pohtia päätöstään, ja se voi olla hyvä keino estää liiallisen kiintymisen ja antaa mahdollisuuden onnistua omin voimin. Tauko tekee hyvää myös työntekijälle; se antaa asiakkaan tilanteeseen uutta näkemystä ja voimia jatkaa (Heikkinen 2013).

Loppuelämän opettelua

Ylläpitovaihe vaatii pitkäaikaista käyttäytymisen muutosta, ja sen keston on arvioitu olevan puolesta vuodesta useampaan vuoteen (Miller 2008, 31, 32; Seppä ym. 2012, 122; ks myös Seppä 2010, 58). Päihteiden käytön lopettaminen sen eri vaiheineen muistuttaa jonkin verran kriisi- tai suruprosessia (sokki-, reaktio- ja käsittelyvaihe sekä sopeutumisen tai uudelleen suuntautumisen vaihe). Yhteistä on eritoten se, että molemmissa käsitellään suurta muutosta elämässä sekä etsitään uutta suuntaa (Holmberg 2010, 51). Molemmissa uuden opettelu vie aikaa ja se kestää pitkään, jopa koko elämän. Lisäksi molemmissa on mukana paljon tunteita.

Irtautuminen päihteistä on kuin sanoisi hyvästit hyvälle ystävälle. Loppullinen hyvästien jättö voi olla vaikeaa ja herättää tunteita, joiden käsittely on vaikeaa (kuten ikävä, kaipaus, pelko, viha, katkeruus). Olisi hyvä, jos henkilöllä olisi mahdollisuus jakaa tunteensa jonkun kanssa, joka on käynyt hänen kanssaan läpi matkan päihteettömyyteen.

Hoito/kuntoutus ei saisi loppua siihen, kun ”on mennyt hyvin” pari kuukautta tai kun ensimmäinen takapakki on tullut. Yhteistyön lopettaminen on myös haasteellinen vaihe, ja se tulee tehdä vähitellen. Hyvä keino on tapaamisten ja yhteydenpito vähentäminen ja hiljattain taustalle siirtyminen.

Seuranta ja yhteydenpito pidemmän aikaa aktiivisemmän vaiheen jälkeen (vaikkapa vain puhelinsoitto kerran kuussa) voi toimia motiivina pitää yllä päihteettömyyttä. Lisäksi mahdollisiin ilmeneviin ongelmiin pystytään tarttumaan nopeasti, kun yhteyttä pitää henkilö, joka on kulkenut rinnalla raitistumisen prosessissa.

Riippuvuus voi muuttua toiseksi; tupakanpolttaja jää koukkuun nikotiinipurukumiin tai nyt villityksenä olevaan sähkötupakkaan tai alkoholista tulee himourheilija. Ylläpitovaiheessa voi olla se riski, että jo opeteltu/opittu malli toimia riistäytyy käsistä ja muuttuu uudeksi riippuvuudeksi; hiljalleen ja huomaamatta. Myös tämän takia olisi hyvä saada jatkaa työskentelyä ja olla tukena hieman toimintavaihetta pidempään.

Seurantaa ei voi liittää vain pelkästään työn loppuosaan, sillä sitä tehdään koko ajan työn aikana; tavoitteita tarkastetaan, muutetaan, tehdään uusia. Tilanne saattaa elää vilkkaasti koko ajan. Työn pituutta ei pysty tietä-

mään eikä sitä haluta lähteä ennustamaan. Toipumisen vaiheet yksilöllisiä, ne ovat suhteessa juotujen vuosien ja juomisen vaikutusten määrään (Kujasalo & Nykänen 2005, 128). Tarkka aikataulutus asettaa paineita sekä asiakkaalle että työntekijälle.

Ratkaisukeskeisessä terapiassa tulee olla kriteeri joka kertoo, milloin hoito onnistunut ja se voidaan päättää (Berg & Miller 1994, 61). Niin tulisi olla kaikessa kuntoutuksessa, mutta se on vaikeaa. Apuna käytetään tehtyjä, kirjattuja suunnitelmia, joihin on hyvä palata missä tahansa työn vaiheessa. Mutta suunnitelmista ja aikatauluista huolimatta asiakas itse tietää, milloin hän on valmis ja työ voi päättyä (Heikkinen 2013). Vahvistuminen ja rohkeus tulevat prosessin mukana.

Hoidon tulos ei voi vain olla, että päihteen käyttö loppuu (Holmberg 2010, 114). Pitkällä tähtäimellä tavoite voi olla myös haittojen minimointi tai vähentäminen (Niemelä 2009, 61). Tämän takia pelkkä halu ja kyky eivät riitä, vaan tulee olla valmis (Miller 2008, 34).

Työn päättyessä asiakas siirtyy johonkin muuhun palveluun tai, mikä todennäköisempää, jatkoa ei seuraa. Hänelle tehdään kuitenkin mahdollisuuksien mukaan kirjallinen kysely noin puolen vuoden jälkeen kuntoutuksen loppumisesta, ja hänelle saatetaan soittaa ”kuulumisia” spontaanisti vaikkapa juhlapäivinä.

Heikkisen (2013) kertoman mukaan asiakas tulee muistamaan ”vierellä kulkijan” vielä pitkään. Hänellä on kokemusta nuorista, jotka vielä vuosien päästä yhteistyön loputtua saattavat soittaa, jos ei muuta, niin kysyäkseen kuulumisia. Alussa yhteyttä otetaan silloin, kun menee huonommin, mutta ajan kuluessa (ja nuorten toivon mukaan aikuistuesssa) yhteyttä otetaan silloin, kun menee hyvin. Yhteinen kokemus huonosti menneestä ajasta ja siitä selviytymisestä yhdistää. (Heikkinen, 2013.)

Yksityinen yritys on tulosvastuullinen häneltä palvelunostaneelle taholle. Palvelujen vaikuttavuus ja kustannustehokkuus kiinnostaa. Vaikutavuuden mittaaminen on tunnetusti vaikeaa. (Pitkänen 2009, 182.) Tavoitelomakkeisiin pohditut mahdollisimman konkreettiset mittarit osoittavat kuntoutuksen tehokkuuden. Myös mahdolliset mitattavissa olevat tulokset (verenpaine, veriarvot, paino) toimivat työn tuloksen osoittajina.

Lopuksi

Työssäni aukaisen hieman sitä toiminnallista päihdetyön mallia, jota Akkia Oy:ssä on kehitetty ja edelleen kehitetään. Sitä on myös käytännössä toteutettu. Todennäköisesti tätä työtäni tullaan käyttämään hyödyksi esimerkiksi työtä kehitettäessä ja toimintasuunnitelmaa laadittaessa.

Kehittäminen on jatkuvaa. Esimerkiksi lomake on yksinkertaisuudessaan havaittu hyväksi ja joustavaksi. Useiden lomakkeiden valmiit kysymykset ja rasti ruutuun kyselyt johdattelevat asiakasta, ja jotain olennaista tietoa voi jäädä pois (koska sitä ei kysytä). Lomake mahdollistaa jatkuvan tavoitteiden tarkastelun ja palautteen antamiseen, mikä on päihteistä toipuvalla tärkeä asia.

Lomakkeen käyttäminen tosin vaatii aikaa ja keskittymistä, realiteetin tajua ja ehkä jopa mielikuvitusta. Tavoitteisiin voidaan kirjata ihan mitä vaan, mutta positiivisella mielellä ja mahdollisimman pienin askelin, jotta eteenpäin meneminen voidaan havaita ja siitä voidaan antaa palautetta. Päihteitä käyttävällä voi olla puutteita hyvin monella eri alueella.

Lomakkeen avulla voidaan auttaa asiakasta huomaamaan, että pärjää itsenäisesti. Esimerkiksi yhteiskunnalliseen osaamiseen liittyvä asioiden hoito voidaan asettaa yhdeksi tavoitteeksi. Tavoite voi esimerkiksi olla, että asiakas hoitaa työttömyys- lomakkeen kolmen kuukauden päästä itsenäisesti. Asioita aletaan opetella yhdessä; esimerkiksi täytetään yhdessä työttömyys-lomake. Seuraavalla kerralla asiakas täyttää lomakkeen itse, ja se tarkastetaan yhdessä. Seuraavalla kerralla asia vain varmistetaan puhelimitse. Seuraava askel on asian täysin itsenäinen hoitaminen. Tästä saatu onnistumisen tunne ja positiivinen palaute ovat tärkeitä.

Tavoitteiden asettaminen on vaativaa. Aluksi ei välttämättä edes voida tehdä pitkän ajan tavoitteita, vaan ne tulevat luonnostaan lyhyen ajan tavoitteiden onnistumisten/epäonnistumisten myötä. Asiakkaan motivointi ja luottamuksen luonti ovat tärkeitä asioita, ja jo itsessään ne voivat olla lyhyen ajan tavoitteita.

Sana ”hoito” tarkoittaa mielestäni jotakin asiaa, mikä annetaan. Hoidossa oleva, hoidettava, on passiivinen kohde, jolle tehdään jotakin. Toiminnallisessa mallissa asiakas on aktiivinen, joka tekee jotain. Kuntoutuksen yksi tärkeä osa on hyvän olon tunteen etsiminen ja saaminen tekemisen/liikkumisen kautta. Näiden lisäksi muutosta tarvitaan myös asenteisiin ja ajattelutapaan. Työssäni päihteiden lopettaminen tai vähentäminen ei ole alituisen ja jatkuvan mielenkiinnon ja keskustelun kohde, vaan pääosaan pääsevät myös muut elämän osa-alueet ja niissä esiintyvät muutostarpeet.

Työssäni käyttämäni viisivaiheinen malli voidaan nähdä kuntoutumisvaiheessa kehänä, jossa asiakas on. Tavoitteiden saavuttamattomuus tai retkahdus aiheuttaa paluun jonnekin aiempaan vaiheeseen. Ympyräistä mallia on myös päihteitä käyttävän elämässä toipumisen aikana: päihteiden vähentäminen/lopettaminen korjaa päihteiden aiheuttamia ongelmia tai elämän osa-alueita, joita päihteiden käyttäminen huonontaa. Vastavasti ongelmien tai osa-alueiden parantaminen auttaa päihteiden käytön vähentämisessä/lopettamisessa. Aivan samoin kuin päihteiden käyttö on aikoinaan vaikuttanut negatiivisesti koko päihteitä käyttävän elämään.

Päihdetyö asettaa työntekijälle paljon vaatimuksia. Kliinisen ja, joillekin mahdollisesti, turvallisen toimistohuoneen sijaan työtä tehdään siellä, missä asiakas on. Keskeistä on se, että asiakkaalla on hyvä olla. Asiakkaan kannalta kuntoutukseen meno on helppoa, sillä hänen ei tarvitse nähdä vaiivaa mennäkseen sovituille tapaamisille johonkin tiettyyn paikkaan. Käynnit ”toimistoissa” voivat tuntua hävettävältä tai leimaavalta. Asiakas myös tietää, että käynti kestää tietyn ajan, ja tuon ajan (yleensä maksimissaan tunti) pystyy useaa skarppaamaan.

Työntekijä on periaatteessa niin sovittaessa aina tavoitettavissa puhelinsoiton päässä. Asiakkaan ei tarvitse odottaa tiettyyn tapaamisaikaan, vaan hän voi purkaa oloaan milloin hyvänsä hänen niin halutessaan. Asiakkaan ei tarvitse ”kerryttää” ongelmiaan, vaan ne voidaan purkaa niiden ilmaannuttua. Toisaalta tämä malli asettaa työntekijää kohtaan paljon vaatimuksia. Asiakkaan tavoin hänenkin tulee olla sitoutunut ja motivoitunut. Tällainen ”aina saatavilla” oleva työskentely ei sovi kaikille, eikä siinä päde ”kahdeksasta neljään” -työaika.

Työtä ei kuitenkaan koskaan tehdä yksin. Lähettävän tahon lisäksi tarvitaan monia yhteistyökumppaneista ja oman alansa asiantuntijoita. Ammattilaisten määrä ja ala riippuu asiakkaan tarpeesta. Asiakkaalla voi jo olla yhteistyöverkosto, tai sitten työn aikana tarve kasvaa. Työntekijällä tulee olla tietoa, mistä mitäkin apua saa. Myös muilla toimijoilla tulisi olla tietoa, millaisia erilaisia päihdetyön vaihtoehtoja on tarjolla.

Työn alussa mainitsen, että on olemassa erilaisia näkökulmia ja tutkimuksia siitä, miten päihdeistä riippuvainen toipuu parhaiten. Kannattajia on sekä omaehtoisen että ammattiavun tuella toipumisen puolella. Tässä mallissa on tavallaan osia molemmista suunnista: henkilökohtaisen tuen ja eri ammattialojen edustajien avulla asiakas tekee työtä toipumisensa eteen.

Toiminnallisesta päihdetyöstä löytyy osia monista malleista/työorientaatioista. Esimerkiksi hoitoon sitouttaminen, ajattelutavan muutos ja uudet ihmissuhteet ovat ominaista psykososiaalisessa hoitomallissa. Kognitiivis-behavioristista mallia edustavat riskitilanteiden ennustaminen ja uusien taitojen opettelu. Päihdetyössä ei ole yhtä ja ainoaa oikeaa menetelmää, vaan keinoja, joista rakennetaan suunnitelmaa.

Hyvä tutkimus tuottaa aina uutta tutkittavaa. Vaikka tämä työni ei ole tutkimus, tuotti se mielestäni uusia tutkimuksen aiheita. Ainakin asiakkaan kokemukset eri päihdehoitomalleista tai toiminnallisen päihdetyön vaikuttavuus olisivat mielestäni hyviä tutkimuksen kohteita.

Lähteet

- Berg, Insoo Kim & Miller, Scott D. 1994: Ihmeitä tapahtuu. Alkoholiongelmien ratkaisukeskeinen hoito. Otava. Keuruu.
- Hautala, Tiina & Hämäläinen, Tuula & Mäkelä, Leila & Rusi-Pyykönen, Mari 2011: Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Edita. Helsinki.
- Havio, Maijaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2009: Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkinen, Markku (2013): Keskustelut ja pohdinnat aiheesta.
- Heikkilä, Antti 1995: Riippuvuus – valheiden verkko. Karisto Oy:n Kirjapaino. Hämeenlinna.
- Holmberg, Jan 2010: Päihderiippuvuuksista elämänhallintaan. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Jokisaari, Markku 2002: Työelämään siirtyminen. Teoksessa Salmela-Aro, Katriina & Nurmi, Jan-Erik 2002: Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. PS-kustannus. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu. s. 67–83.
- Kanninen, Kaija 2010: Jo viisi minuuttia metsässä auttaa vähentämään stressiä. http://www.metsonpolku.fi/fi/ajankohtaista/ajankohtaista_2010.php?we_objectID=11628.07.2010. Luettu 01.05.2013.
- Kaukonen, Olavi 2001: Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa Piisi, Ritva (toim.): Huumetyö. Tammerpaino Oy. Tampere. s. 106–131.
- Kojo, Raimo O. 1998: Eeroon viinasta. Otava. Keuruu.
- Korhonen, Ulla 2009: Irti riippuvuudesta. Muutetut tunteet, muutettu minä. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Koski-Jännes Anja 1998: Miten riippuvuus voitetaan. Otavan Kirjapaino. Keuruu.
- Koski-Jännes, Anja 2008: Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koskijännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008: Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. s.41–64.
- Kujasalo, Anne & Nykänen, Hannele 2005: Viinin viemää. Nainen alkoholin ansassa. Kirjapaja Oy. Helsinki.
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007: Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Mann, Marty 1984: Alkoholismi. Mitä se on? Miten siitä voi toipua? Juva.
- Miller, William 2008: Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koskijännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008: Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. s. 16–40.
- Niemelä, Solja 2009: Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy. Porvoo. s. 49–73.
- Peele, Stanton 2004: Miten voitat riippuvuudet. 7 vallankumouksellista keinoa riippuvuuksista vapautumiseksi. RT-Print Oy. Pieksämäki.

- Poikolainen, Kari & Murto, Lasse & Mäkelä, Rauno & Taipale, Ilkka 1985: Apu alkoholiongelmaan. WSOY. Juva.
- Päihdehuoltolaki 17.01.1996/41.
- Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) 2010: Alkoholiriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) 2012: Huume- ja lääkeriippuvuudet. Saarijärven Offset Oy. Duodecim. Saarijärvi.
- Toiviainen, Seppo 1997: Kantapöydän imu. Juoppokulttuuri valintana ja pakkona. Hanki ja Jää. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

20 Etävastaanotolta ohjausta ja tukea elämäntapamuutokseen

Marja Kehus

Artikkeli tarkastelee etävastaanoton käyttöä elämäntapaohjauksessa. Se tuottaa innovatiivista tietoa asiakaslähtöisen näkemyksen pohjalta etävastaanoton soveltuvuudesta ja teknisestä toimivuudesta elämäntapaohjauksen yhteydessä. Elämäntapaohjauksen viitekehystenä toimivat ratkaisukeskeisiä menetelmiä ja motivoiva haastattelu. Artikkelin pohtii myös etävastaanottoon ja käytettyihin menetelmiin liittyviä eettisiä näkökulmia.

Etävastaanotto on lyhyesti kuvattuna tila, jossa työntekijä ja asiakas ovat eri puolella Suomea näyttöpäätteen äärellä ja keskusteluvälineenä internet-yhteys. Etävastaanotto mahdollistaa muun muassa elämäntapaohjauksen ja ennakoivan terveydenhuollon, kun kasvokkain tapahtuva vastaanotto ei ole itsestäänselvyys. Etävastaanottoja on käytetty Suomessa jonkin verran esimerkiksi diabeteksen ja mielenterveyskuntoutujien ohjaukseen. Sairaanhoidtajien etävastaanotot ovat kuitenkin vielä suhteellisen vähänkäytetty vastaanottomuoto Suomessa ottaen huomioon käyttömahdollisuudet. Etävastaanottojen yleistymistä hidastavat vielä muun muassa tekniset ongelmat ja ihmisten asenteet.

Laadin tutkimukseni etävastaanottojen ”punaiseksi langaksi” Polku-ohjelman, joka pohjautuu motivoivaan haastatteluun ja ratkaisukeskeiseen viitekehukseen. Laatimani ohjelma oli väljä runko, joka muokkaantui asiakaslähtöisesti jokaisen asiakkaan omaan elämäntilanteeseen ja tarpeeseen sopivaksi. Polku-ohjelma antoi asiakkaille mahdollisuuden ohjauksessa tarkastella muun muassa sisäistä puhettaan, arvojaan, tarpeitaan, ajankäyttöään ja toimintatapojaan. Motivaatio on keskeisessä asemassa asiakkaan suunnitelmassa ja toteuttaessa haluamiaan elämäntapamuutoksia. Ratkaisukeskeisen lähestymistapa mahdollistaa tarkastella tässä muutostyössä tehtyjä ratkaisuja.

Asiakaslähtöisyys oli yksi tärkeimmistä periaatteistani laatiessani Polku-ohjelmaa ja tehdessäni tätä tutkimusta. Käsillä olevaan tutkimukseen liittyvät asiakastapaamiset sijoittuivat marraskuulta 2012 helmikuulle 2013. Ajanjakso oli sikäli haastava, että se sisälsi joulun ja uudenvuoden. Näihin juhlapyhiin liittyy runsaasti perinteitä, tunnepitoisia haasteita ja stressiäkin. Ajanjakson aikana toteutin seitsemän etävastaanottoa asiakkaan kanssa. Asiakkaita oli aluksi 17 kpl, kaksi heistä keskeytti, täten 15 asiakasta kävi läpi koko Polku-ohjelman. Etävastaanotot toteutuivat pääasiassa internetissä Skype-ohjelman kautta.

Etävastaanoton määrittelyä ja käyttöönottoon liittyviä näkökulmia

Etäterveydenhuolto on Okkosen (2010) mukaan toimintaa, jossa tietoliikennetekniikkaa hyödynnetään lääketieteellisen tiedon ja palvelujen tarjoamiseksi. Etäterveydenhuolto kattaa tiedon jakamisen ja interaktiiviset palvelut ammattilaisten tai heidän ja potilaan välillä. (Okkonen 2010, 7.) Etävastaanotto on mielestäni käyttöönottamisen arvoinen vastaanottomuoto, kun maantieteelliset etäisyydet ovat pitkiä ja matkustamiseen menisi huomattavasti enemmän aikaa, kuin itse vastaanottokäyntiin. Ohjaus ja asiakkaan tukeminen esimerkiksi elämäntapoihin ja toimintatapoihin liittyvissä asioissa onnistuu myös hyvin suunnitellulla etävastaanotolla aivan kuten perinteisellä vastaanotolla. Etävastaanoton etuja ovat ennen kaikkea ajansäästö, etävastaanoton helppo sijoitettavuus keskelle arjen rutiineja, sekä matala kynnyksi asiakkaille, joilla on esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa.

Vuononvirran (2011) mukaan etäterveydenhuollon käyttöönotto on monimutkainen ja haasteellinen prosessi, jossa epäonnistutaan usein. Etäterveydenhuollon sovellusten käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavat moninaiset tekijät, kuten soveltuvuus yksilön, prosessien ja organisaation näkökulmasta. Suomessa videoneuvottelutekniikan avulla toteutettua etäterveydenhuoltoa käytetään melko vähän, vaikka maantieteelliset etäisyydet ovat pitkiä. (Vuononvirta 2011, 5.) Etäterveydenhuoltoon liittyvä tekniikkaan tutustuminen ja tekniikan haltuunotto vie terveydenhuollon ammattihenkilöstön niin sanotulle epämukavuusalueelle, joka liittyy usein uusien asioiden opetteluun. Muutosvastarintaa voi syntyä alkuun. On kuitenkin luonnollista, että epämukavuusalue muuttuu mukavuusalueeksi kokemuksen karttuessa ja, erityisesti kun henkilöstö saa ohjausta ja tukea teknisten yksityiskohtien hallintaan. Ensiarvoisen tärkeää on mielestäni saada tukea juuri silloin, kun ongelmatilanne on päällä. Polku-ohjelman toteuttamisen

aikana sain tekniikkaan ja tietoliikenneyhteyksiin liittyen teknistä apua riittävästi ja alkuun kokemani jännitys haihtui kokemuksen ja ajan myötä.

Vuononvirta (2011) toteaaakin, että etäterveydenhuollon käyttöönottoon vaikuttaa laitteiden helppokäyttöisyys, toimintamallista koituva hyöty, tarve käytölle, työntekijöiden asenteet, sekä ajan puute. Videopuhelinlaitteiden käytön helppouteen liittyy teknisen helppokäyttöisyyden lisäksi laitteiden helppo saatavuus, sekä niiden toimivuus. (Vuononvirta 2011, 57.) Valitsin käsillä olevaan tutkimukseen Skype-ohjelman todettuani sen helppokäyttöiseksi ja edulliseksi (ilmainen ladattava ohjelma). On totta, että uuden opettelu vie aikaa ja vaatii aluksi sinnikkyyttä. Ymmärrän hyvin, että terveyskeskusten kiireisessä aikataulussa ei välttämättä ole riittävästi aikaa perehtyä uusiin teknisiin laitteisiin, kuten minulla oli tässä tutkimuksessa.

Vuononvirran (2011) tutkimuksessa terveyskeskustyöntekijöiden asenteista etäterveydenhuoltoa kohtaa nousi esille huomattavaa vaihtelua kielteisestä innokkaaseen, jota harvemmin on Vuononvirran mukaan kuvattu terveydenhuollon muissa asennetutkimuksissa. Työntekijöiden ammatti ei vaikuttanut asennoitumiseen, mutta hoitajien ammattiryhmissä esiintyi kuitenkin eniten vaihtelua. Laajemmasta näkökulmasta katsottuna toisissa terveyskeskuksissa asenteet olivat kielteisempiä kuin toisissa ja Vuononvirta toteaaakin, että organisaatiokulttuurilla voi olla merkitystä henkilöstön asennoitumisessa uusia toimintamalleja kohtaan. (Vuononvirta 2011, 71.) Organisaatiokulttuuri muuttuu hitaasti ja kokemukseni mukaan johtavassa asemassa olevilla on sen rakentumisessa suuri rooli. Mikäli uusia toimintatapoja kohtaan on organisaatiossa ylipäättään enemmän vastustajia kuin innokkaita kokeilijoita, syntyy kokemukseni mukaan uutta toimintatapaa kohtaan vastustamisen ilmapiiri. Epämukavuusalueeseen, joka liittyy uuden asian haltuunottoon ja asioiden sisäistämiseen tulee mielestäni varata riittävästi tukea ja aikaa kaikilla organisaation tasoilla.

Etävastaanoton yhteyden mahdollistajana Skype- ja Google Hangout -ohjelmat

Skype on ilmainen tietokoneeseen asennettava ohjelma, joka mahdollistaa kahden tietokoneen välisen ilmaisen videopuhelun (Skype 2013). Skype-ohjelma havaittiin hyväksi SYTY nelikymppinen -projektissa (Nikurautio 2007, 32). SYTY nelikymppinen -projekti oli Pohjois-Pohjanmaan Sydänpiiri ry:n hallinnoima projekti, jonka avulla oli tarkoitus edistää nelikymppisten lappilaisten naisten ja miesten sydänterveyttä, esitellä Skype-ohjelman käyttömahdollisuuksia terveydenhuollossa sekä järjestää Skype-ohjelman käyttökoulutuksia. (Nikurautio 2007, 2). Nikuraution (2007, 42) mukaan Skype-ohjelmaa ei tarvitse lisensoida yritys- eikä yhteisökäytössä.

Tutustuttuani ja todettuani Skypeen helppokäyttöiseksi ja ilmaiseksi, valitsin sen käsillä olevaan tutkimukseen ja etävastaanoton toteuttamiseen liittyvän teknisen yhteyden luomisen mahdollistajaksi. Minulla oli myös mielikuva siitä, että Skype on tuttu niille, jotka muutoinkin ovat käyttäneet tietokonetta työssä tai harrastuksissa. Skypeen käyttöönottoon liittyy siihen rekisteröitymisen yhteydessä nimen valinta. Skypessä käytetyn nimen perusteella etävastaanotolle tulijan on mahdollista löytää minut Skypeen käyttäjien suuresta joukosta tai vaihtoehtoisesti minä etsin etävastaanotolle tulijan samaisesta suuresta joukosta. Valitun nimen lisäksi ohjelmaan kirjautumiseen vaaditaan henkilökohtainen salasana. Nikurautio (2007) toteaa, että terveyskeskusten on suositeltavaa huomioida, että Skype-ohjelman tulisi olla eri tietokoneella kuin terveyskeskuksen sisäiseen verkkoon yhdistetty tietokone tietoturva riskien poissulkemiseksi. (Nikurautio 2007, 42.) Tietoturvariskit onkin mielestäni aina huomioitava, kun käsitellään informaatiota verkossa. Itselläni Skype-ohjelma on asennettuna samalla tietokoneella kuin tutkimusaineisto, mutta tässä tutkimuksessa en kirjannut osoite- tai sosiaaliturvatunnustietoja laisinkaan.

Skypessä on myös käyttöominaisuus, jota kutsutaan näytön jakamiseksi ja täten asiakas voi etävastaanoton aikana seurata kirjaamista. Tällöin tämän tutkimuksen tärkein toimintaperiaate asiakaslähtöisyys toteutuu luonnollisesti. Ikävä kyllä opin näytön jakamisen vasta joulukuun lopussa, jolloin osa asiakkaista oli edennyt jo Polku-ohjelmassa varsin pitkälle. Nikurautio (2007) toteaa, että Skypeen ongelmana on osapuolten tunnistuksen varmistaminen tarkoittaen sitä, että onko henkilö todellakin sama, kuin väittää olevansa. Tähän voidaan käyttää ratkaisuna valmiiksi tehtyjä käyttäjätunnuksia ja salasanoja, jotka annetaan asiakkaalle. (Nikurautio 2007, 33.) Omassa tutkimuksessani käytin asiakkaiden henkilökohtaisesti laati- mia Skype-nimiä ja tunnuksia.

Tutkimuksen aikana sain tiedon, että Google Gmailin Hangout on samantyyppinen videopuhelusovellus kuin Skype-ohjelma. Hangout mahdollistaa chat-osion käytön videopuhelun aikana ja siihen voi liittää useamman henkilön kerralla. Tällöin myös ryhmäpuhelut mahdollistuvat. Google Gmail mahdollistaa kontaktin ottamisen sähköpostiosoitteen kautta (Google 2013) ja täten etävastaanotolle tulijan ei tarvitse asentaa erillistä Skype-ohjelmaa, joka sinänsä voi Gmailin käyttäjälle olla merkityksellistä ja helppoa. Verratessani Skype-ohjelmaa Google Hangoutiin havaitsin, että Google Hangout ei mahdollista näytön jakamista ja täten asiakas ei näe kirjaamistani. Tällä ominaisuudella Skype on mielestäni käyttökelpoisempi etävastaanotolle kuin Google Hangout.

Asiakkaan ohjaus etävastaanotolla

Kynkkäsen ja Kääriäisen (2006) mukaan ohjauksella tarkoitetaan sitä, että hoitaja ja asiakas selkeyttävät yhdessä asiakkaan tilannetta, jotta asiakas voi pohtia valintoja tilanteensa ratkaisemiseen. Neuvonta puolestaan on prosessi, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään valintoja. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta. (Kääriäinen ym. 2006.) Suorista neuvoista pidättäytyminen viestii mielestäni vahvasti asiakkaan ja hoitajan välisestä asiakaslähtöisestä yhteistyöstä, jossa asiakasta tuetaan löytämään asiakkaan omaan elämäntilanteeseen sopivia ratkaisuja. Ohjauksessa tulee huomioida asiakkaan psyykkisiä ominaisuuksia, kuten motivaatio, uskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä valmiudet (Kääriäinen ym. 2006). Asiakkaan psyykkisten voimavarojen huomioiminen on tärkeää. Onko asiakkaan elämäntilanne otollinen muutoksille? Esimerkiksi stressaavassa elämäntilanteessa muutoksen toteuttaminen voi tuntua asiakkaasta ylivoimaiselta. (Turku 2007.)

Ohjauksessa asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitaja esittää ohjauksen aikana avoimia kysymyksiä selkiyttääkseen tekijöitä, jotka motivoivat asiakasta. (Kääriäinen ym. 2006.) Motivaatioon liittyen Turku (2007) toteaa, että motivaation puute on toisinaan kiinni asennoitumisesta. Joskus asiakkaalla on vaikeuksia hyväksyä muutoksia osaksi arkipäivää vaikka tietoa, taitoa ja tukea on riittävästi. Toisaalta asiakas voi mennä muutoksissa myös liiallisuuksiin, jos hän asennoituu niihin liian vaativasti. (Turku 2007.)

Ohjaussuhdetta rakennetaan vuorovaikutuksella, jossa asiakasta kuunnellaan ja rohkaistaan. Toimiva ohjaussuhde on sellainen, jossa asiakkaalla ja hoitajalla on mahdollisuus suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteen saavuttamiseksi. Toimivan ohjaussuhteen taustalla on asiakkaan ja hoitajan kunnioitus toistensa asiantuntijuuteen. Asiakas on aina oman elämänsä ja hoitaja ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. On tärkeää keskustella asiakkaan odotuksista ohjauksen suhteen, sillä asiakkaan ja hoitajan ajatukset ohjaustarpeista voivat olla poikkeavat. Merkittävässä asemassa ohjauksen onnistumisessa on hoitajan oma motivaatio ja valmiudet tukea asiakkaan motivoitumista. Terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, miten asiakas suhtautuu saamaansa ohjaukseen. Asiakkailla on luonnollisesti omia mieltymyksiä, joista he haluavat pitää kiinni. Mikäli hoitaja on perillä asiakkaan mieltymyksestä, hän voi ohjauksen aikana pohtia asiakkaan kanssa vaihtoehtoja. (Kääriäinen ym. 2006.)

Ohjaukseen vaikuttavat luonnollisesti myös ohjaustilanne ja siinä mahdollisesti olevat esteet ja häiriötekijät. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa ohjaukseen voidaan keskittyä. Ympäristö ei saa myöskään herättää asiakkaassa negatiivisia tunteita, jotka häiritsevät ohjausta. Turvallisella

ohjausympäristöllä on merkitystä siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaus-tilanteen ja luottaako hän, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Kääriäinen ym. 2006.)

Etävastaanotolla asiakas on yleensä omassa toimintaympäristössään; omassa kodissaan. Tällä voi olla suuri merkitys turvallisuudentunteen näkökulmasta. Toisaalta omassa kodissa voi olla myös asiakkaan keskittymistä häiritseviä tekijöitä, kuten esimerkiksi soiva ovikello ja perheenjäsenten läsnäolo. Kokemukseni mukaan etävastaanotto sisältää kuitenkin pääasias- sa hyvän mahdollisuuden keskittymiseen ja läsnäoloon.

Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa

Koska kaikki haluavat olla terveitä, ihmisillä on sisimmässään motivaatio edistää terveyttään. Käytännössä tämä ei kuitenkaan aina johda tarvittaviin toimenpiteisiin. Yleensä ihmiset eivät halua, että joku toinen ohjeistaa heitä. Ohje ”Teidän pitäisi lopettaa tupakanpolto” herättää yleensä vastarintaa ja taivuttelu yleensä jopa pahentaa tilannetta. Motivaatiota on mahdollista herätellä kommunikaatiolla, jossa asiakkaalla on mahdollisuus olla oman tilanteensa asiantuntija. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Sisäinen oman elämäntilanteen asiantuntijuus oli tutkimuksessani osalle asiakkaista hyvin selkeää, heillä oli vahva käsitys siitä mitä he halusivat tavoitella ja erityisesti siitä mitä tavoitteen saavuttaminen tuottaa heidän elämäänsä. Sisäinen oman tilanteen asiantuntijuus tuli esille myös lipsahdus-tilanteessa, jolloin asiakas oli palannut vanhoihin toimintatapoihin. Lipsahduksen jälkeen vahva sisäinen oman tilanteen asiantuntijuus, sai jatkamaan, kun asiakas oli toiminut muutaman päivän tai viikonkin vastoin alkuperäisiä ajatuksiaan ja tavoitteitaan. Mielestäni asiakkaan sisäinen oman tilanteen asiantuntijuus viestii usein myös siitä, että asiakkaalla on aiemmassa elämänvaiheessa ollut vastaaventyypisiä kokemuksia, jotka hän on ratkaissut onnistuneesti. Ratkaisukeskeisessä filosofiassa ollaan erityisen kiinnostuneita aiemmista onnistuneista ratkaisuun ja tavoitteeseen johtaneista tilanteista.

Keskustelussa motivaatiosta törmätään usein perinteiseen näkemykseen, että motivaatio on asiakkaan sisällä sijaitseva ominaisuus, kuin jokin aivojen lokero, jota joko on tai ei ole. Asiakas voidaan leimata vailla motivaatioita olevaksi, mikäli hän ei toimi kuten oletetaan. Hänestä voidaan helposti jopa sanoa, että hänellä ei ole motivaatiota. Hyödyllisempi näkökulma motivaatioon syntyy, kun ajatellaan että motivaatio sijaitsee ikään kuin asiakkaan ja asian välillä. Ihminen on aina suhteessa asioihin ja motivaatio vaihtelee muun muassa sen mukaan, kuinka hyödyllisenä tai kiinnostavana tavoitteena olevaa asiaa asiakas pitää. (Hirvihuhta ym. 2011, 34.)

Havaitsin käytännössä Polku-ohjelman aikana, että kun ajattelen motivaation sijaitsevan asian ja asiakkaan välillä mahdollistui ratkaisukeskeisyyden peruslähestymistavan hyödyntäminen ja kysymyksenasettelu: Miten olet toiminut aiemmin saavuttaaksesi tavoitteen? mikä toimii sinulla parhaiten?

Tavoitteen kiinnostavuus, tavoitteen saavuttamisen todennäköisyys ja tekemisen ilo vaikuttavat motivaatioon ja motivoitumiseen (Hirvihuhta, Litovaara 2011, 33.) Tekemisen ilo, tavoitteen saavuttamisen todennäköisyys ja tavoitteen kiinnostavuus johtavat siis motivaation syntymiseen asiakkaan ja asian väliin. Tämän jälkeen motivaation tulee saada aikaan valintoja ja toimintaa asiakkaan arjessa. Käytännössä olen havainnut, että mikäli motivaatio ei johda käytännön toimenpiteisiin, alkaa tavoitteen saavuttamisen todennäköisyys heiketä ja motivaatio laskea. Tavoitteen saavuttaminen liittyy vahvasti siihen liittyviin valintoihin ja toimintaan. Tavoitteen saavuttamisen todennäköisyyttä selvitetään Hirvihuhtan ja Litovaaran (2011) mukaan kysymyksillä, kuten:

- Milloin olet onnistunut jossakin vastaavassa tekemisessä kuin tämä x?
- Miten sait sen silloin aikaan? Mitä niistä tiedoista voit käyttää nyt?
- Ketkä ovat sitä mieltä, että pystyt tähän?
- Mitä ominaisuuksia ja kykyjä sinulla on, jotka auttavat x:n tekemisessä?

Kysymysesimerkit ovat suuntaa antavia ja kysymyksen asettelu on vastaanottotilanteessa enemmän keskustelun- ja haastattelunomaista, kuin kuulustelevaa! Tavoitteen saavuttamisen lisäksi myös tavoitteen henkilökohtainen kiinnostavuus on tärkeää. Tavoitteen on kokemukseni mukaan oltava tavoitteen asettajalle itselleen henkilökohtaisesti tärkeä, jotta motivaatio syntyy tavoitteena olevan asian ja asiakkaan välille.

Henkilökohtainen kiinnostus tavoitetta kohtaan syntyy yleensä siitä, että tavoite on asiakkaan henkilökohtaiseen elämään liittyvä. Usein nämä liittyvät elämän perusasioihin ja tarpeisiin, kuten terveydentilaan, fyysiseen kuntoon, ihmissuhteiden lähentymiseen ja ystävyyden tai rakkauden kokemiseen, itsetunnon kohenemiseen ja itsetuntemuksen lisääntymiseen. Kokemukseni mukaan asiakkaan toisessa vaakakupissa on usein edellä mainittuja tavoitteita ja toisessa vaakakupissa oma henkilökohtainen ikäviin tuloksiin johtava toimintatapa, josta halutaan luopua, osittain tai kokonaan.

Tavoitteen kiinnostavuus ylläpitää asiakkaan motivaatiota, kun työmäärä tavoitteen saavuttamiseksi selkeytyy. Kokemukseni mukaan tavoitteen asettamisen vaiheessa asiakkaalla ei useinkaan ole realistista käsitystä siitä, kuinka suuren toimintatapojen muutoksen ja työmäärän tavoitteen saavuttaminen vaatii. Tavoitteen saavuttamiseksi ihminen joutuu usein

menemään henkilökohtaiselle epämukavuusalueelleen toistuvasti. Tavoitteen kiinnostavuutta voidaan arvioida Hirvihuhdan ym. (2011, 34) mukaan kysymyksillä, kuten:

- Mitä hyötyä sinulle olisi, jos päättäisit tehdä asian x?
- Mitä mahdollisuuksia x:n toteuttamisesta olisi sinulle tulevaisuudessa?
- Mitä tämä tulevaisuuden hyöty merkitsee sinulle?

Tekemisen ilo on elämäntapamuutoksiin tähtäävässä ohjauksessa käsitykseni mukaan vähemmän huomioitu näkökulma. Asiakas voi asettaa itselleen tavoitteita ja ennakoida siihen liittyvän epämukavuusalueelle menemisen. Mutta kun tavoitteen muuttaminen toiminnaksi alkaa, havaitsee asiakas usein, että tavoitteeseen liittyvä toiminta on työlästä ja epämukavaa. Usein asiakas joutuu elämäntapamuutoksiin liittyen kieltäytymään aiemmin mieleiseksi kokemistaan asioista saavuttaakseen tavoitteensa. Asiakas tarvitsee tukea tässä vaiheessa löytääkseen vaihtoehtoja entisille toimintatavoilleen ja mennäkseen epämukavuusalueelle yhä uudelleen ja uudelleen. Vähitellen asiakas yleensä huomaa, että epämukavuusalue muuttuu tekemisen ilon ja hyvinvoinnin lisääntymisen kautta mukavuusalueeksi. Tämä havainto puolestaan lisää motivaatiota asiakkaan ja tavoitteen välillä.

Tekemisen ilo ja ilon tiedostaminen liittyvät mielestäni läsnäoloon tässä hetkessä. Tekemisen ilo mahdollistaa tavoitteen saavuttamisen juuri sen vuoksi, että asiakas ei kovin pitkään jaksaa toimia tavoitteensuuntaisesti, mikäli tavoitetta kohti eteneminen sisältää pelkäämistä tai epämukavaa tekemistä. Läsnäolo ja tekemisen ilo siirtävät asiakkaan fokuksen käsillä olevaan hetkeen, pois tavoitteesta. Tavoitteen miettiminen ja tavoittelu on usein hyvin paljon tunteisiin ja toimintatapoihin liittyvää toimintaa, kun taas läsnäolo liittyy aisteihin ja tunteisiin käsillä olevassa hetkessä. Asiakas ei yleensä jaksaa tavoitella koko ajan tavoitetta, sillä tavoite muuttaa elämäntapoja voi usein tuntua asiakkaasta ensi-innostuksen jälkeen liian suurelta haasteelta. Tekemisen ilo mahdollistaa asiakkaassa tavoitteeseen liittyvän luovan puolen esiintulon ja asiakas alkaa oivaltaa uusia toimintatapoja saavuttaa tavoite. Uudet toimintatavat auttavat asiakasta pitämään yllä tavoitetilaa myöhemmissä elämänvaiheissaan jolloin tavoite on saavutettu. Tekemisen iloon liittyviä kysymyksiä ovat Hirvihuhdan ym. (2011, 35) mukaan:

- Missä määrin voit vaikuttaa siihen mitä teet?
- Millaista on parhaimmillaan edetä kohti tavoitetta x?
- Mitkä osavaiheet siinä ovat kiinnostavia, tai vähiten ikäviä? Miksi?

Hirvihuhta ym. toteaa, että vaikka yhtälön kolmesta osatekijästä kaksi olisi lähellä nollaa, voi yhdenkin osatekijän osuus auttaa ihmistä jatkamaan. (Hirvihuhta ym. 2011, 34–35.) Asteikolla voidaan kysyä muun muassa motivaation vahvuutta. Perinteinen ratkaisukeskeisyys käytti usein kuvitteellista asteikkoa 1-10, mutta asteikko voi olla mikä tahansa. Taustalla on periaate siitä, että asiat eivät ole ”joko tai” luonteisia vaan sisältävät monia näkökulmia, jotka tulee saada esiin. Nopeimmin tämä saadaan esille asteikkokysymyksen avulla. (Hirvihuhta ym. 2011, 107.)

Kokemukseni on osoittanut, että yhden motivaatioon liittyvän tekijän ollessa lähellä nollaa, esimerkiksi asteikkokysymyksellä mitattuna, on kyseiseen kohtaan hyvä paneutua, jotta se ei vaikuta muihin osa-alueisiin. Asteikkokysymys antaa numeraalista tietoa nykyhetkestä ja mahdollistaa jatkokysymyksen asettelulla tiedonsaannin siitä, mitä asiakkaan mielestä olisi hyvä tehdä seuraavaksi tai vaihtoehtoisesti minkä tekemisen asiakas voisi jättää vähemmälle saavuttaakseen tavoitteensa.

Tavoitteisiin ja mielikuviin liittyen ihmiselämä voidaan mieltää liikkeeksi kohti jotain tavoitemielikuvaa tai liikkeeksi jostakin mielikuvasta pois. Elämäntapamuutoksiin liittyen on tyypillistä, että asiakkaalla on kahdenlaisia keskenään kilpailevia tavoitteita. Yhtäältä asiakas voi haluta kokea aiempaan elämäntapaansa liittyvää mielihyvää ja toisaalta välttää kyseisen mielikuvan mukanaan tuomia haittoja ja syyllisyydentunteita tai päästä irti koko aiemmasta toimintatavasta. Tällaisten tavoiteristiriitojen ratkaiseminen ja punnusten siirtäminen muutosta vastustavalta puolelta sitä tukevalle puolelle auttaa ihmistä sitoutumaan muutokseen ja ryhtymään toimeen sen aikaansaamiseksi. (Koski-Jännes 2008, 8.)

Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu ei ole tarkka suomennos lähestymistavan alkuperäisestä englanninkielisestä nimestä. Suomennos voisi olla myös motivaatioita selvittelevä haastattelu tai motivoiva keskustelu. (Koski-Jännes 2008, 12.) Motivoiva haastattelu sanana johtaa helposti tilanteeseen, jossa toinen haastattelee ja toinen vastaa. Näin kävi myös minulle tutkimuksen alussa. Motivoiva keskustelu on mielestäni osuvampi ilmaus menetelmälle, jossa on kysymys jaetusta asiantuntijuudesta asiakkaan ja hoitajan välillä. Haastattelusana ei mielestäni sovi esimerkiksi siihen tarkoitukseen, mihin esimerkiksi Koski-Jännes (2008) on ajatellut pyrittävän: Motivoivalla haastattelulla pyritään tukemaan positiivisia muutoksia, joiden alkuperä on asiakkaan omissa tarpeissa ja arvomaailmassa. (Koski-Jännes 2008, 12.) Arvot ohjaavat asiakkaita valintojen tekemistä ja saavat tekemään päätöksiä. Asiakkaan arvot ovat asiakkaan henkilökohtaisia käsityksiä siitä mikä

on asiakkaan mielestä tavoittelemisen arvoista. Asiakkaan arvoja kuvastaa se miten hän arvostaa asioita. Arvot selkeytyvät yleensä kysymyksillä, kuten mikä sinulle on tärkeää? ja mikä elämässä on tärkeää? (Katajainen ym.2004, 124.) Kokemukseni mukaan arvojen tarkastelu asiakkaan kanssa vaikuttaa suuresti motivaation syntymiseen asiakkaan ja tavoitteen välillä. Kun asiakas esimerkiksi tarkastelee sitä, mikä hänelle on tärkeää ja mikä verran hän käytännössä käyttää aikaa siihen, mikä hänelle on tärkeää, tapahtuu usein arjen aikataulujen uudelleen järjestelyä. Asiakkaan arvojen kirkastuminen hänelle itselleen vaikuttaa suoraan tavoitteeseen liittyvään toimintaan ja toiminnan määrään.

Koski-Jänneksen (2008, 22) mukaan tutkimus on osoittanut, että motivaatiota vahvistavat lähestymistavat lisäävät hoitoon osallistumista ja myönteisiä hoitotuloksia. Aiemmin asiakkaille annettiin saman standardin mukainen hoito, olipa heidän riippuvuutensa vaikeusaste mikä tahansa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että myönteiset hoitotulokset liittyvät joustaviin ohjelmiin ja ne keskittyvät asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Motivoivat lähestymistavat korostavat asiakkaan valinnan vapautta ja henkilökohtaista vastuuta muutoksesta, myös hoitojärjestelmän ulkopuolella. Motivoivaa haastattelua koskevilla tutkimuksilla on suunnattu huomio menetelmän toimivuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Terapeutin empatian keskeisyys on tullut esiin useissa tutkimuksissa (mt., 57). Empatia on myötäelämistä. Empaattinen ihminen myötäelää asiakkaan tunteissa. (Vilkko-Riihelä 2003, 704.)

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat:

- empatian ilmaiseminen
- ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan henkilökohtaisten arvojen välisen ristiriidan voimistaminen ja suuntaaminen kohti muutosta
- väittelyn välttäminen
- asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen.

Empatian on todettu vaikuttavan terapian tuloksellisuuteen monilla ongelma-alueilla. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitaja todella kuuntelee asiakasta, pyrkii ymmärtämään asiakkaan näkökulmaa ja eläytyy asiakkaan tunteisiin ja tilanteeseen. (Koski-Jännes 2008, 46.)

Hoitajan empaattinen läsnäolo mahdollistaa asiakkaalle turvallisen läsnäolon vastaanotolla, tämä onnistuu myös etävastaanotolla. Empaattinen läsnäolo puolestaan mahdollistaa asiakkaalle huonoihin lopputuloksiin johtavien toimintatapojen rehellisen tarkastelun. Empaattinen lähestymistapa on mielestäni välttämätön edellytys etenkin ensimmäisten vastaanotokertojen aikana, jolloin asiakas vielä tunnustelee hoitajan luotettavuutta.

Asiakkailla on usein tai jopa aina kokemuksia hylätyksi tulemisesta, ohiteuksi tulemisesta ja asiakkaan yläpuolelle sijoittuvasta asiantuntijuudesta. Empaattinen tukeminen pettymyksen hetkinä johtaa myös hoitosuhteen jatkumiseen lipsahduksen jälkeen. Tuomitseva ja jyrkkä suhtautuminen voi saada asiakkaan palaamaan aiempaan toimintatapaan lähes poikkeuksetta. Luottamuksen synnyttyä on kokemukseni mukaan mahdollista nostaa esiin nykytilan ja tavoitetilan välillä olevaa toimintatapojen näkyvää ristiriitaa. Ristiriidan näkyväksi tulo puolestaan johtaa asiakkaan pohtimaan siitä, miten hän todella toimii ja onko toimintatapa asiakkaan omien arvojen mukaista.

Koski-Jännes (2008) pitää motivoivan haastattelun henkeä tärkeämpänä kuin sen tekniikoita. Motivoivan haastattelun henkeä kuvastaa keskeisellä tavalla ajatus muutosvalmiuden olemisesta ihmisessä itsessään, hoitajan osa on kutsua tämä muutosvalmius esille. Motivoivan haastattelun henkeä luonnehtivat täten yhteistyö ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Yhteistyö hoitajan ja asiakkaan välillä edellyttää osapuolten tasa-arvoisuutta ja vastavuoroisuutta. Motivoivassa haastattelussa ajatellaan, että hoitaja on paremminkin asiakkaan yhteistyökumppani kuin neuvonantaja tai asiantuntija. Yhteistyökumppanina hoitaja pitää asiakkaan fokuksen käsiteltävässä asiassa. Yhteistyösuhdetta edistää hoitajan ystävällinen, kiinnostunut ja arvostava tapa toimia. (Koski-Jännes 2008, 45.)

Motivoivan haastattelun periaatteiden ja hengen toteuttaminen edellyttää hoitajalta vuorovaikutuksen taitoja, kuten vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu ja tiivistäminen. Vahvistamisella tuetaan asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta tunnistamalla ja nimeämällä asiakkaan vahvuuksia. Avoimet kysymykset puolestaan kutsuvat asiakkaan kertomaan tarkemmin omasta tilanteestaan. Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, joihin kysyjä ei tiedä vastausta etukäteen. Avointen kysymysten tarkoituksena on kutsua esille asiakkaan ajattelua. Heijastavalla kuuntelulla hoitaja pyrkii sanoittamaan ääneen kuulemaansa, jotta voi tarkistaa, onko ymmärtänyt asiakkaan kertoman oikein. Heijastava kuuntelu auttaa asiakasta tunnistamaan tunteitaan, ajatuksiaan ja toimintatapojaan. Heijastava kuuntelu auttaa myös tunnistamaan voimavaroja ja määrittelemään tavoitteita. (Koski-Jännes 2008, 50–52.)

Ratkaisukeskeisyys

Ratkaisukeskeisellä lähestymistavalla tarkoitetaan tietynlaista asennetta ongelmallisiksi määriteltyihin tilanteisiin. Ratkaisukeskeisyydellä pyritään nimensä mukaisesti ratkaisuihin, tavoitteiden ja päämäärien löytymiseen. Kaikkiin ongelmiin ei luonnollisesti löydy ratkaisua, mutta uusien näkö-

kulmien avulla voidaan saada aikaan muutostoiveita ja -tavoitteita, jotka kannustavat eteenpäin. Tulevaisuuteen suuntautuminen, toiveikkuuden ja voimavarojen etsiminen ja tukeminen kuuluvat olennaisesti tähän ajattelu-tapaan. (Katajainen ym. 2004, 14.)

Hirvihuhdan ym. (2011) mukaan ihmisillä on hallussaan se tieto, miten ongelmiksi nimetyissä asioissa tulisi edetä. He eivät kuitenkaan välttämättä tiedä tietävänsä. Aikaisemmat epäonnistuneet ratkaisuyritykset lukitsevat asiakkaiden ajattelua ja tuottavat toivottomuutta löytää keinoja jatkossa. Vaikeuksien esille tuominen sisältää aina kielteisesti sen, mitä ongelman sijaan halutaan. Ongelman kääntopuoli on toive muutoksesta tai jostain paremmasta kuin nykyinen. Ratkaisukeskeisten kysymys- ja keskustelutapojen avulla voidaan auttaa asiakasta saamaan ideoita ja ratkaisukeinoja esille. (Hirvihuhda ym. 2011, 15.) Kokemukseni mukaan vaikeuksista puhuminen ja ongelmien korostaminen sisältävät erityisesti yhteistyösuhteen alussa runsaasti tietoa siitä, mitä asiakas ei halua jatkossa. Kun asiakas on saanut purkaa mieltään, on mahdollista keskittyä siihen, mitä asiakas toivoo ongelmien tai ongelmiksi laskemiensa asioiden tilalle. Tässä vaiheessa on hyvä viivytellä, jotta asiakas saa aikaa pohtia ristiriitaa nykytilanteen ja tavoitetilän välillä. Elämäntapamuutokseen liittyvä motivaatio syntyy asiakkaan ja tavoitteen välille, kun asiakas havaitsee itse ristiriidan nykytilan ja arvojen välillä, sekä määrittelee elämäntapamuutokseen liittyvän tavoitteen.

Asiakkailla liittyä yleensä tavoitteenasettamisen hetkellä ajatus nopeasta ja vaivattomasta etenemisestä kohti tavoitetta. Usein ensimmäinen pieni virhe voi lähes kaataa koko projektin. Täten kysymys ”Mikä voi mennä pieleen?” on aiheellinen etävastaanotolla tavoitteen laatimisen yhteydessä. Kysymys on yksinkertainen ja sen avulla on helppo kartoittaa karikkoja. Jatkokysymys ”Miten toimit sen jälkeen?” saa aikaan toimintasuunnitelman pohdintaa. Lipsahduksiin varautuminen voi olla esimerkiksi sitä, että kirjoittaa etukäteen paperille asioita, joita on hyvä tehdä, kun kohtaa vaikeuksia ja haasteita.

Olen havainnut käytännössä, että elämäntapamuutoksiin liittyen asiakkaat haluavat nopeita tuloksia. Samalla asiakas mielessään sivuuttaa työ määrän, joka on tehtävä, jotta esimerkiksi uudet toimintatavat tulevat luonnolliseksi osaksi arkipäivää. Uusien toimintatapojen opetteluun liittyä useimmiten muutama paluu menneisyyden toimintatapoihin; lipsahdus. Elämäntapamuutokseen liittyvän Polku-ohjelman aikana ohjasin asiakkaita varautumaan lipsahduksiin (epäonnistumisiin, virheisiin ja erehdyksiin) ja ajatukseen siitä, että tavoitteeseen eteneminen jatkuu lipsahduksesta huolimatta.

Perinteisesti hankaluuksiin suhtaudutaan Katajaisen ym. (2004, 18) mukaan lineaarisella syy-seurausmallilla. Tämä tarkoittaa pääasiassa sitä, että etsitään syytä esille tulleeseen ongelmaan. On asioita ja tapahtumia,

joissa on hyvä löytää syy ja korjata se, mutta se toimii parhaiten teknisissä asioissa, kuten esimerkiksi auton korjaamisessa. Inhimillisissä tai ihmisten välisissä ongelmissa syiden etsimisestä syntyy yleensä syyttelyä ja syyllisyyttä, vaikka se ei olisi tarkoituskaan. Tuloksellisempi tapa on pyrkiä tavoitekierteeseen, jossa toivottu tilanne ja edistysaskeleet sitä kohti innostavat eteenpäin.

Katajaisen ym. (2004) esittämä malli tavoitekierteestä syy-seuraussuhteiden sijaan, soveltuu mielestäni etävastaanotolle ja Polku-ohjelmaan erinomaisesti. Mielestäni asiakastyössä ei kuitenkaan tule syrjäyttää täysin asiakkaan luonnollista tarvetta puhua myös syy-seurausmallilla siitä mitä on tapahtunut ja mihin se on johtanut asiakkaan elämässä. Syy-seurausmalli on useimmille asiakkaille entuudestaan totuttu ajattelutapa ja täten asiakas voi hämmentyä ja tulla jopa ohitetuksi, mikäli hoitajana pysyttävyn pelkästään tavoitekierte näkökulmassa. Tällöin voi mielestäni vaarantua myös asiakaslähtöinen yhteistyö.

Tutkimuksen asiakasaineisto

Asiakasaineisto käsillä olevaan tutkimukseen valikoitui marraskuussa 2012 siten, että otin yhteyttä lokakuussa valmentaja Ilkka Koppelomäkeen kertoen tutkimushankkeestani. Koppelomäki on viiden vuoden ajan toiminut NLP valmentajana ja ihmisten innostajana eri puolella suomea kursseilla ja tapahtumissa. Koppelomäki lähettää viikoittain viikkokirjeen asiakkailleen ja tähän viikkokirjeeseen hän liitti esitteen tutkimushankkeestani. Sain yhteensä 40 yhteydenottoa, joista 17 ensimmäistä pääsi mukaan hankkeeseen. En siis valikoinut asiakkaita millään perusteella. Ainoa vaatimus oli, että asiakkaalla on halu pohtia ja asettaa jokin elämäntapoihin liittyvä tavoite ja aloittaa ohjauksessa elämäntaparemontti.

Asiakasaineisto koostui ympäri Suomea asuvista perusterveistä työikäisistä miehistä ja naisista. Asiakkaat olivat poikkeuksetta kiinnostuneita hyvinvoinnista ja hyvinvointiin johtavista tekijöistä. Suurin osa koki kuitenkin, että pelkkä tieto hyvinvointiin johtavista tekijöistä ei välttämättä saa heitä toimimaan siten, kuin tieto edellyttäisi heidän toimivan. Asiakasaineisto koostui suhteellisen tottuneista tietokoneen ja internetverkon käyttäjistä. Pienelle osalle Skype-ohjelma oli vieras, mutta helpon käytettävyyden ansiosta hekin oppivat sen nopeasti. Yleensä perheen nuori tai tietokoneisiin enemmän perehtynyt henkilö auttoi alkuun.

Etävastaanotot

Tutkimukseen liittyvät etävastaanotot alkoivat marraskuun alussa toteutuen asiakaslähtöisesti viikon tai parin välein, asiakkaan toiveita noudattaen. Osa asiakkaista toivoi ohjausta etävastaanottojen muodossa pidemmälle aikavälille tavoitteena saada pidemmän aikavälin ohjausta tueksi tavoitteeseen etenemiseen. Ensimmäinen etävastaanottoaika sovittiin pääasiassa sähköpostitse. Myöhemmät ajat sovittiin aina etävastaanoton päätteeksi. Mikäli sovittua aikaa oli tarve vaihtaa, se tapahtui tekstiviestillä tai sähköpostitse.

Etävastaanotot sisälsivät toistuvasti samat elementit, kuten:

- mitä sinulle kuuluu?
- miten on mennyt tai mitä on tapahtunut edellisen etävastaanoton jälkeen?
- kotitehtävien läpikäymisen (osalla oli joka kerta kotitehtäviä, osalla yksittäisiä)
- päivän ”teeman” ja seuraavan ajan sopimisen.

Etävastaanottojen runko, Polku-ohjelma, sisälsi joustavasti ja asiakaslähtöisesti seuraavat etapit:

- alkuhaastattelu ja tavoitetilan määrittely / -pohdinta
- nykytilan ja tavoitetilan ero, ristiriita
- tavoitetilan hyötyjen konkretisointi, lipsahduksiin varautuminen
- haitallisten ja hyödyllisten toimintatapojen tunnistaminen, voimavarat
- motivaatio ja ajankäyttö oman elämän tärkeisiin asioihin
- tunteiden tuki tavoitteen saavuttamisessa
- unelmat, palautekeskustelu ja Polku-ohjelman päätepysäkki.

Tiedostin, aloittaessani Polku-ohjelmaa, että asiakkaat tulevat tutustumaan itseensä uudella tavalla ohjelman aikana. Asiakkaat saivat ohjauksessa siirtyä ajattelemaan elämäänsä uusista näkökulmista. Useille asiakkaille Polku-ohjelma oli ensimmäinen kerta jolloin he pysähtyivät tarkastelemaan esimerkiksi ajankäyttöään, sisäistä puhettaan ja ristiriitaa tavoitteiden ja toiminnan välillä.

Ensimmäinen etävastaanotto sisälsi tavoitteen pohdintaa, aiempien vastaavien tavoitteiden toteutumisen kartoitusta, onnistuneiden kokemusten mielenpalauttamista, asteikkokysymyksiä, ongelmien ulkoistamista ja haasteiden ennakoimista. Ensimmäinen etävastaanotto loi mielestäni pohjaa ja runkoa seuraaville etävastaanoille. Halu muutokseen ja tavoitetta

kohti etenemiseen oli poikkeuksetta suuri ensimmäisen etävastaanoton jälkeen. Ensimmäisen etävastaanoton lopuksi informoin asiakkaita Polku-ohjelmaan liittyvistä periaatteista, opinnoistani, käsillä olevasta tutkimuksesta ja viimeisellä kerralla tapahtuvasta palautekeskustelusta. Ensimmäinen etävastaanotto oli asiakassuhteen luomista ja luottamuksen siemenen kylvämistä.

Toinen etävastaanotto sisälsi keskustelua edellisellä kerralla esiin nousseista aiheista. Osa asiakkaista työsti aiheeseen liittyviä pohdinta- ja kotitehtäviä etävastaanottojen välillä. Täten läpikävimme kotitehtävien tekemiseen liittyviä mietteitä ja havaintoja. Kuulumisten ja kotitehtävien läpikäymisen jälkeen toinen etävastaanotto eteni nykytilan ja tavoitetilan eroavaisuuksien tarkasteluun. Tämän tarkastelun tavoitteena oli herätellä asiakasta havaitsemaan ristiriita nykyisten toimintatapojen ja tavoitetilaan liittyvien toimintatapojen välillä. Osa havaitsi suuria eroja tavoitetilan toimintatavoissa verrattuna nykyisiin toimintatapoihin, osalla puolestaan ero ei ollut kovinkaan merkittävä. Jo toisella etävastaanotolla osa asiakkaista otti puheeksi havaintonsa siitä suuresta työmäärästä joka tavoitteeseen etenemiseen liittyy. Osalla asiakkaista osa-tavoitteetkin olivat osoittautuneet epärealistisen suuriksi. Toisella etävastaanotolla pysähdyttiin pohtimaan pienimpiä mahdollisia askeleita jotka aikanaan johtavat tavoitteeseen.

Kolmannella etävastaanotolla aiheena oli tavoitetilan hyötyjen konkretisointi, näihin paneuduttiin kuulumisten läpikäymisen jälkeen. Tavoitetilan hyötyjen konkretisoimiseen liittyi myös ”lipsahduksen ehkäisy” ja mahdollisen lipsahduksen jälkeen palaaminen tavoitteen mukaiseen toimintatapaan. Pohdimme tämän etävastaanoton aikana lipsahduksia ja ennakoimme mahdollisten lipsahduksen jälkeistä aikaa pohtimalla niitä konkreettisia toiminta- ja ajattelutapoja joita asiakas tarvitsee, jotta aiempiin toimintatapoihin palaaminen jäisi pelkäksi lipsahdukseksi ja muodostuisi samalla oppimiskokemukseksi. Tämän vastaanoton aikana havaitsin ilokseni, että suurin osa asiakkaista koki täysin luonnollisena ja elämään kuuluvana sen, että tietyissä tilanteissa voi tapahtua lipsahdus. Pakkomielteisiä ja armottomia ”pakko onnistua kerralla” ajatuksia ei tullut esiin.

Neljännellä etävastaanotolla siirryimme kuulumisten jälkeen pohtimaan toimintatapoja tilanteessa, jossa asiakas toimii niin kuin parhaimmillaan voi toimia. Tämä etävastaanotto sisälsi myös voimavarojen kartoittamisen nykytilassa ja arvioinnin siitä, mitä asiakas tarvitsee tulevaisuudessa. Neljännellä tapaamisella oli asiakasyhteistyö jo niin vakaalla pohjalla, että osa asiakkaista halusi keskustella täysin alkuperäisestä tavoitteesta poikkeavista asioista. Nämä keskustelut olivat mielestäni mahdollista käydä Polku-ohjelman puitteissa, sillä etävastaanottojen oli tarkoitus olla asiakaslähtöisiä ja vastata asiakkaiden omiin tarpeisiin.

Viides tapaaminen sisälsi ajankäytön pohdintaa ja arvotyöskentelyä. Tämä osoittautui usein asiakkaiden kohdalla erityisen merkitykselliseksi.

Tämän etävastaanoton aikana ohjasin asiakkaita pohtimaan minkä verran he käytännössä käyttivät aikaansa tavoitteeksi asettamaansa asiaan. Mielestäni ajankäyttö liittyi konkreettisesti siihen, kuinka tavoitteeksi asetettu asia elää nykyhetkessä toimintatapoina eikä vain kaukaisissa haaveissa. Tämän etävastaanoton aikana asiakkaalle konkretisoitui se mihin hän käytti aikaansa. Useimmilla asiakkailla tulos oli se, että ”melko vähän” tai ”ei ollenkaan” aikaa siihen minkä asiakas oli asettanut tavoitteekseen. Toki huomioitavaa on se käytännön tosiasia, että useimmilla tämä etävastaanotto toteutui juuri joulun alla. Joulunalusaika herätti suuriakin ristiriitaisia tunteita ja elämään liittyvää pohdintaa. Asiakkaat saivat tehtäväksi miettiä ja hankkia itselleen joululahjan, joka kannustaa ja tukee uusiin toimintatapoihin. Lahja tuli paketoitua kauniisti, liittyy siihen käyttöohje ja avata se joulun aikana yksin tai toisten läsnä ollessa.

Kuudes tapaaminen sisälsi sisäisen puheen ja tunteiden tarkastelua, tämä oli ylivoimaisesti haastavin, mutta antoisin etävastaanotto suurimmalle osalle asiakkaista. Sisäinen puheen tunnistaminen herätti asiakkaat miettimään sisäisiä toimintatapoihin liittyviä ajatuksiaan ja uskomuksiaan. Uskomuksethan johtavat yleensä niihin ajattelumalleihin, jotka ohjaavat toimintatapoja. Sisäisen puheen sekä tunteiden tunnistaminen oli pysäyttävä kokemus, joka sai asiakkaat pohtimaan sitä, mitä he päivästä toiseen miettivät itsestään ja toimintatavoistaan. Sisäisen puheen tunnistaminen vaati vahvaa läsnäoloa tässä hetkessä ja itseen keskittymistä. Tiedostin entistä syvemmin näiden kuudensien etävastaanottojen ajanjakson aikana sen, että ihmisillä ylipäätään on vaikeuksia tässä kaiken informaatiotulvan ja suurten sisäisten että ulkoisten vaatimusten maailmassa havaita omia sisäisiä tarpeita ja sisäistä puhettaan.

Seitsemäs ja samalla viimeinen etävastaanotto sisälsi Polku-ohjelman aikana esiin tulleiden asioiden kertausta ja unelmien pohdintaa. Osalla unelmat liittyivät alkuperäisen tavoitteen tarkasteluun ja osalla oli jo jatkotavoitteita mietittynä. Seitsemäs ja viimeinen etävastaanotto sijoittui osalla asiakkaista uudenvuoden tienoolle ja osalla asiakkaista helmikuun loppuun riippuen etävastaanottojen toteutumistiheydestä. Seitsemän etävastaanoton sarja kesti joka tapauksessa viikkojen ajan ja asiakkaiden elämässä ehti tapahtua pieniä ja suuria muutoksia näiden viikkojen aikana. Havaitsin viimeisellä etävastaanotolla, että ohjaussuhde ja luottamus olivat kasvaneet vähitellen tiiviiksi. Viimeisellä kerralla keräsin palautetta Polku-ohjelmasta, kuten olin ensimmäisellä etävastaanotolla kertonut tekeväni.

Tulokset

Polku-ohjelma herätti mielenkiintoa viikkokirjeen lukijoissa. Sain 40 yhteydenottoa. Valitsin 17 ensimmäiseksi yhteyttä ottanutta henkilöä. Muita

valintakriteereitä en käyttänyt. Täten on mahdollista, että mukana tutkimuksessa oli uusista asioista nopeasti innostuva ja aktiivinen joukko asiakkaita, joille Skype-ohjelman opettelu ja käyttö eivät olleet ongelma. Polku-ohjelman aloittaneista keskeytti vain kaksi, ensimmäinen kahden kerran jälkeen ja toinen viidennen kerran jälkeen. Koko Polku-ohjelman läpikäyneitä asiakkaita oli täten 15.

Vastaanottomuotona etävastaanotto oli erityisen mieluinen kiireisille ja stressaantuneille asiakkaille sillä heillä oli suhteellisen helppo sijoittaa se arjen rutiinien keskelle. Lähes jokainen sanoi palautekeskustelussa saaneensa etävastaanottojen aikana uusia työkaluja elämäänsä. Myös Polku-ohjelman kestoa arvioitiin hyväksi. Tärkeimmiksi osa-alueiksi suullisissa palautteissa nousi keskustelu ja tunneyhteys sekä tuki tavoitteeseen etenemiseen. Asiakkaat arvioivat etävastaanoton kautta tapahtuneen elämäntapaohjauksen ja tuen soveltuvuuden:

- huonoksi 0/15
- melko hyväksi 5/15
- hyväksi 10/15.

Osa arvioi etävastaanottojen soveltuvuutta todella hyväksi, mutta sitä saraketta ei ollut palautekaavakkeessa ja täten sijoitin myös nämä arviot hyväksi ryhmään.

Etävastaanotot toteutuivat pääsääntöisesti Skype-ohjelman kautta. Osa koki kuvayhteyden puuttumisen (yhteysongelmien vuoksi) yllättäen myönteisenä. Asiakkaiden oli helpompi keskittyä, kun ei ollut näköyhteyttä. Teknisistä ongelmista yhteysongelmat olivat tyypillisimpiä. Nämä johtuivat yleensä mobiiliyhteyden (mökkula) ominaisuuksista. Skype-yhteyden ja puhelinyhteyden toimivuutta asiakkaat arvioivat:

- huonoksi 0/15
- melko hyväksi 5/15
- hyväksi 10/15.

Polku-ohjelman kehittämisalueeksi nousi toive omasta työkirjasta, jota voisi työstää ennen ja jälkeen etävastaanoton. Työkirja voisi sisältää lähtökohdat, tavoitteet, haasteet, toimintasuunnitelman, pohdintatehtävät ja tilaa muistiinpanoille.

Eettiset näkökulmat asiakasvalinnassa ja etävastaanotolla

Asiakasvalinta tapahtui siis Koppelomäen ”Uskalla innostua” viikkokirjeen kautta. En ole tavannut Koppelomäkeä koskaan henkilökohtaisesti. Täten

hän otti pienen riskin suositellessaan Polku-ohjelmaani asiakkailleen. Yhteydenottoja tuli viikkokirjeen ilmestyttyä yhteensä 40, asiakkaaksi tutkimukseen valikoitu 17 ensimmäiseksi minuun yhteyttä ottanutta henkilöä. Kun viikko-kirje herätti suuren mielenkiinnon Polku-ohjelmaani kohtaan, koin velvollisuudekseni ottaa mukaan niin monta asiakasta kuin ajattelin voivani ehtiä vastaanottaa. Kun valitsin valintakriteeriksi ensimmäiseksi yhteyttä ottaneet asiakkaat on mahdollista, että tapahtui asiakasvalintaa siten, että innokkaimmat, aktiivisimmat ja nopeimmat viikkokirjeen lukijat olivat mukana Polku-ohjelmassa. Tämä puolestaan saattoi johtaa siihen, että Polku-ohjelman keskeyttämisprosentti oli varsin pieni (kaksi asiakasta keskeytti) useimmille kiireellisestä vuodenajasta huolimatta.

Minulla oli ennakko-oletus siitä, että tutkimushenkilöiden mukaan saaminen on haastavaa tai jopa mahdotonta. Olin täten päätenyt siihen, että todennäköisesti saan mukaan korkeintaan 5 henkilöä. Toinen ennakko-oletukseni liittyi siihen, että tutkimuksissa on yleensä korkea keskeyttämisprosentti. Tämä tausta ajatus johti osaksi siihen, että uskalsin ottaa niin monta asiakasta tutkimukseen mukaan.

Asiakastapaamiset toteutuivat siten, että käytin etävastaanoton aikana niin sanottua kuulokkeita ja niihin liitettyä mikrofonia. Täten olin ainoa, joka kuulin asiakkaan puheen, mikäli huoneessa sattui käymään joku ulkopuolinen henkilö. Toteutin etävastaanotot vapaa-ajallani kotoani käsin. Painotin aina kotona ennen etävastaanoton alkua etävastaanoton yksityisyyden luonnetta. Kiinnitin myös erityistä huomiota asiakirjahallintoon ja tietokoneeni suojaukseen koko hankkeen ajan. Sosiaaliturvatunnuksia tai osoitteita en kysynyt asiakkailta missään Polku-ohjelman vaiheessa. Tein tietoisin valinnan, että kirjaan ainoastaan asiakkaan nimen, Skype-nimen ja puhelinnumeron, mutta en muita asiakastietoja. Puhelinnumeron tarvitsin vain sen vuoksi, että mikäli Skype-yhteys katkeaa, on minulla mahdollisuus soittaa ja jatkaa etävastaanottoa puhelimitse.

Menetelmien eettiset näkökulmat

Mielestäni motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen ohjaus ovat hyvin asiakaslähtöisiä menetelmiä ja pitävät täten sisällään sen eettisen näkökulman, että asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Terveystieteiden huollossa hoitajalla on helposti ammattinsa ja koulutuksensa puolesta, myös asiakkaan mielestä hallussa se tieto, jolla asiakkaan elämäntapoihin liittyvät muutokset tulisi toteuttaa. Sehän olisi käytännössä ollut neuvontaa jota Polku-ohjelma ei ollut. Motivoivassa haastattelussa ja ratkaisukeskeisessä viitekehysessä puolestaan ajatellaan hoitajaa ja asiakasta yhteistyökumppaneina. Täten nämä olivat mielestäni oikeat viitekehukset etävastaanoton toimintaperiaatteiksi.

Katajainen ym. (2004, 124) viittaavat arvo-sanaan etiikan yhteydessä. He toteavat, että pidämme asiakasta hyvänä ihmisenä, kun hän omaksuu ja toimii arvojemme mukaisesti. Tätä eettistä ansaa halusin välttää koko hankkeen ajan. Asiakkaan toimintatavat ja identiteetti ovat mielestäni pidettävä erillisinä asioina. Aidolla asiakaslähtöisellä ohjauksella, joka liittyy olennaisesti motivoivaan haastatteluun ja ratkaisukeskeisyyteen edellä mainittuun ansaan lankeamisen vaara voidaan mielestäni minimoida.

Tutkimuksen ja Polku-ohjelman eettiset näkökulmat

Pohdin ennen tämän tutkimuksen aloittamista mahdollisia ongelmatilanteita. Mietin saanko mukaan asiakkaita ja pysyvätkö he mukana tutkimuksessa. Koin luonnollisesti epävarmuutta sillä olen sairaanhoitaja, en tutkija. Pohdin myös asiakasvalintaa ja siihen liittyviä yksityiskohtia. En halunnut astua minkään hoitavan tahon varpaille. Halusin kunnioittaa mahdollisia olemassa olevia rakenteita asiakkaiden elämässä. Etävastaanottojen tarkoitus oli tukea asiakasta elämäntapamuutoksessa, ei korvata asiakkaan elämässä olevia valmiita tukirakenteita, kuten mahdollista terapiaa. Pohdin ennen tutkimushankkeeseen ryhtymistä myös sitä mahdollisuutta, että kun lähdän asiakkaan kanssa tarkastelemaan hänen elämäänsä ja elämäntapojaan, niin väistämättä ollaan herkällä alueella ja voi syntyä tarvetta pitempi-aikaiseen tukeen. Päädyin täten ennen Polku-ohjelman aloittamista siihen, että mikäli joku asiakas tarvitsee tiiviimpää ja pidempikestoista tukea ja apua elämäntapaohjaukseensa, niin tuen ja motivoin häntä hakeutumaan avun ja tuen piiriin omalla paikkakunnalla. Tämä varautuminen osoittautui kuitenkin turhaksi. Polku-ohjelma oli viitteellinen runko asiakaslähtöiselle ohjaukselle. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että aiheet ja syyt etävastaanotolle tulemiseen olivat moninaiset, mutta Polku-ohjelma mukaantui siihen. Vastaanottojen tiheys, pituus ja sisältö pohjautuivat asiakkaan tarpeisiin.

Pohdintaa

Valitsin aiheen tähän tutkimukseen puhtaasti oman mielenkiintoni pohjalta. Halusin tutkia etävastaanoton käytettävyyttä elämäntapaohjauksen tukena meneillään olevien päihdetyön moniammatillisten etäopintojen innoittamana. Ajattelin opintojen lähestyessä loppuaan, että etävastaanotto voisi olla teknisesti mahdollista toteuttaa. Tutustuttuani tarkemmin Skype-ohjelmaan ja eettisiin reunaehtoihini uskalsin ryhtyä hankkeeseen. Valitsin tutkimukseen aiheeksi elämäntapaohjauksen ratkaisukeskeisessä viitekehityksessä. Halusin viedä käytäntöön koulutuksen aikana oppimia-

ni ratkaisukeskeisiä tekniikoita. Olin toki opiskellut jo aiemmin ratkaisukeskeistä kuvataideterapiaa, NLP:tä ja käynyt motivoivan haastattelun koulutuksen. Peruskoulutukseltani olen psykiatria- ja sisätautikirurgiaan suuntautunut sairaanhoitaja. Mielenkiintoni elämäntapaohjaukseen lisäsi se, että olen ohjannut muun muassa painonhallintaan ja stressinhallintaan liittyviä kursseja ja ryhmiä. Yhdistin siis tässä tutkimushankkeessa kaksi mielenkiintoisena pitämääni asiaa; etävastaanoton ja elämäntapaohjauksen. Mielestäni ratkaisukeskeinen viitekehys oli oikea lähestymistapa elämäntapamuutosten ohjaukseen etävastaanotolla ja olen edelleen samaa mieltä. Ratkaisukeskeinen viitekehys ei vastoin ehkä yleistä käsitystä ole ”nami-nami-ohjausta” eikä mielestäni hylkää sitä tosiasiaa, että elämäntapamuutokset vaativat asiakkailta sinnikästä ja kovaa työtä, sekä säännöllistä epämukavuusalueelle menoa. Huomioitavaa on, että etävastaanotto ei ole terapiaa, jossa käsitellään esimerkiksi lapsuudesta peräisin olevia traumoja, mutta lapsuutta ei myöskään jätetä huomiotta tärkeänä elämänvaiheena asiakkaan elämässä, mikäli asiakas haluaa siitä puhua.

Opin tutkimuksen aikana motivaatiosta ja motivoitumisesta runsaasti. Motivaatio on nykykäsitykseni mukaan tunnetila ja eteenpäin vievä moottori. Tavoitteen asettaminen ja motivaatio eivät riitä yksistään, lisäksi tarvitaan tavoitteenmukaisten valintojen tekemistä ja käytännön toimintaa. Haaveilu, unelmointi ja tavoitteen asettaminen auttavat laatimaan toimintasuunnitelman joka ohjaa tavoitteenmukaisten valintojen tekemiseen. Niin sanottujen oikeiden valintojen tekemiseen asiakas tarvitsee motivaatiota. Motivaatioon liittyvä myönteinen tunnetila saa asiakkaan toimimaan. Kun asiakas oivaltaa, että arjessa tapahtuvat valinnat ja käytännön toiminta ovat ainoa tie ja keino saada aikaan haluttuja tuloksia alkaa hän kestää pieniä vastoinkäymisiä ja niin sanottuja lipsahduksia. Useinhan on niin, että asiakas ei tavoitetta asettaessaan huomioi sitä, että välillä tavoitetta kohti eteneminen vaatii ikävääkin työtä ja valintojen tekemistä. Asiakkaiden on yhä uudelleen todettava, että elämäntapamuutokset vaativat runsaasti konkreettista toimintaa.

Luonnollinen sisäinen käsitykseni siitä, että tavoitteen toteuttaminen alkaa nykyhetkestä ja nykyhetken toiminnasta vahvistui tutkimuksen aikana. Olen aiemminkin havainnut, että mielekäs tekeminen ja läsnäolo tekemisessä ovat merkittäviä tekijöitä tavoitteen saavuttamisessa. Mikäli fokus on jatkuvasti tulevaisuuden tavoitteessa, tai poispyrkimyksessä jostakin entisestä, voi asiakkaan motivaatio sammua. Usein tarvitaan läsnäoloa ja tekemisen iloa eteenpäin pyrkimisen sijaan. Läsnäolo ja tekemisen ilo ovat mielestäni merkittäviä motivaation rakentumiselle yhä uudelleen ja uudelleen. Vaativathan elämäntapoihin liittyvät muutokset suuresti uudelleenjärjestelyjä, usein jopa koko elämässä.

Elämäntapamuutoksiin ja tunteisiin liittyen olen havainnut käytännössä, että mikäli kaikki tai suurin osa uuteen elämäntapaan liittyvistä asioista

on asiakkaalle vastenmielisiä, niin tavoitteeseen etenemiseen liittyvä käytännön arjen toiminta päättyy nopeasti. Motivaation kadottua asiakkaan ja tekemisen väliltä asiakas palaa helposti entisiin tuttuihin toimintatapoihin, eli asiakas retkahtaa. Retkahduksista puhun edelleen mieluummin oppimiskokemuksina tai lipsahduksina. Lipsahduksiin liittyy yleensä runsaasti tunteita, kuten syyllisyyttä, epäonnistumisen tunnetta ja häpeää. Nämä tunteet eivät yleensä auta asiakasta elämäntapamuutoksessa ja juuri näissä kohdissa asiakas tarvitsee ohjausta ja tukea.

Tutkimuksen aikana havahduin myös siihen tosiasiaan, että avoimien kysymysten esittäminen asiakaslähtöisesti oikeaan aikaan voi johtaa merkittäviin näkökulman vaihdoksiin. Asiakas voi niin sanottujen M-kysymysten seurauksena oivaltaa näkökulman muuttuessa jonkin asian, johon hän ei ole aiemmin kiinnittänyt huomiota. Näkökulman siirtyminen vajavuuksista vahvuuksiin asiakas voi löytää uusia toimintatapoja ja ongelmanratkaisukeinoja. Usein on niin, että asiakas ei ole koskaan aiemmin keskustellut todenteolla vahvuuksistaan vaan fokus on ollut pääsääntöisesti puutteissa ja epäonnistumisissa.

Opin tutkimushankkeen aikana, että etävastaanottoon liittyvä tekniikka, yleensä internetyhteys, voi aika ajoin pettää. Näissä tapauksissa oli mahdollista jatkaa etävastaanottoa esimerkiksi puhelimitse. Luonnollisesti keskeytykset harmittivat asiakasta, sekä minua, mutta yksikään vastaanotto ei keskeytynyt ja jäänyt täysin kesken yhteyksiin liittyvien teknisten ongelmien vuoksi. Palautteiden mukaan Skype-yhteyden ja puhelinyhteyden toimivuutta arvioitiin huonoksi 0/15, melko hyväksi 5/15 ja hyväksi 10/15. Tästä voinen päätellä, että etävastaanottojen tekninen puoli toimi tässä tutkimuksessa varsin hyvin, vaikka parannettavaa vielä on. Tiedostin, että ongelmat johtuivat pääasiassa mobiiliyhteyden (mökkulan) ominaisuuksista, joko omalla tai asiakkaan tietokoneella. Tässä tutkimuksessa tuli osoitettua se, että harvakseltaan esiintyvät ongelmat olivat voitettavissa ja etävastaanotto oli käytännöllinen vaihtoehto fyysiselle vastaanotolle elämäntapa muutosten ohjauksessa. Tutkimuksessa kävi selkeästi ilmi, että kuvayhteys ei ole välttämättömyys vaan voi olla jopa asiakasta vapauttava asia. Asiakkaat arvioivat etävastaanoton kautta tapahtuneen elämäntapaohjauksen ja tuen soveltuvuuden huonoksi 0/15, melko hyväksi 5/15 ja hyväksi 10/15. Tulos on mielestäni osoitus etävastaanoton toimivuudesta.

Havaitsin tutkimuksen aikana Polku -ohjelmarunkoni käytännölliseksi elämäntapamuutosten tukemiseen, vaikka muutamalle tutkimukseen osallistuneelle laatimani ohjelma oli mielestäni ainakin alkuun hieman liian kevyt. Useimmille Polku-ohjelmassa oli toki haastetta riittävästi, mutta jatkossa haluan, että minulla on tarjota haastetta ja uusia ratkaisukeskeisiä menetelmiä myös heille, jotka ovat jo paljon käyneet kursseja ja tutustuneet itseensä pintaa syvemältä. Innokkaana kehittäjänä olen nyt muokannut jokaista Polku-ohjelman osa-aluetta entistä monipuolisemmaksi. Lisäksi

olen tehnyt Polku-ohjelmaan liittyvän asiakastyökirjan. Valmistun syksyllä ratkaisukeskeisessä viitekehyksessä toimivaksi kuvataideterapeutiksi ja Polku-ohjelma sisältää jatkossa runsaasti myös luovia menetelmiä.

Käsillä oleva tutkimushanke on ollut asiakaslähtöinen ja ilman asiakkaita se ei olisi toteutunut, täten olen todella kiitollinen jokaisen Polku-ohjelmaan osallistuneen panoksesta tutkimukseeni. Suuret kiitokset kuuluvat myös Koppelomäen Ilkalle tutkimushankkeen esittelystä viikkokirjeessä. Polku -ohjelmaan osallistuneet saivat käsillä olevan raportin luettavakseen ennen sen lopullista palautusta yliopistolle. Lopuksi voin todeta, että sain tutkimuksen aikana vastauksen tutkimuksen lähtökohdaksi asettamaani kysymykseen: onko etävastaanotto käyttökelpoinen toimintatapa elämäntapaohjauksessa? Kyllä se on.

Lähteet

- Google gmail, Hangout. Lainattu 25.2.2013 osoitteessa: https://docs.google.com/document/d/1_T7e_yC_z_f4eP3ov0WZmoH7YLOv-qSBhMpe1oZC_d8/edit?pli=1
- Hirvihulta, H. & Litovaara, A. 2011: Ratkaisun taito. Hansaprint Oy.
- Kaajainen, A. & Lipponen, K. & Litovaara, A. 2004: Voimavarat käyttöön. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Koski-Jännes, A. & Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008: Kohti muutosta Motiivintimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. Ohjaus- tuttu mutta epäselvä käsite. Lainattu 1.4.2013 osoitteessa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Lainattu 25.2.2013 osoitteessa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seho0147
- Nikurautio, R. Skypeä sytylle. VoIP sovellukset etäterveydenhuollossa. 2007. Lainattu 25.2.2013 osoitteessa: http://www.oamk.fi/toolbox/fileuploads/Opinaytetyo_Nikurautio.pdf
- Okkonen, J. 2010: Omahoitoseminaari – omahoidon työkaluja, apuvälineitä ja tukimenetelmiä. Lainattu 9.1.2013 osoitteessa: http://www.sosiaalikallega.fi/tervelappi/ammattilaiset-ja_kuntapaattajat/koulutusta/omahoitoseminaari-17-11.2010/Omahoitoseminaari_171110_Okkonen.pdf
- Turku, R. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 2007. Lainattu 1.4.2013 osoitteessa: <http://www.pienipaatospaivassa.fi/muutoksen-tukiportaat>
- Vilkko-Riihelä, A. 2003: Psykye, Psykologian Käsikirja. WS Bookwell, Porvoo.
- Vuononvirta, T. 2011: Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostossa. Oulun Yliopisto.

21 Akupunktio päihdetyössä - Korva-akupunktio hoitomenetelmänä

Saija Joki-Erkkilä ja Saija Kujala

Artikkeli kuvaa kiinalaisen lääketieteen ajattelua ja akupunktiota sekä korva-akupunktion käyttöä hoitomenetelmänä päihdetyössä. Kirjoittajat ovat suorittaneet Nadan korva-akupunktio mielenterveys- ja päihdetyössä -koulutuksen ja aloittaneet korva-akupunktioryhmät Kalajoen kaupungin mielenterveys- ja päihdetyöyksikössä. Akupunktioryhmän myötä he ovat saaneet sekä hyviä tuloksia että hyvää palautetta asiakkailta. Artikkelissa luodaan katsaus myös korva-akupunktiosta käytöstä tehtyihin tutkimuksiin, joita ei menetelmän käytön yleistymisestä huolimatta ole tehty laajalti.

Korva-akupunktiota opiskellessamme ihastuimme kiinalaiseen lääketieteseen, koska se auttaa ymmärtämään syvällisesti kuinka keho toimii ja on yhteydessä ympäristöönsä. Muuttamalla tapojamme tai käyttämällä tiettyjä hoitoja on mahdollista korjata epäsäännöllisyyksiä terveydentilassa ja yleensäkin vahvistaa itseämme kokonaisuutena. Juuri tässä piilee kiinalaisen lääketieteen kauneus. Ymmärtääksemme kiinalaista lääketiedettä meidän on ensin perehdyttävä sen keskeisiin käsitteisiin. (Gascoigne 2001, 7.)

Ajattelepa korva-akupunktion vaikutusmekanismin minkä ”filosofian” pohjalta vain, me olemme saaneet todistaa sen vaikuttavuutta työssämme. Akupunktion vaikutusmekanismia on pystytty jonkin verran tieteellisestikin todistamaan ja monien akupunktiosta apua saaneiden ihmisten kokemukset puhuvat myös puolestaan. Mielestämme tieteellisen todistelun rinnalla voisi käyttää intialaisen munkki Swami Arvindialin lääkäri ja akupunktuuristi Jaakko Laitiselle (1996, 51) antamaa vastausta parantavan voiman olemuksesta: ”Kun uskoo, kaikki on totta. Ja kaikki, mikä on totta, on voimaa”.

Kiinalaisen lääketieteen perustan muodostaa taolainen käsitys ihmisen rakenteesta, olemuksesta ja paikasta kaikkeudessa. Koko hoitofilosofian pohjana on pyrkimys saavuttaa sisäinen ja ulkoinen tasapaino. Vain tämän

tasapainon kautta ihminen voi säilyä terveenä. Taolainen filosofia suosittelee hyvettä ihanteellisena tapana vaurauden, pitkäikäisyyden ja kuolematomuuden saavuttamiseksi. Hyveellä tarkoitettiin elämää sopusoinnussa luonnon ja kaikkien asioiden kanssa. Tämä läheinen suhde luontoon on toinen hyvin tärkeä piirre, joka on tunnusomainen kiinalaisten tavalle suhtautua terveyteen ja lääketieteeseen, ja se on nähtävissä varsinkin myöhemmin esittelemässämme Viiden elementin teoriassa ja Yinin ja Yangin vaikutuksen tärkeydessä.

Kiinalainen lääketiede sisältää useita hoitomenetelmiä, joista akupunktuuri on yrttien ohella yksi vaikuttavimmista hoitokeinoista. Viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana länsimaiset ihmiset ovat alkaneet ajatella terveyttä ja sairautta erilailla kuin aikaisemmin. Ihmisten ryhtyessä ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään he ovat tutustuneet paremmin erilaisiin hoitojärjestelmiin, kuten kiinalaiseen lääketieteeseen, joka paremminkin sisältää kuin sulkee pois ihmisen oman aktiivisen osallistumisen hoitoonsa. Kiinalainen lääketiede on aina liittynyt ensisijaisesti terveyden ylläpitämiseen, ei vain sairauksien ja huonon terveyden hoitamiseen. Tänä päivänä kiinalainen lääketiede on elävä lääketieteen ala, jolla on paljon annettavaa terveydenhuollollemme. (Gascoigne 2001, 7.)

Qi

Kiinalaisen lääketieteen edustajat lähtevät siitä, että ruumis, sielu ja mieli muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. Jotta tämä kokonaisuus voisi ”toimia” häiriöttä on tärkeää, että elämänenergia voi virrata ihmisesä vapaasti. Elämänenergiasta käytetään nimeä Qi. Väljästi käännettynä se on energia; länsimaisessa ajattelussa sille ei ole tarkkaa vastinetta. Qi saa tietyn muodon tietyssä paikassa tiettyinä aikoina. Se, mitä normaalisti ymmärrämme kiinteällä fyysisellä rakenteella, ei ole muuta kuin energian tiivistymistä. Kiinalaisissa opetuksissa sanotaan, että ”Qin kerääntyessä muodostuu fyysinen keho ja Qin hajotessa keho kuolee”. Qi on elämän voima, josta fyysinen keho on riippuvainen. (Chang 2010, 23.)

Kiinalaisessa lääketieteessä ihmisen terveyden katsotaan riippuvan kolmesta tekijästä: Qin ja Veren tasaisesta virtaamisesta, Qin ja Veren hyvästä laadusta ja elinten oikeasta toiminnasta. Koska Qitä pidetään elinvoimana, kehon elimet tulee hahmottaa Qin näkökulmasta. Tämän ymmärtämiseksi länsimaisille kielille käännettyissä kiinalaisen lääketieteen teksteissä elimet ja tiettyihin prosesseihin tai kokonaisuuksiin viittaavat termit kirjoitetaan aina isolla alkukirjaimella. Tällä tavoin voidaan erottaa kiinalaisen lääketieteen koko energiakäsitys perinteisen länsimaisen lääketieteen fyysisistä elimistä. Elintä verrataan pikemminkin tiettyyn toimintakokonaisuuteen

kuin vain fyysiseen rakenteeseen. Kiinalaisessa lääketieteessä esimerkiksi Munuaiset eivät ole pelkästään kaksi fyysistä elintä alavatsassa, vaan ne ovat yleinen toiminta-alue, johon kuuluvat alaselkä, lantio ja synnytyselimet sekä polvet ja luut. Se myös tukee kaikkien muiden elinten energiaa. (Gascoigne 2001, 20.)

Yin ja Yang

Qin eli elämänenergian ohella varsinkin Yinin ja Yangin vuorovaikutuksella on tärkeä osa perinteisessä kiinalaisessa lääketieteessä. Akupunktuurissa-kin kyse on ensisijaisesti vastakkaisten energioiden Yinin ja Yangin tasapainottamisesta ja niiden harmonian palauttamisesta. Qi energia voi virrata esteittä meridiaanien läpi vain silloin kun Yin ja Yang ovat tasapainossa. (Chang 2010, 23.)

Kiinalainen lääketiede perustuu suurelta osin näihin kahteen käsitteeseen, jotka kietoutuvat läheisesti toisiinsa. Kiinalaisen näkemyksen mukaan joitain osia niistä sisältyy kaikkeen olevaan. Terveessä kehossa Yinin ja Yangin välinen suhde vaihtelee kokoajan. Esimerkiksi liikunta lisää Yangia, kun taas lepo sisätiloissa lisää Yiniä. Nämä kaksi energiaa myöskin sopeutuvat muuttuviin tarpeisiin ja vaihtelevat määräänsä sen mukaan. Kiinalaiset kutsuvat tätä ilmiötä ”keskinäiseksi säätelämiseksi”, toinen toisensa kontrolloimiseksi. Ihmisen sairastuessa tämä keskinäinen kontrolli pettää ja Yin tai Yang ryöstäytyy hallinnasta. (Ody 2006, 10.)

Meille länsimaisen ajattelun omaaville Yin ja Yang käsitteiden ymmärtämistä voi helpottaa niiden käsittely toisistaan erillisinä. Yangia kuvataan joskus länsimaissa ”maskuliinisemmaksi” aspektiksi, johon liittyy liike, voima, ylöspäin suuntautuvuus ja aktiivisuus. Yiniin taas liitetään perinteisesti feminiinisiä arvoja kuten staattisuus, hauraus, sisäänpäin katsominen ja passiivisuus. Tämä on melko keinotekoinen jaottelu, sillä Yin ja Yang ovat samanarvoisia ja niitä molempia löytyy kaikesta olevaisesta. (Ody 2006, 10.) Asian havainnollistamiseksi otetaan esimerkiksi voima: ”Kun lyödään naula seinään, tarvitaan voimaa, Yangia. Mutta lihasvoima yksin ei riitä. Voi vaikka kuinka yrittää raa`alla voimalla (Yang) työntää naulaa seinään, eikä siitä tule mitään. Saadaksemme voimaa, on pakko vetäytyä (Yin), eli viedä vasara kauemmas ja vasta sen jälkeen lyödä (Yang). Ilman Yiniä ei voi olla Yangia, voimaa. Yin ja Yang ovat erilaisia, mutta yhtä voimakkaita.” (Juselius 2006, 13.)

Jos jotakin Yinin tai Yangin puolta korostetaan toisen kustannuksella, epätasapaino on todennäköinen. Länsimaissa on usein tapana painottaa Yangisia ominaisuuksia, kuten tehokkuutta, toimintaa ja saavutuksia. Kun näitä asioita tavoitellaan ilman vastaanottavuuden ja rauhoittumisen tuot-

tamaa Yin-ominaisuuksien tasapainoa, syntyy aggressiivisuutta, materialismia sekä taipumusta kontrolloimattomaan kiivaaseen käyttäytymiseen. Kiinalaisen sanonnan mukaan Yang ilman Yiniä on kuin hevonen ilman ohjaksia, ja Yin ilman Yangia kylmä ja onneton. (Gascoigne 2001, 19.)

Yinin ja Yangin viisi periaatetta:

1. Kaikki olemassa oleva voidaan jakaa Yiniin ja Yangiin
2. Yin ja Yang ovat toistensa vastakohtia
3. Yin ja Yang ovat riippuvaisia toisistaan
4. Yinin ja Yangin suhde muuttuu koko ajan
5. Tietyissä oloissa Yin voi muuttua Yangiksi ja toisin päin.

Taulukko 1. Yin/Yang vertailua

Nainen	Mies
Yö	Päivä
Passiivinen	Aktiivinen
Maa	Taivas
Vasen	Oikea
Materia	Energia
Supistuminen	Laajentuminen
Kylmyys	Kuumuus

Taulukko 2. Yin/Yang patologiaa

Haluton	Hyperaktiivinen
Krooninen sairaus	Akuutti sairaus
Hiljainen	Kovaääninen
Unelias	Uneton
Kalpeat kasvot	Punaiset kasvot
Hiljainen puheääni	Kova puheääni
Tyhjä pulssi	Täysi pulssi
Löysä uloste	Ummetus

Viisi elementtiä

Edellä esitetty Yinin ja Yangin kaksinaisuus ei yksinään riitä selittämään ihmillisen kokemuksen täydellisyyttä. Varhaiset kiinalaiset ajattelijat tarkkailivat vuodenaikojen vaihtumista ja vähitellen he havaitsivat niissä tietynlaisen mallin. Näistä havainnoista kehittyi malli, joka nyt tunnetaan viiden vaiheen tai viiden elementin mallina. Tämän ajattelun seurauksena kehittyi monimutkainen ”viitosten sarja”: viisi vuodenaikaa, viisi ilmansuuntaa, viisi väriä, viisi kiinteää sisäelintä, viisi tunnetilaa, viisi makua, viisi ääntä, viisi hajua ja niin edelleen. (Ody 2006, 12.)

Yinin ja Yangin kaksinaisuus voidaan näin ollen laajentaa neljään elementtiin, jotka vastaavat neljää vuodenaikaa. Jokainen vuodenaika edustaa tietynlaista energiaa, ja kiinalaisessa lääketieteessä vuodenaikoja pidetään elementeistä muodostuvina seuraavasti: Puu (kevät), Tuli (kesä), Metall

(syksy) sekä Vesi (talvi). Lisäksi on myös keskivaihe Maa (myöhäiskesä), joka muodostaa viidennen elementin. Jokainen viidestä elementistä liittyy johonkin elimeen ja kehon alueeseen sekä ympärillä olevan maailman aspekteihin. Siten on mahdollista saavuttaa ymmärrys henkilön energiasta ja sen suhteesta luonnolliseen ympäristöön. Viisi tärkeintä kehon toimintaa ja toimintoja valvovaa elintä ovat Sydän, Keuhkot, Perna, Maksa ja Munuaiset. Näistä viidestä kiinteästä sisäelimestä käytetään nimitystä Zang-elimet. Fyysisten funktioiden lisäksi nämä elimet liittyvät tunteisiin ja henkisiin tekijöihin. Jokaisella kiinteällä elimellä on parinaan ontto elin eli ”suoli”, johon se on yhteydessä meridiaanien kautta. Näitä viittä onttoa elintä kutsutaan Fu-elimiksi, joita ovat Ohutsuoli, Mahalaukku, Paksusuoli, Virtsarakko ja Sappirakko. Näistä jokainen muodostaa Zang Fu-parin vastaavan kiinteän elimen kanssa. (Gascoigne 2003, 30–31; Ody 2006, 14,18.)

Kiinalaisessa lääketieteessä jokainen elementti kontrolloi yhtä Yin-kanavaa ja Zang-elintä sekä yhtä Yang-kanavaa ja Fu-elintä paitsi Tuli kahta. Viisi elementtiä ovat osa maailmankaikkeuden rytmiä, joka ilmenee lyhyinä tai pitkinä sykleinä. Oma hengityksemme on esimerkki lyhyestä syklistä. Pitempi sykli on esimerkiksi vuoden kulku, jossa esimerkiksi tunteet nousevat voimakkaasti pintaan keväällä ja vetäytyvät syksyllä. Pitempi sykli on myös koko ihmiselämä syntymästä kuolemaan. (Hallenberg 2009, 90-91.)

Terveenä pysymisen edellytys on, että ihminen sopeutuu kulloinkin kässillä olevaan muutoksen vaiheeseen, oli kyseessä sitten vuorokaudenaika, vuodenaika tai ikäkausi. Esimerkiksi ravinnolla voidaan vaikuttaa kehon elinvoimaan eli Qihin lisäämällä joko viilentävää Yiniä tai lämmittävää Yangia vuodenajasta riippuen. Sisäelimet ovat alttiita sairastumaan juuri omana vuodenaikanaan, ja myös tietty tunnetila saa siihen liitetyn elimen herkemmin pois tasapainosta. (Hallenberg 2009,98.)

Taulukko 3. Viiden elementin vastaavuuksien sarja (Alakahri 2012, 11.)

	PUU	TULI	MAA	METALLI	VESI
Ilmansuunta	Itä	Etelä	Keskusta	Länsi	Pohjoinen
Vuodenaika	Kevät	Kesä	Myöhäiskesä	Syksy	Talvi
Säätekijä	Tuuli	Kuumuus	Kosteus	Kuivuus	Kylmyys
Väri	Vihreä	Punainen	Keltainen	Valkoinen	Musta
Maku	Hapan	Karvas	Makea	Kirpeä	Suolainen
Yin-sisäelin	Maksa	Sydän	Mahalaukku	Keuhkot	Munuaiset
Yang-sisäelin	Sappirakko	Ohutsuoli	Perna	Paksusuoli	Virtsarakko
Aistinelin	Silmät, näkö	Kieli, maku	Suu, tunto	Nenä, haju	Korva, kuulo

Kudos	Jätteet, kynnet	Verisuonet	Lihakset	Iho	Luut, hampaat
Haju	Härskiintynyt	Palanut	Hyvät tuoksut	Pistävä	Mätä
Psyyk. aspekti.	Hun	Shen	Yi	Po	Zhi
Tunne	Viha	Ilo	Mietteliäisyys, huolet	Suru	Pelko
Äänet	Huuto	Nauru	Laulu	Nyyhkytys	Voihkiminen

Meridiaanit

Energia kanavat, joita kutsutaan ranskalaisittain myös Meridiaaneiksi, yhdistävät elimiä ja jäseniä sekä välittävät Qi-energiaa ja informaatiota kehon osasta toiseen. Kanavilla ei ole vastaavuutta länsimaisessa lääketieteessä eikä niitä voi ulkoisesti havaita. Säännöllisiä pääenergiakanavia on kaksi-toista, ja ne sijaitsevat symmetrisesti kehon molemmilla puolilla, vaikka akupunktuurikartoissa on yleensä selvyiden vuoksi esitettykin vain toinen puoli. Ne jaetaan Yin- ja Yang-kanaviin: Yin kanavat kulkevat pääosin kehon Yin-osissa eli pitkin raajojen sisälaitaa ja vatsaa, Yang-kanavat taas pitkin raajojen ulkolaitaa ja selkää. Energiakanavat risteilevät ja polveilevat verisuonten tapaan välillä kulki kehon sisällä, välillä nousten pintaan. Kaikki energiakanavat päättyvät raajojen ulommaisiin kohtiin, sormiin tai varpaisiin paitsi Munuaiskanava, joka alkaa jalkapohjasta. (Hallenberg 2009, 82.)

Lisäksi on kahdeksan ylimääräistä kanavaa eli merkillistä suonta, joista tärkeimmät ovat kehon keskilinjaa pitkin etupuolella kulkeva Ren Mai eli hedelmöittävä suoni sekä selkärankaa pitkin kulkeva Du Mai eli hallitseva suoni. Muita merkillisiä suonia ovat Dai Mai eli vyösuoni, joka kiertää vyön tavoin vartalon keskikohdan ja yhdistää sitä risteäviä kanavia, sekä viisi muuta suonta. Jokaisella kahdellatoista päämeridiaanilla on kollateraali-kanava, Perna-meridiaanilla niitä on kaksi. Lisäksi kahdella tärkeimmällä Merkillisellä meridiaanilla Ren Mailla ja Du Mailla on omat kollateraalisensa. Yhteenlaskettuina näitä pienempiä kanavia eli kollateraaleja on viisitoista ja ne lähtevät päämeridiaaneista yhdistäen kunkin Yin/Yang parin. (Ody 2006, 28–29.)

Jokainen kahdestatoista pääenergiakanavasta liittyy johonkin sisäelimeen, jonka mukaan se on nimetty, kuten Munuaiskanava, Sydänpussikanava ja niin edelleen. Kanavan vaikutus ei kuitenkaan rajoitu vain kyseiseen elimeen. Energiakanavat muodostavat elävän verkoston, jonka kautta kaikki kehon osat ovat jatkuvassa yhteydessä toisiinsa ja yhteisvoimin vastustavat ulkoisia taudinaiheuttajia. Ihminen on toisin sanoen jatkuvassa liikkeessä oleva energiajärjestelmä. Kanavilla sijaitsevien akupisteiden

määrä voi vaihdella paljonkin. Kaikkiaan akupisteitä pääkanavissa on yhteensä 361, joista terapeutit yleensä käyttävät noin 150:tä. Kaiken kaikkiaan pisteitä on yli 2000. Näiden akupisteiden katsotaan olevan kohtia, joissa meridiaanissa virtaava Qi tulee kehon pinnalle. Näiden pisteiden käsittely akupunktuurineuloilla vaikuttaa siten suoraan Qin virtaamiseen. Häiriö energiakanavan jossain osassa tai siihen liittyvässä sisäelimessä heijastuu koko kanavaan. Esimerkiksi sappirakon häiriö voi ilmetä päänsärkynä, koska Sappirakkokanava kulkee pään kautta. Päänsärky voi johtua myös siitä, että Qin kulku hartioissa Sappirakkokanavan kulkureitillä on tukkeutunut jännityksen tai patoutuneen kiukun takia. Kanavien tukoksia voidaan avata akupunktuurilla, jolloin saavutetaan terve tasapaino. Korva-akupunktiossa on käytettävissä 50 pistettä, jotka ovat yhteydessä kehon jokaiseen elimeen. (Andrews 2008, 90; Hallenberg 2009, 83; Ody 2006, 28–29.)

Vaikka Qi-energia onkin joka hetki kaikkialla, niin kanavaverkostossa rakentava YinQi kiertää siten, että tiettyinä kellonaikoina se keskittyy johonkin kohtaan kehossa. Koko kierto kestää vuorokauden. Akupunktuurissa säädellään tätä Qitä pyrkimällä tasapainoon: Kylmää lämmitetään, jähmettynyt saadaan liikkeelle, kiihtynyttä rauhoitetaan. Qin kierto alkaa keuhkoista aamu yöllä kello kolmen ja viiden välillä, ja energia kulkee kaikkien kahdentoista kanavan läpi päätyen Maksakanavaan, mistä se jälleen menee Keuhkoihin alkaakseen uuden kierron. (Hallenberg 2009, 83.)

Akupunktuuri

Sana akupunktio tarkoittaa neulan pistoa (lat. acus=neula, pungere=pistää). Akupunktuurin kotimaana voidaan hyvällä syyllä pitää Kiinaa. Akupunktuuri katsotaan kehittyneen Keltaisenjoen laaksossa tavasta, jossa sitä käytettiin lievittämään loukkaantumisten yhteydessä syntynyttä kipua painamalla kipualueen arimpia kohtia sormella ja myöhemmin kiven kulmalla. Kiviä on sittemmin hiottu teräväkärkisiksi kipupisteiden voimakkaampaa ja tarkempaa ärsytystä varten. Tämänkaltaisia kivisiä akupunktuurineuloja on löydetty jo neoliittiseltä ajalta olevien esineiden joukosta noin 7000–5000 vuotta ennen ajan laskumme alkua. Vanhimmat löydetyt neulat ovat olleet luisia. Ensimmäiset kirjalliset maininnat teräväksi hiottujen kivien kipuja lievittävästä vaikutuksista löytyvät kirjasta ”Shan Hai Ching” n. vuodelta 2700 eKr. (Hytönen 1997, 25; Pöntinen 1983,13.)

Akupunktuurin historia ulottuu siis varmuudella tuhansien vuosien taakse. Todistettavaa on, että akupunktuuria on harjoitettu ainakin 4000 vuoden ajan. Arviointia vaikeuttaa sen määrittäminen, milloin kipeän pisteen painaminen kivun helpottamiseksi sormella tai terävällä kivellä muuttuu akupunktuuriksi. Sitä hetkeä, jolloin perinteinen kiinalainen lääketiede

sai ensimmäisen alkeellisen tautioppinsa ja akupunktuuri muodon ja ideologian, on siis vaikea määrittää tarkasti.

Eurooppaan kiinalainen lääketiede tuli akupunktuurin muodossa jo 1600-luvulla Kiinassa lähetystyötä tehneiden jesuiittojen mukana. Tästä johtuu muun muassa Keski- ja Etelä-Euroopan laaja akupunktuurin käyttö. Akupunktitermin loi hollantilainen lääkäri Willem Ten Rhyne, joka toi akupunktion Eurooppaan vuonna 1683. 1800-luvulta lähtien akupunktio oli Euroopassa ja Yhdysvalloissa ylempien yhteiskuntapiirien harrastama muodikas hoitomuoto. Varsinaisen läpimurtonsa kiinalainen lääketiede kuitenkin teki vasta 1930-luvulla Ranskassa. Suomessa kiinnostus akupunktuuriin heräsi 1970-luvulla, mutta hyvin rajoitetussa, ”länsimaisessa” muodossa, lähinnä kivunlievitykseen käytettynä. (Pohjankyrö 1995, 75.) Akupunktiosta kivun hoidossa löytyy kuvia jo vuodelta 1958, niissä ihmiset hymyssä suin, muutama neula ihossaan, seurasivat rinta- tai vatsaontelonsa avaamista. Vuosina 1960–1980 Kiinassa tehtiin yli miljoona leikkausta akupunktuuri-anestesiolla. Tämä menestys toi akupunktuurin länsimaiden tietoon voimakkaammin kuin mikään muu sitä ennen, mutta loi myös käsityksen että akupunktuuri on ennen kaikkea kivunlievityskeino, nopeasti opittava ja yksinkertainen vaihtoehto aspiriinille tai nukutusaineelle. Onneksi kiinalaisen lääketieteen tuntemus on länsimaissa voimakkaasti kasvussa, ja sen arvokkaat menetelmät pääsevät siten vähitellen näyttämään täyden tehonsa. (Hytönen 1997,27.)

Nykyään maailman terveystyöjärjestö, WHO, suhtautuu myönteisesti akupunktuuria kohtaan ja etenkin sen toteuttamiseen perinteisessä muodossaan. WHO on luettellonut muun muassa yli 400 sairautta, joiden hoitoon akupunktio soveltuu. (Räsänen 2009, 131.) Suomessa akupunktiota on käytetty potilaiden hoitamiseen 1970-luvulta lähtien. Lääkintäviranomaiset ottivat ensimmäistä kertaa kantaa hoidon asemaan vuonna 1975, kun silloinen lääkintöhallitus yleiskirjeessään totesi akupunktion lääketieteelliseksi fysikaaliseksi hoitomenetelmäksi. (Pohjankyrö 1995, 64.) Akupunktiolääkäri Pauli Räsänen (2009, 73) ennustaa kirjassaan, akupunktio ylivoinainen vaihtoehtohoito, että akupunktion uusi aika on tulossa, halusipa koululääketiede sitä tai ei.

Korva-akupunktio

Korvasta löytyvät kaikkien kehon elinten heijastuspisteet ja niiden käyttöönotto Eurooppalaisessa akupunktuurissa 1950-luvulla luetaan suurimmaksi osaksi ranskalaisen tri Paul Nogierin ansioksi. Korva-akupunktio on hoitomuoto, jossa käsitellään neuloin korvalehden akupisteitä. Menetelmä on vuosisatoja vanha. Jo 100–200-luvulla eKr. idässä, Egyptissä ja Persias-

sa iskiasta hoidettiin tiettyjen korvaleden alueiden välityksellä. Vuodesta 1959 lähtien korva-akupunktiota on käytetty myös Kiinassa, etupäässä kipujen lievitykseen. (Ody 2006, 92.)

Nykyisin korva-akupunktiota käytetään menestyksellä monien funktionaalisten sairauksien, kipujen sekä alkoholi- ja nikotiiniriippuvuuden hoitoon. Kipujen hoidossa korva-akupunktion teho on huomattavasti parempi kuin tavallisen akupunktuurin. Menetelmän ehdottomia etuja ovat sen käytön yksinkertaisuus, laaja kliininen käyttöalue, sivuvaikutuksien puuttuminen sekä mahdollisuus vähentää huomattavasti lääkehoidon osuutta, joissain tapauksissa jopa kokonaan luopua siitä. Akuuttia kipua hoidetaan päivittäin tehtävällä käsittelyllä, kroonista kipua puolestaan jopa usean viikon välein. Hoitokertojen määrä vaihtelee neljästä tai viidestä kerrasta seitsemään tai kahdeksaan riippuen siitä, minkälainen teho saavutetaan ensimmäisillä kerroilla.

Kirsti Mikkosen (2011) mukaan korva-akupunktio on erityisen hyvä hoitomuoto seuraaviin sairauksiin/ vaivoihin: verenpaine, lihavuus (laihduksen tukihoidona), huume-, tupakka-, alkoholi- ja internetvieroitus, lasten anorexia, depressio, minihalvaus (TIA), prostatitis (eturauhasen liikakasvu), yökastelu, Niskakipu, jäykkä niska, vaihdevuodet, kantapäkipu, raajan haamukipu, fibroosi, sidekudostulehdus, päänsärky, aivotärähdyks, ruokatorventulehdus, raajojen punerruskipu, ihottuma, ihon kutiaminen ja akne

Edes nykyaikainen lääketiede ei kykene hoitamaan lääkkeillä kaikkia toimintahäiriöitä tai erilaisia kiputiloja. Kroonisista kivuista kärsivät joutuvat usein päivittäin nauttimaan kipulääkkeitä, jotka voivat vahingoittaa vatsaa ja suolistoa, aiheuttaa maksan toimintahäiriöitä tai riippuvuutta. Korva-akupunktion avulla voidaan näissä tapauksissa hoitaa monia ongelmia ilman lääkkeitä ja sivuvaikutuksia. (Hytönen 2010, 8.)

Akupunktioryhmäläiset kyselivät kovasti korva-akupunktion vaikutusmekanismeja ja ihmettelivät kuinka alkuperäisen ongelman ohella he olivat kokeneet saaneensa apua myös muihin vaivoihinsa. Enää ei riittänyt vain yleispätevä vastaus endorfiineista tai, että ”maksapiste nyt vain hoitaa myös esim. migreeniä tai pinnan kireyttä.” Huomasimme, että korva-akupunktiokoulutuksessa saamamme peruspohja kiinalaiseen lääketieteeseen kaipaasi vähän syventämistä, sillä länsimaisen ajattelun avulla ei oikein pystynyt näitä tapahtumia selittämään. Tämän työn synnyttämän materiaalin pohjalta toteutimme myös korva-akupunktioryhmämme asiakkaille pienen lehdisten, jossa annetaan tietoa korva-akupunktiosta lyhyesti, mutta sen syvintä olemusta ohittamatta.

Kiinalainen lääketieteen näkökulma päihteisiin

Kiinalaisen ajattelun mukaan alkoholi on sokeria, joka elimistössä muuttuu helposti Kosteudeksi. Alkoholi on myös energeettisesti Kuumaa, kuten muutkin päihteet. Kun Kosteuskin usein muuttuu Kuumuudeksi, runsaasti alkoholia juovalle kehittyä aikaa myöten Kuuma-Kostea-syndrooma. Kosteus näkyy alkuvaiheessa usein lihomisena, Kuumuus puolestaan kasvojen punakoitumisena, hikoiluna, janona, levottomuutena ja ärtyneisyytenä. Kiinalaisen lääketieteen kappaleessa esitetyn Qi-virtauksen pohjalta voimme käsittää kuinka alkoholin haitat leviävät ja vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmiseen, koska olemme jatkuvassa kiertokulussa oleva energiajärjestelmä.

Kun Kuumuus tunkeutuu syvemmälle ja alkaa vaurioittaa suuria sisäelimiä, tulee unettomuutta ja muita Sydämen oireita, ruokahalu katoaa ja alkoholisti alkaa ravita itseään vain alkoholilla. Mahalaukku-Perna vahingoittuvat eivätkä sitten enää tuota Qitä ja Verta. Maksan tuli alkaa riehua, mikä johtaa usein väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Munuaisten psyykinen aspekti on tahdonvoima, ja sitä alkoholi tietenkään kuluttaa, samalla kun se heikentää itse Munuaisia. Ja Maksan Yinin ja Munuaisten Yinin romahtaminen, jotka ilmenevät kuivumisena, uupumisena ja pelkotiloina, onkin se, mikä viimein saa monen alkoholistin hakemaan itselleen apua. Alkoholistin elämänsäkaressa siis jatkuva ulkoapäin lisätty Kuumuus (Yang), kuluttaa elimistön Yin-energian ja Jing-energian, elämän esanssin, jotka molemmat ovat peräisin Munuaisista ja osittain Pernasta. Yinin ja Jingin kulumisen synnyttää tilan, jota sanotaan Vähyys-Tuleksi: siinä on Kuuma-oireita, mutta syynä on Yinin vähyys. Siksi alkoholistin parantamisessa on kiinalaisen lääketieteen mukaan lähdettävä liikkeelle Yinin vahvistamisesta. Se tapahtuu vahvistamalla ennen kaikkea Munuaisten ja Maksan Yiniä. Hoidossa otetaan huomioon psyyke, eikä se olekaan vaikeaa, koska jokaisen suuren sisäelimen hoitaminen on psyyken, mielen ja sielun hoitamista, kuten jo aikaisemmin olemme Viiden elementin teoriassa todenneet. (Hytönen 1995.)

Riippuvuus on ihmiselle luonnollinen olotila. Osa riippuvuuksista on jopa välttämättömiä ihmisen elämälle ja hyvinvoinnille. Ihminen on heti synnyttyään riippuvainen hengitysilmasta, ruuasta, juomasta, toisten ihmisten läsnäolosta ja hoivasta. Ihminen ei kuitenkaan ole automaattisesti riippuvainen esimerkiksi päihteistä. Elämänsä eri vaiheissa ja kriiseissä ihminen on veitsenterällä riippuvuutensa ja riippumattomuutensa kanssa. Muun muassa perintötekijät sekä lapsuuden ja nuoruuden oppimiskokemukset vaikuttavat siihen, pysyvätkö ne tasapainossa. Riippuvuuden ja riippumattomuuden tasapaino näkyy ihmisen tavassa olla, ajatella ja käyttäytyä riippuvuudenkohteeseen nähden. Riippuvuus ja riippumattomuus eivät itsessään ole negatiivisia tai positiivisia ilmiöitä, mutta niiden eräät muodot ovat. Riippumattomuus voidaan jakaa myönteiseen ja kielteiseen

riippumattomuuteen. Samaan tapaan riippuvuudellakin on myönteinen ja kielteinen ilmenemismuoto. (Holmberg 2010, 37.)

Kielteinen riippuvuus voi muodostua lähes mihin tahansa asiaan tai toimintoon, joka tuottaa ihmiselle mielihyvää, on tarpeeksi usein toistettavissa, peittää alleen muita haitallisia ilmiöitä ja on seurauksiltaan ihmiselle itselleen epäsuotuisa. Kielteinen riippuvuus on motivaatiojärjestelmän pitkäkestoinen häiriötila, jota ei selitä ainoastaan erilaiset perintö- ja ympäristötekijät. Aikaisemmin olemme todenneet, että akupunktiolla voidaan tasapainottaa häiriötiloja, joten tähän perustuu korva-akupunktion vaikuttavuus riippuvuuden hoidossa. Fysiologisten ja neurokemiallisten muutosten lisäksi ihmisellä on uskomuksia ja kokemuksia riippuvuutta ylläpitävän toiminnan ylivertaisuudesta muihin keinoihin verrattuna. Hän pyrkii usein sulkemaan pois muut vaihtoehdot noudattaen orjallisesti riippuvuuden logiikkaa. (Holmberg 2010, 38.) Korva-akupunktio voi tällöin olla erinomainen ”vaihtoehto” hallitsevalle riippuvuudelle, koska se samoin kuin päihteet tulee ulkoapäin ja tuottaa välitöntä mielihyvää. Akupunktion mielihyvää tuottava mekanismi perustuu länsimaisen ajattelun mukaan hermoston synapseissa vapautuviin endorfiineihin ja enkefalliineihin sekä muihin synapsijohtumiseen vaikuttaviin aineisiin. Näin tapahtuu sekä ääreis- että keskushermostossa ja vegetatiivisessa hermostossa. Endorfiineilla on morfiininkaltainen vaikutus. Ne voivat toimia kolinesteraasi-inhibiittoreina ja siten hidastaa asetylkoliinin hajoamista. Kolinerginen johtuminen vahvistuu ja adrenerginen heikkenee. Vegetatiivinen tasapaino syntyy sympaattisen tonuksen alenemisen ja parasympaattisen tonuksen vahvistumisen vuoksi. Toisin sanoen Yang ja Yin harmonisoituvat. (Laitinen & Laitinen 2004, 70.)

Päihderiippuvuus voidaan jakaa neljään osittain päällekkäiseen ulottuvuuteen. Ne ovat fyysinen riippuvuus, psyykinen riippuvuus, sosiaalinen riippuvuus ja henkinen riippuvuus. Fyysisessä riippuvuudessa käyttäjän elimistö on tottunut käytettävään aineeseen. Elimistö on fysiologisesti mukautunut päihteen vaikutukseen, mikä näkyy mm. välittäjäaineiden ja aivotoiminnan muutoksina. Fyysinen toleranssi päihdettä kohtaan kasvaa pitkän altistumisen aikana. Jos päihteen vaikutus loppuu äkillisesti, ilmenee fyysisiä vieroitusoireita, jotka vaihtelevat käytetyn päihteen mukaan. Tyypillinen esimerkki on krapula, joka on alkoholin nauttimisen vieroitusoire. Kiinalaisessa lääketieteessä vieroitusoireet eli Yin Xu, nähdään syntyvän, kun Yang valtaa Yinin. Tämä tapahtuu, koska päihteet edustavat Kuumuutta. Kuumuus taas on Yang ominaisuus, joten Yin/Yang tasapaino häiriintyy ja aiheuttaa Yin Xu oireet. (Holmberg 2010, 38; Hytönen 1995.)

Psyykinen riippuvuus ilmenee lähinnä käyttöhimona tai pakonomaisena tottumuksena, eikä siihen välttämättä liity fyysisiä vieroitusoireita. Psyykkisen riippuvuuden muodostumiseen vaikuttavat ihmisen tunne-reaktiot, ongelmanratkaisutaidot, päättely, päätöksenteko ja valitsemi-

nen. Käyttäjä ei esimerkiksi välttämättä pidä päihteenkäyttötavasta, kuten opiaatin injektoimisesta, vaan odottaa psyykkisen helpotuksen tunnetta. Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa riippuvuutta päihteidenkäyttöä vahvistavista sosiaalisista suhteista. Usein päihteidenkäyttäjä kuuluu ryhmään, jonka jäseniä päihteiden käyttö yhdistää. Sosiaaliseen riippuvuuteen liittyvät vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Esimerkiksi vanhat ystävät jäävät pois ja tilalle tulee uusia tuttavuuksia, joiden kanssa vietetään yhä enemmän aikaa päihteiden käytön sallivissa ympäristöissä. Henkinen riippuvuus koskee ajatusmaailmaa, elämäkatsomusta tai ilmapiiriä, joka liittyy päihteiden käyttöön. Päihteidenkäyttö edustaa tiettyjä arvoja, uskomuksia, ihanteita ja henkisyttä tai hengellisyyttä. Päihteitä saatetaan käyttää esimerkiksi osana uskonnollisfilosofisia rituaaleja tai niillä pyritään saavuttamaan jokin henkinen tila tai hengellinen yhteys. Ihminen voi olla riippuvainen päihteistä kaikissa ulottuvuuksissa tai vain osassa niistä. Korva-akupunktion avulla voidaan hoitaa näitä kaikkia ulottuvuuksia, koska se sisältää mm. tunteiden, fyysisten sisäelinten, aistinelinten ja psyykkisen aspektin, kuten aikaisemmassa Viiden elementin teoriassa olemme esittäneet. (Holmberg 2010, 39–40.)

Korva-akupunktio päihdetyössä

Päihdeongelmien hoidossa nykyisin eniten käytetty 5-pisteen menetelmä sai alkunsa 1970-luvun alussa hongkongilaisessa kirurgisessa sairaalassa tehdyistä havainnoista. Sairaalassa käytettiin leikkauksissa akupunktioanestesiaa, jolloin voimakkaalla akupunktiostimulaatiolla saatiin leikattava kehon alue kivuttomaksi ilman nukutusta. Akupunktioanestesian jälkeen jotkut heroiniin käyttäjät eivät kärsineet vieroitusoireista ja toiset kertoivat myös halunsa käyttää huumeita hävinneen. Havainnon innoittamina H. L. Wen ja M. Patterson aloittivat kokeilun, jossa huumeiden käyttäjiä hoidettiin kaksi viikkoa sairaalassa sähköakupunktiolla. Wen ja Patterson totesivat, että 15 minuuttia sähköakupunktiota tiettyyn korvalehden pisteeseen poisti akuutit heroiniin vieroitusoireet monen tunnin ajaksi. Hoito voitiin alussa toteuttaa 2–3 kertaa päivässä ja tilanteen helpottuessa hoitokertoja voitiin asteittain harventaa. Hong Kongin hoitomallista kiinnostuttiin myös New Yorkissa, Etelä-Bronxissa sijaitsevan Lincoln sairaalan päihdepoliklinikalla. Nykyisin paikka tunnetaan nimellä Lincoln Recovery Center ja klinikan johtaja tri Michael Smith kehitti työryhmänsä kanssa menetelmän nykyiseen viiden korva-akupunktiopisteen muotoon. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

Johtuen sähköakupunktion suhteellisen lyhyestä vaikutusajasta akuuttien vieroitusoireiden hoidossa menetelmän käyttäminen avohoitoklinikalla koettiin hankalaksi. Sähköstimulaation käytöstä luovuttiin ja sen sijaan

alettiin käyttää useampia akupunktiopisteitä. Näin vaikutusaikaa saatiin pidennettyä ja hoito voitiin toteuttaa niin, että asiakkaat kävivät klinikalla jonkin aikaa kerran päivässä. Akuutin vaiheen jälkeen käyntikertoja harvennettiin ja hoito saattoi jatkua tällä tavoin useamman kuukauden ajan. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

5-pisteen menetelmää käytetään tällä hetkellä eri puolilla maailmaa. Euroopassa menetelmää käytetään mm. Englannissa, Irlannissa, Saksassa, Italiassa, Ruotsissa ja Tanskassa sekä Venäjällä. Suomessa menetelmä on otettu käyttöön Helsingin Nuorisoasemalla 1990-luvun alussa ja ”korva-akupunktion käyttö päihdetyössä” -koulutuksia on järjestetty vuodesta 1996 lähtien. Suomessa päihdevieroitusakupunktiomenetelmän käyttöä edistämään perustettiin NADA Suomi/Finland vuonna 2000. Yhdistyksen tarkoituksena on lisätä menetelmää käyttävien ihmisten yhteydenpitoa sekä edistää menetelmään liittyvää tieteellistä tutkimusta ja valvoa menetelmän koulutusta. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

Korva-akupunktio hoitomenetelmänä

Päihdevieroituksessa käytetään nykyisin pääasiassa 5-pisteen korva-akupunktio menetelmää. Menetelmää voidaan käyttää huumeiden, alkoholin ja lääkkeiden väärinkäytön aiheuttamien ongelmien hoidossa. Akupunktiota voidaan käyttää kaikissa toipumisen vaiheissa. Ihminen voi hyvin kun keho ja mieli ovat tasapainossa. Kun jotkut häiriötekijät kuten päihteet, huono ruokavalio tai muuten epäterveelliset elämäntavat jatkuvat liian pitkään, alkaa kehossa muodostua epätasapainoa. Tämä epätasapaino saattaa näkyä muun muassa tarpeena lääkityä tai hoitaa itseään lääkkeillä tai päihteillä, vieroitusoireina, mielen ongelmina kuten ahdistuneisuutena, masennuksena, levottomuutena tai univaikeuksina. 5-pisteen menetelmä vahvistaa ja tasapainottaa järkkynyttä kehoa ja mieltä. Akupunktion lisäksi kuntoutuksessa on hyvä kiinnittää huomiota myös tasapainoa tukeviin elämäntapoihin ja ruokavalioon. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

5-pisteen menetelmä on toimiva hoitomuoto niin akuuttien vieroitusoireiden hoidossa kuin pidempiaikaisessa kuntoutuksessakin. Päihdeongelmista puhuttaessa huomio kohdistuu usein vain hoidon alkuvaiheeseen eli päihteidenkäytön lopettamiseen. Ratkaisevaa on kuitenkin se, mitä tapahtuu akuutin vieroitusvaiheen jälkeen. Toisin sanoen miten pysytään erossa aiemmasta päihdekäytöstä. Tässä kohdassa akupunktiosta voi siis olla paljon hyötyä. Akupunktiolla voidaan tukea raittiina pysymistä, koska sillä voidaan helpottaa päihteiden mielitekoja ja vähentää stressiä. Menetelmää käytetään nykyään laajasti päihdehuollossa sekä avo- että laitoshoidossa. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

Alakahrin (2012) mukaan menetelmä on hyödyllinen myös asiakkaiden omaisten hoidossa sen rentouttavan ja rauhoittavan vaikutuksen vuoksi. Lisäksi akupunktiota käytetään jonkin verran myös psykiatrisissa hoitopaikoissa, koska monilla psykiatrisilla potilailla on myös päihdeongelmia. Menetelmää voidaan käyttää unettomuuden ja ahdistusoireiden hoidossa myös silloin, kun taustalla ei ole pähteiden ongelmakäyttöä.

Päihdevieroitusakupunktiosta on eniten hyötyä silloin, kun se yhdistetään muuhun hoitoon. Se puolestaan voi olla yksilö- tai ryhmäkeskustelua, mukaan lukien AA- ja NA-ryhmät. Menetelmää voidaan käyttää samanaikaisesti myös lääkehoidon kanssa. Psykososiaaliseen hoitoon yhdistettynä 5-pisteen menetelmä on usein riittävä hoitomuoto vieroituksessa ja kuntoutuksessa. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

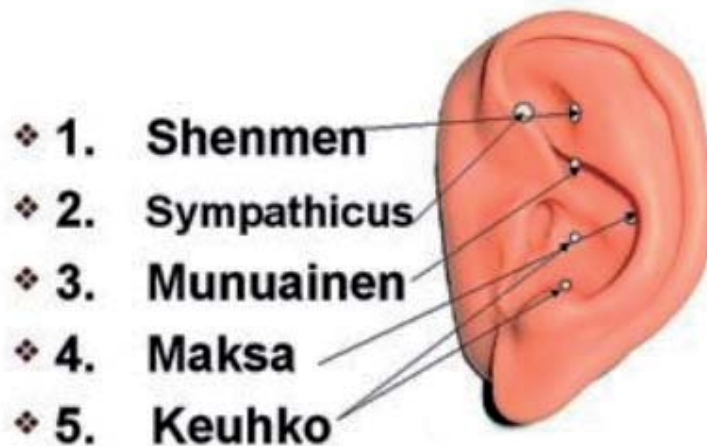
Psykologisessa mielessä 5-pisteen akupunktiohoitoa voidaan verrata voimavarakeskeiseen psykoterapiaan. Hoidolla pyritään siihen, että asiakkaiden olo tulisi paremmaksi. Monilla päihdeongelmaisilla on sellainen käsitys, että heillä itsellään ei ole juurikaan voimavaroja tilanteensa muuttamiseen ja että hyvä tulee itsen ulkopuolelta alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden muodossa. Jos taas olo paranee ilman kemiallisesti vaikuttavia aineita pelkästään muutaman neulan avulla, niin se voi merkitä suuren muutoksen alkua. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

Viiden pisteen sijainnit ja funktiot

5-pisteen menetelmä saa nimensä siitä, että molempiin ulkokorviin laitetaan viisi neulaa. Akupunktiopisteet, joihin neulat laitetaan ovat Shenmen, Sympatikus, Munuainen, Maksa ja Keuhko. Shenmen-pisteen (kuva 1) tehtävänä on avata korvan muut pisteet ja siksi neula laitetaan ensimmäisenä. Muutoin Shenmenin funktioita ovat kivun poistuminen, rauhoittaminen ja rentouttaminen. Jatkossa neuulojen korvaan asettamisjärjestyksellä ei ole merkitystä, mutta neuulojen laittamista voi helpottaa huomattavasti se, että ne asetetaan edellä luetellussa järjestyksessä. Sympatikus-piste (kuva 1) vaikuttaa sympaattisen hermoston aiheuttamiin tyypillisiin vieroitusoireisiin, hikoiluun, vapinaan ja sydämentykytykseen. Lisäksi se tasapainottaa myös parasympaattista hermostoa ja sillä on voimakas vaikutus erityisesti sisäelinkipuihin ja spasmeihin. Munuais-piste (kuva 1) vahvistaa munuaisia ja sitä kautta erityisesti aivoja ja luita, sekä tahdonvoimaa ja elinvoimaa. Muun muassa alaselän kivut, polvisäryt, virtsateiden ongelmat ja väsymys voivat olla Munuaisiin liittyviä oireita. Maksa-pisteen (kuva 1) tehtävänä on kierrättää kehon Qitä ja näin purkaa maksan Qin stagnaatiota: muun muassa kehon lihasten ja mielen jännittyneisyys, pinnan kireys, migreeni, kuu-kautiskivut, alakulo, hepatiitti, anemia, lihaspasmit ja silmäongelmat ovat

tyypillisiä maksan oireita. Maksa ja Munuainen vaikuttavat myös aineenvaihdunnan vilkastumiseen. (Alakahri 2012, 9.)

Keuhko-pisteen (kuva 1) vaikutukset liittyvät muun muassa ihoon, puhdistautumiseen ja hengityksen helpottumiseen. Keuhkojen tehtävä on edistää Qin kiertoa kehossa. Kaikki hengitysteiden oireet kuuluvat Keuhkojen toimintakenttään. Myös kyky päästää irti vanhasta kertoo vahvoista Keuhkoista. Riippuvuusongelmat liittyvät täten erityisesti Keuhkojen funktioon. Akupunktioneulat keuhkopisteisiin asetetaan erikohtiin vasemmassa ja oikeassa korvassa, vasemmassa korvassa neula laitetaan ylempään keuhkopisteeseen ja oikeassa alempaan keuhkopisteeseen. Neljä muuta akupunktiopistettä kummassakin korvassa ovat samat. (Alakahri 2012, 9.)



(Luukkainen 2011, 9)

Kuva 1. Korvan viisi pistettä

Korva-akupunktiossa käytetään steriilejä, kertakäyttöisiä akupunktioon tarkoitettuja neuloja, jotka ovat valmistettu ruostumattomasta teräksestä ja ovat mitoiltaan esimerkiksi 0,20 x 15 millimetriä. Neula asetetaan korvanlehtialueelle noin 0,5–1 millimetrin syvyydelle ihoon. Neulan kärki tavoittaa ihon ja ruston välisen alueen. Neula asetetaan korvaan nopealla pyöräytysliikkeellä. Oikealla tekniikalla kipua ei esiinny lainkaan tai se on hyvin vähäistä. Neula poistetaan vetämällä kohtisuoraan kevyesti. (Laitinen 2004, 81.)

Korva-akupunktiohoidon toteutus

Hoito toteutetaan useimmiten hiljaisessa, avoimessa ryhmässä. Neuloja pidetään yleensä noin 40–45 minuuttia. Ensimmäisellä kerralla riittävä aika on 30 minuuttia. Hoito on alussa tiheämpää ja olon kohennuttua voi

käyntejä vähitellen vähentää. Jotkut asiakkaat ovat jatkaneet säännöllisiä käyntejä useamman vuoden tukeakseen tällä tavalla raittiina pysymistään. Useimmiten asiakkaat käyvät jonkin aikaa hoidossa ja tulevat uudestaan, jos heille on alkanut ilmaantua mielitekoja tai liikaa stressiä. Hoito on non-verbaalista eli ryhmä on hiljainen. Hiljainen ryhmämuotoinen hoito vahvistaa Yiniä. Kaikki asiakkaat eivät ainakaan hoidon alkuvaiheessa halua tai osaa käsitellä sanallisesti ongelmiaan. Lisäksi osa päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvista asiakkaista haluaa saada konkreettisempaa apua, koska he eivät usko pelkän puhumisen auttavan riittävästi. Näille asiakasryhmille akupunktiosta saattaa olla erittäin paljon hyötyä. Myös tiiviin terapian rinnalla akupunktion rentouttavasta ja rauhoittavasta vaikutuksesta on hyötyä. (Alakahri 2012, 9.) Kiinalaisen lääketieteen näkökulmasta akupunktiolla pyritään tasapainottamaan ihmisen kehoa ja mieltä takaisin tasolle tai tilaan, missä oltiin ennen päihteiden käytön alkua. Koska riippuvuuteen liittyy monenlaisia persooniaan ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä ongelmia kannattaa 5-pisteen hoitoon yhdistää myös psykososiaalisia hoitomuotoja.

Hoitoreaktiot ja vaikutukset

Yleisesti akupunktuuria pidetään vaarattomana ja sivuvaikutuksista vapaina hoitomuotona. Tavallisia akupunktuurihoitoon liittyviä reaktioita on raukeus, joka voi johtaa voimakkaaseen väsymyksen tunteeseen useiksi vuorokausiksi sekä vaikuttaa yöuneen viikoiksi eteenpäin. Kiputiloja hoidettaessa on usein havaittu unirytmien palautuvan normaaliksi jo ennen kivun lievityksen ilmaantumista. Osalla potilaista esiintyy euforiaa ja levottomuutta varsinkin hoitosarjan alussa. Edellä mainitut reaktiot tulevat esiin yleensä jo neulojen korvissa olon aikana tai välittömästi neulojen poiston jälkeen. Nämä tulee huomioida yksilöllisesti jokaisen asiakkaan kohdalla annettaessa korva-akupunktiota. Steriilejä neuloja käytettäessä ei infektioita pitäisi esiintyä neulan pistoskohdassa. Infektoituneiden ihoalueiden pistämistä sen sijaan on syytä aina välttää. Eriasteinen punoitus neulan ympärillä on tavallista. (Pöntinen 1983, 91–93.) Yleisesti havaittuja positiivisia vaikutuksia ovat rentoutuminen, stressin lievittyminen ja unen parantuminen. Lisäksi korva-akupunktio auttaa ahdistus-, masennus- ja uniongelmiin helpottumisessa. Myös mieliteot voivat vähentyä ja vieroitusoireet joko helpottuvat tai loppuvat kokonaan. Useissa tapauksissa korva-akupunktion avulla energiataso nousee, ajatukset selkiytyvät ja mieli on kirkkaampi. (Nada Suomi/Finland ry 2010.)

Vaikka korva-akupunktio on turvallista ja haittavaikutuksetonta voi huonovointisuutta esiintyä, jos edellisestä ruokailusta on kulunut aikaa. Tä-

hän voidaan vaikuttaa pitämällä neuloja lyhyemmän aikaa. Muutoin on hyvä pitää noin 30 minuutin väli ennen ja jälkeen aterian, tupakoinnin ja kahvin juonnin. Hoidon jälkeinen päivä on myös hyvä rauhoittaa. Akupunktiota voi ottaa 15 vuoden iästä ylöspäin ja päihdeongelmissa nuoremmatkin. Vasta-aiheita hoidolle on vain raskaus. Epilepsiaa sairastavan hoitotasapainon ja lääkityksen tulee olla kunnossa ennen akupunktiota ja syöpä-potilaan on hyvä keskustella ensin hoitavan lääkärin kanssa. Neuloja käsiteltäessä on syytä noudattaa varovaisuutta, vaikka veritartuntariskit ovat melko vähäisiä. (Alakahri 2012, 6.)

Aikaisemmat tutkimukset

Korva-akupunktiota koskevia tutkimuksia ei ole laajalti tehty, mutta Suomessa yhden laajimmista akupunktiota käsittävästä pro gradu-tutkimuksesta on tehnyt Marja Tiilikainen. Tutkimuksessa on selvitetty akupunktion käyttöä Suomessa. Tutkielma on tehty vuonna 1992, jolloin tutkittiin lääkäreitä, jotka käyttivät työssään akupunktiota tukea antavana hoitomenetelmänä. Tutkimukseen osallistuneet lääkärit olivat valikoituneet tutkimukseen Suomen lääkäriyhdistyksen akupunktiota antavista jäsenistä. Otoksen suuruus oli 100 henkilöä ja vastanneiden osuus oli 78 %.

Työmme kannalta huomioitavaa oli, että lääkäreistä 45,5 prosenttia koki akupunktioidon aikana syntyvän hoitosuhteen poikkeavan muista hoitosuhteista. Heidän mielestään akupunktioidon aikana kontakti on läheisempi ja hoitotilanne intiimimpi kuin muissa hoitosuhteissa. Tiilikaisen mukaan suurin osa akupunktuuria käyttävistä lääkäreistä oli tutustunut jonkin verran akupunktuurin kiinalaiseen taustaan, mutta sen ei katsota vaikuttaneen merkittävästi heidän hoitotilanteensa. Yksi kolmannes vastaajista katsoo, että akupunktuuria voidaan toteuttaa Suomessa perinteisten kiinalaisten akupunktuurioppien mukaan. Länsimaalaisen lääkärin tulee kuitenkin tutustua akupunktuurin kiinalaiseen taustaan voidakseen toteuttaa akupunktuuria näistä lähtökohdista. Tutkimuksen akupunktuuria käyttävistä lääkäreistä lähes puolet katsoi, että akupunktuuri on tieteellisesti todistettuihin mekanismeihin perustuva hoitomenetelmä. Runsaan neljänneksen mielestä tärkeintä oli se, että akupunktuurista oli apua potilaille ilman että kaikkea tarvitsee selittää. Ainoastaan muutaman lääkärin mielestä akupunktuurin kiinalainen filosofia tarjoaa vaihtoehtoisen lähestymistavan ihmiseen sekä terveyden että sairauden problematiikkaan.

Katja Tuunasan (1999) opinnäytetyö oli tehty Helsingin Diakonialaitoksen ylläpitämällä Kurvin huumeopoliiklinikalle. Siinä tutkittiin kahdeksan Kurvin huumeopoliiklinikan asiakkaan kokemuksia ja käsityksiä korva-akupunktioidosta vieroitushoidossa. Tutkimus oli tehty kvalitatiivisella

menetelmällä ja tutkimusaineisto oli toteutettu teemahaastattelulla ja ha-
vainnoimalla.

Tuunasen tutkimustuloksissa tuli esiin asiakkaiden omakohtaisia käsi-
tyksiä ja kokemuksia korva-akupunktiosta. Merkityksellisinä näistä voidaan
pitää sitä, että valtaosa asiakkaista koki korva-akupunktion myönteisenä
hoitomenetelmänä ilman, että heillä oli sen tarkempaa käsitystä siitä mihin
korva-akupunktio perustuu. Tutkimuksessa nousi esiin asiakkaiden odo-
tuksia korva-akupunktiohoidon suhteen. Asiakkaat kokivat, että korva-aku-
punktiota ei ollut riittävästi saatavilla. Asiakkailla ei myöskään ollut mah-
dollisuutta tutustua kirjalliseen teoretietoon korva-akupunktiosta. Näiden
asioiden avulla pystyttäisiin kiinnittämään huomiota oikeisiin näkökohtiin
asiakkaiden hoidon laatua kehitettäessä.

Tapio Marttusen ja Favzi Avdiun (2003) opinnäytetyö, Helsingin dia-
konian ammattikorkeakoulussa, käsitteli päihdekäyttäjien kokemuksia
korva-akupunktiohoidosta. Tutkimus aineisto oli kerätty itäisen terveyses-
kuksen yhteydessä toimivan A-klinikan asiakkailta avoimilla kysymyksillä
kysymyslomakkeiden avulla keväällä 2003. Kyselyyn vastasi 18 asiakasta
jotka olivat iältään 34–63 ikävuoden väliltä. Opinnäytetyö tutkimus oli kva-
litatiivinen ja aineisto oli analysoitu teemoittelemalla. Tuloksien mukaan
A-klinikan päihderiippuvaiset korva-akupunktiohoidossa olevat asiakkaat
kokivat tämän hoidon tärkeäksi. Asiakkaiden kokemusten mukaan korva-
akupunktio hoito on vaikuttanut positiivisesti heidän vieroitusoireisiinsa.
Tutkimustuloksista ilmeni, että suurin osa vastanneita on saanut rauhoit-
tavaa ja rentouttavaa oloa hoidosta. Korva-akupunktiohoitoa saaneet asiak-
kaat olivat erityisen tyytyväisiä ryhmässä tapahtuvaan hoitoon.

Panu Luukkaisen (2011) opinnäytetyö Saimaan ammattikorkeakoulussa
käsitteli hoitajien kokemuksia viiden pisteen korva-akupunktiosta päihde-
työssä. Opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää, mihin hoitajat käyttivät
viiden pisteen korva-akupunktiota päihdetyössä, millaisia myönteisiä tai
kielteisiä kokemuksia hoitajilla oli akupunktiosta ja millaisena hoitajat ko-
kivat akupunktion aseman päihderiippuvuuksien hoidossa tulevaisuudessa.
Tutkimusote oli laadullinen, ja aineisto oli kerätty teemahaastatteluita käyt-
täen Lappeenrannan päihdekuntoutusyksikön- ja päihdeklinikan viiden
pisteen korva-akupunktiota antavilta hoitajilta. Teemahaastatteluja, jotka
oli toteutettu yksilöhaastatteluina, oli tehty yhteensä neljä. Tulokset oli ana-
lysoitu sisällönanalyysia käyttämällä.

Hoitajat kuvasivat viiden pisteen korva-akupunktion käytön aiheik-
si asiakkaan vieroitusoireiden lievittämisen erilaisissa päihdeongelmissa.
Akupunktiolla myös tuettiin päihdeettömyyttä, lääkehoitoa ja muuta asiak-
kaan hoitoa päihdetyössä. Hoitajat kokivat viiden pisteen korva-akupunkti-
on myönteisinä kokemuksina asiakkaan hyvän olon tunteen lisääntymisen
ja vieroitusoireiden lievittymisen. Positiivisena koettiin myös akupunktion
muuta hoitoa tukeva vaikutus ja myönteinen asenne akupunktiota kohtaan.

Hoitajat kokivat viiden pisteen korva-akupunktion kielteisinä kokemuksina neuloista johtuvat haitat ja akupunktion fyysiset sivuvaikutukset, joita olivat pahoinvoiva olo, verenpaineen lasku sekä huimaus. Kielteisenä koettiin myös se, että joskus akupunktion ei uskottu tehoavan. Hoitajat kuvasivat akupunktion suosion kasvavan tulevaisuudessa. Hoitajat kokivat, että akupunktio jatkaa yhtenä hoitomuotona lääkehoidon rinnalla päihde-työssä. Hoitajat kuvasivat, että kun viiden pisteen korva-akupunktiota aloitettiin antamaan Suomessa, sitä ja sen vaikutuksia aluksi epäiltiin.

Itä-Suomen akupunktiokeskus Kuopiossa kerää akupunktiota koskevia tutkimuksia. Heidän arkistostaan löytyi kaksi korva-akupunktiota käsittelevää tutkimusta. Ensimmäisessä tutkimuksessa: ”A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence.” toteuttajina olivat Avants, S. K., Margolin, A., Holford, T. R. & Kosten, T. R. Tutkimus oli toteutettu vuonna 2000 ja tutkimusasetelma oli hyväksytty Yalen yliopiston Lääketieteellisen tiedekunnan komiteassa. Tutkimukseen osallitui 82 kokaiini- ja opioidiriippuvaista potilasta. Tutkittavat oli jaettu kolmeen ryhmään: 1) oikeata korva-akupunktiota saaviin, 2) ryhmään, joilla neuloteltiin korvaa, mutta neulottelu ei kohdistunut terapeuttisiin akupunktiopisteisiin sekä 3) pelkkää rentoutushoitoa saavaan ryhmään. Hoitoa annettiin viitenä päivänä viikossa 8 viikon ajan. Oikeata korva-akupunktiota saaneet antoivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän negatiivisia, puhtaita virtsanäytteitä verrattuna kahteen muuhun ryhmään. Johtopäätöksissä todetaan akupunktion olevan lupaava hoitomuoto kokaiiniriippuvuuden hoitoon.

2002 julkaistu toinen tutkimus: ”Auricular Acupuncture Stimulation Measured On Functional Magnetic Resonance Imaging Med Acupunct”, jonka tutkijoina toimi Alimi, D., Geissmann, A. ja Gardeur, D. oli toteutettu vuonna 2000 Sveitsissä. Tutkimuksessa pystyttiin osoittamaan toiminnallisen pään magneettikuvauksen avulla, että korvan akupunktiopisteillä on neurofysiologisia yhteyksiä keskushermostoon. Aivojen somatosensorisella kuorella oli todettavissa toiminnallisia muutoksia stimuloitaessa korvasa sijaitsevaa peukalon aluetta akupunktiolla. Samoilla alueilla tapahtui muutoksia myös peukalon mekaanisessa stimulaatiossa. Aivokuvauksessa aktivoitunut alue sijaitsi peukalon projektiokohdassa somatosensorisella alueella S1.

Pohdinta ja johtopäätökset

Tämän työn kirjoittamisen tarve nousi käytännöstä, sillä korva-akupunktioryhmät halusivat tietää enemmän korva-akupunktion vaikutusmekanismeista. Osa ryhmäläisistä oli myös kiinnostuneita kiinalaisen lääketieteen opeista. Päätimme perehtyä aiheeseen syvemmin ja kehittää siten omaa

työtämme. Teimme myös helppolukuisen esitteen asiakkaille. Akupunktio-ryhmää esittelevä esite oli ollut jo käytössä, mutta sen informatiivisuus osoittautui liian vähäiseksi niille, jotka halusivat tietää aiheesta enemmän.

Syvennyttyämme pohtimaan kiinalaisen lääketieteen näkökulmaa huomasimme, että korva-akupunktioon liittyvää aineistoa on saatavilla hyvin rajoitetusti. Kerätessämme materiaalia ja tutustuessamme siihen alkoi oma käsityksemme kiinalaisen lääketieteen näkökulman tärkeydestä vahvistua. Aloittaessamme korva-akupunktio-ryhmät meille riitti, että hoito auttoi ja sen suoritti teknisesti oikein ja osasi kertoa eri pisteiden funktioista. Tästäkin tuki avun saa, mutta mielestämme tällöin apu jää jollain tapaa pinnalliseksi. Tätä voisi verrata lääkehoitoon; eihän lääketäkään anneta selittämättä, mikä lääke on ja mihin se vaikuttaa. Ilman syvempää ajatusta kiinalaisesta lääketieteestä jää myös ymmärtämättä ihmisen oma mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteen ja valintoihin. Säästyisimme monelta vaivalta, jos muistaisimme huolehtia elämässämme Yin/Yang-tasapainosta ja eläisimme elämää sopusoinnussa luonnon sekä kaikkien asioiden kanssa. Voisimme myös löytää tasapainon niin ruumiin, mielen kuin sielunkin tasolla. Eikö tästä loppujen lopuksi ole hyvässä elämässä kysymys? Meille länsimaisen ajattelun omaaville tämä pohdinta on erityisen tärkeää, koska meidän elämäntapamme pohjautuu usein liikaa kiireeseen ja suorittamiseen.

Yllätyimme siitä, että Marja Tiilikaisen (1992) tutkimuksessa Suomessa akupunktiota antavista lääkäreistä muutaman mielestä akupunktuurin kiinalainen filosofia tarjoaa vaihtoehtoisen lähestymistavan ihmiseen sekä terveyden että sairauden problematiikkaan. Hyvin merkityksellistä mielestämme oli se, että lääkäreistä lähes puolet koki, että akupunktiohoidon aikana syntyvä hoitosuhde on muita hoitosuhteita läheisempi. Tämä kokemus vastaa myös omaa käytännön kokemustamme.

Katja Tuunasen (1999) toteuttama tutkimus Kurvin huumeepoliklinikalla toi myös esille omakohtaisen kokemuksemme asiakkaille jaettavan kirjallisen teorian puutteesta. Tähän vastasimme omalta osaltamme toteuttamalla liitteenä olevan esitteen. Kurvin asiakkailla oli ollut myös kokemuksia, että korva-akupunktiota ei ollut riittävästi tarjolla ja myöskään kirjallista tietoa ei ollut saatavilla. Näitä esille tulleita puutteita pohtiessamme saimme idean kehittää omaa akupunktio-ryhmäämme info-tilaisuudella, jossa kerromme lyhyesti akupunktion taustasta ja jaamme tietoa ja materiaalia asiakkaiden tarpeiden mukaan.

Panu Luukkaisen (2011) tutkimuksessa hoitajien kokemuksista korva-akupunktiosta päihdetyössä todettiin, että aluksi korva-akupunktion vaikutuksia epäiltiin. Myöhemmin akupunktio vakiintui hoitomuodoksi lääkehoidon rinnalla. Hoitajien käsitys siitä, että akupunktion suosio tulee kasvamaan tulevaisuudessa, on yhteneväinen akupunktiolääkäri Pauli Räsänen ennusteen kanssa.

Oma kokemuksemme akupunktion positiivisista vaikutuksista sai vahvistusta aikaisemmista tutkimuksista. Valtaosa asiakkaista oli kokenut korva-akupunktion myönteisenä hoitomenetelmänä. Korva-akupunktio koettiin tärkeäksi, se helpotti vieroitusoireita ja antoi rauhoittavaa ja rentouttavaa oloa. Myös ryhmässä annettavaan hoitoon oltiin tutkimusten mukaan tyytyväisiä. Tutkimuksista ilmeni myös, että korva-akupunktion koettiin tukevan muuta hoitoa. Näiden kokemukseen perustuvien tulosten rinnalla korva-akupunktion vaikuttavuutta voidaan vahvistaa Yalen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan komiteassa toteutetun tutkimuksen tulosten perusteella. Niiden mukaan oikeata korva-akupunktiota saaneiden kokaiiniriippuvaisten aineiden käyttö väheni selkeästi virtsakokeiden perusteella muihin verokiryhmiin verrattuna.

Oman vasta lyhyehkön akupunktiohoitouramme aikana emme ole törmänneet haittavaikutuksiin. Tarkastelemisssamme tutkimuksissa oli mainittu joitakin neuuloista johtuvia haittoja sekä fyysisiä sivuvaikutuksia, joita olivat pahoinvoiva olo, verenpaineen lasku sekä huimaus.

Tämän ”korva-akupunktio tutkimusmatkamme” loppusuoralla olemme yhä vakuuttuneempia korva-akupunktion vaikuttavuudesta. Tähän johtopäätökseen on meidät johdattanut oma kokemuksemme, aiheeseen liittyvät tutkimukset sekä perehtymisemme kiinalaiseen lääketieteeseen. Skeptisemmänkin ajattelijan pohdintaa voisi herätellä Sveitsissä vuonna 2000 toteutettu tutkimus, jossa pystyttiin osoittamaan toiminnallisen pään magneettikuvauksen avulla, että korvan akupunktiopisteillä on neurofysiologisia yhteyksiä keskushermostoon. Tätä tulosta voidaan mielestämme pitää osoituksena kiinalaisen lääketieteen käsitteiden olemassa olosta. Tutkimuksessa todetaan olemassa oleva yhteys korvanpisteen ja sitä vastaavan elimen kanssa. Tällöin mielestämme saa vahvistuksen meridiaanien olemassa olo, joita länsimaalaisessa lääketieteessä ei tunneta. Näin ollen on piste, josta viesti lähtee (=akupiste) sekä kanava, jota pitkin se kulkee (=meridiaani) ja kanavassa viestiä vie mikä? Tietenkin Qi! Mielestämme tämä voisi sopia länsimaiseenkin loogiseen ajatteluun.

Kiinalaisen lääketieteen näkökulma istuu mielestämme hyvin päihdetyöhön, koska se kuvailemamme Viiden elementin mukaisesti pitää sisällään ihmisen sekä sisäiset että ulkoiset aspektit. Erityisesti korva-akupunktion vaikuttavuus myös tunteiden ulottuvuuteen tekee siitä juuri päihdetyöhön sopivan, koska usein päihdeongelmissa kysymys on pohjimmiltaan paetuisista tunteista, kuten syyllisyydestä, häpeästä ja vihasta. Korva-akupunktion jälkeen on todettu, että kosketus omiin tunteisiin on herännyt esimerkiksi itkuna neulojen paikalleen asettamisen yhteydessä tai tunteista puhumisen helpottumisena korva-akupunktion jälkeen tai yksilöhoitona korva-akupunktion aikana. Muita korva-akupunktion psyykkistä aspektia tukevia seikkoja on esimerkiksi tahdonvoiman vahvistuminen Munuais-pisteen

kautta sekä kyky päästää irti vanhasta Keuhko-pisteen stimulaatiolla. Ja näitä ominaisuuksiahan juuri päihteistä irrottautuminen vaatii.

Vakuuttuneisuutemme kiinalaisen lääketieteen käyttökelpoisuudesta päihdetyössä viritti jatko ajatuksia. Mielenkiintoisena jatkopohdinnan/-tutkimuksen aiheena näkisimme, voisiko päihdetyötä toteuttaa täysin kiinalaisen lääketieteen pohjalta. Tällöin hoito olisi kiinalaisen lääketieteen mukaan kokonaisvaltaista sisältäen sen ajatukset ruokavaliosta, liikunnasta, meditaatiosta, hieronnasta, rohdoksista, astrologiasta, ympäristön Qistä ja tietenkin akupunktiosta.

Oman työn kehittäminen on ollut mielenkiintoinen matka uuteen maailmaan, joka avautui kiinalaisen lääketieteen filosofiaan perehtyessämme. Olemme saaneet siitä hyviä eväitä niin omaan elämäämme kuin työhömmme. Matkamme varrella on ollut myös mutkia ja kuoppia, sillä toinen meistä loukkasi vakavasti kätensä. Tämä hidasti ja vaikeutti välillä työskentelyämme, mutta apuakin löytyi ”läheltä”, sillä korva-akupunktio todettiin hyväksi avuksi leikkauskipuun ja parantamaan unta. Lopuksi voimme todeta, että tämä matka kannatti kaikkine epätoivoisine hetkineen. Tämä prosessi kehitti omaa ajatteluamme, antoi eväitä työmme kehittämiseen ja kiinalainen lääketiede vahvisti otettaan niin, että toivoisimme sillä olevan yhä suuremman roolin tulevaisuudessamme. Meidän on helppo yhtyä akupunktiolääkäri Räsänen (2009) ajatukseen: ”Kun on oppinut akupunktiosta niin paljon, että omaksuu siihen kuuluvan opin ja saa positiivisia tuloksia aikaan, muuttuu se itsestään jopa kutsumusammattiksi.” Tästä on hyvä jatkaa matkaa.

Lähteet

- Alakahri, Elisa 2012: Korva-akupunktion käyttö päihde- ja mielenterveystyössä. Koulutusmateriaali. Nada-menetelmä.
- Andrews, Ted 2008: Parantajan käsikirja. Suom. Tiina Kauppinen, Tuikka Ljungberg, Tuija Turpeinen. Delfini Kirjat. Hämeenlinna.
- Chang, David 2010: Parantavat kädet. Suom. Tuulikki Valta. Oy Valitut Palat-Reader's Digest Ab.
- Gascoigne, Stephen 2001: Kiinalainen tie terveyteen. Suom. Satu Tunkelo. Gummerus Oy.
- Holmberg, Jan 2010: Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita prima Oy. Helsinki.
- Hytönen, Elina 1995: Hyviä tuloksia akulla. Voi Hyvin -lehti 4/95.
- Hytönen, Elina 1997: Lohikäärmeen lääketiede; kiinalaisen lääketieteen perusteet. Epigram Oy. Helsinki.
- Hytönen, Elina 2010: Meridiaanit ja pisteet. Lohikäärmeen lääketiede II. Ming-Men Oy. Tampere.
- Hallenberg, Helena 2009: Elämän portti. Juutiprint. Vantaa.
- Itä-Suomen Akupunktiokeskus. Korva-akupunktio tutkimus. <http://www.akupunktiokeskus.fi/korva-akupunktio tutkimus.html>. Viitattu 16.4.2013.
- Juselius, Maria 2006: Pieni matka kiinalaiseen lääketieteeseen. Akupiste. Helsinki.
- Kiianmaa, Kalervo & Hyytiä, Petri 2003: Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Kiianmaa, Kalervo & Salaspuro, Mikko & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki, 110.
- Laitinen, Jaakko 1996: Parantava voima. Unio Mystica. Helsinki.
- Laitinen, Jaakko & Laitinen, Marjukka 2004: Akupunktio, THS.. WSOY. Helsinki.
- Luukkainen, Panu 2011: Hoitajien kokemuksia viiden pisteen korva-akupunktiossa päihdetyössä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma 2011.
- Mikkonen, Kirsti 2011: Korva-akupunktio. Kainuun-Psykoterapia. <http://www.kainuunpsykoterapia.fi>. Viitattu 15.4.2013.
- Marttunen, Tapio & Avdiu, Favzi 2003: Päihdekäyttäjien kokemuksia korva-akupunktiohoidosta. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Nada Suomi/Finland ry. 2010. <http://www.nada.fi>. Viitattu 20.03.2013.
- Ody, Penelope 2006: Käytännön kiinalainen lääketiede. Suom. Ritva Helander. WSOY. Helsinki.
- Poikolainen, Kari 2003: Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa Kiianmaa, Kalervo & Salaspuro, Mikko & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki, 42.
- Pohjankyrö, Markku 1995: Luontaislääketieteen opas osa 1. Ole Hyvä! Kustannus Oy. Helsinki.
- Pöntinen, Pekka J. 1983: Akupunktuuri lääketieteellisenä hoitomuotona. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo. Tampere.
- Räsänen, Pauli 2009: Akupunktio ylivoimainen vaihtoehto hoito. Multiprint Oy. Oulu.

- Tuunanen, Katja 1999: Korva-akupunktiohoito Kurvin huumeepoliklinikalla asiakkaiden kokemana. Päätötyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Vuori-Kemilä, Anne & Stengård, Eija & Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula 2007: Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

22 Päihdetukikeskustelujen kehittäminen Rovaniemen yhdyskuntaseuraamustoimistossa

Liisa Ravaska

Artikkeli kuvaa päihdetukikeskustelujen sisältöjen kehittämistä osana yhdyskuntaseuraamuksissa tehtävää päihdetyötä. Sisältöjen kehittäminen perustuu Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjauksiin vuodelle 2012–2016. Yhdyskuntaseuraamuksissa tehtävän päihdetyön osa-alueet ovat arviointi, motivointi, puheeksiotto, hoitoonohjaus, päihhteettömyyteen tukeminen ja retkahdusten käsittely. Artikkelit esittelee kognitiivisen, narratiivisen, ratkaisukeskeisen ja motivoivan työotteiden sekä eri erilaisia apuvälineitä tukikeskustelujen tueksi.

Yhdyskuntapalvelulain (Laki yhdyskuntapalvelulain muuttamisesta, 641/2010) muutoksien yhteydessä otettiin käyttöön ns. toiminta suoriutumisen tueksi, jota toimintaa toki aikaisemminkin oli ollut, mutta tuomioksi laskettavien tuntien ulkopuolella. Lain jälkeen muuhun kuin työpalveluun käytettävää tuomion osaa lisättiin 30 tuntiin tai puoleen tuomitusta tuntimäärästä. Tukikeskustelut, jotka samalla lyhentävät tuomittua tuntimäärää asettivat uusia vaatimuksia ko. keskusteluille – ainakin sillä tavoin, että yksittäisen keskustelun kesto oli oltava 60 minuuttia, koska yhdyskuntapalveluksi voidaan laskea vain täysiä tunteja. Koska asiakkaan valmiudet, verbaaliset ja kognitiiviset taidot ovat hyvinkin paljon vaihtelevia, asiakastyöhön kaivattiin ”kättä pidempää” tuntien rakentamiseksi, jotta keskustelu olisi suoriutumista tukevaa ja asiakkaan sosiaalista selviytymistä edistävää ja/tai rikoksenuusimisriskiä vähentävää. Myös toiminnan suunnitelmallisuuden, vakuuttavuuden ja vaikuttavuuden tulee kiinnittää huomiota.

Kehittämistyötä suunnitellessani vuoden 2011 lopulla kysyin Rikosseuraamuslaitoksen keskushallinnosta työn sisällön erikoissuunnittelijoilta yhteistyöhalukkuutta näiden sisältöjen kehittämiseen. Vastauksena oli, että tähän kehittämistehtävään ei keskushallinnossa siinä vaiheessa ehditä paneutua ja toistaiseksi myöskään keskushallinnon ohjeistusta tai määrit-

telyä sisällöiksi ei ole. Lähtökohtana Rikosseuraamuslaitoksessa on akkreditoituidut toimintaohjelmat, joiden lisäksi virallisen ohjelman aseman on ns. hyvinä käytäntöinä hyväksytyjä ohjelmia, kuten päihdekuntoutusohjelmia vankiloissa käytettäväksi. Rikosseuraamusalalla näkökulma on rikolliseen käyttäytymiseen vaikuttamisessa ja ohjelmatyöllä pyritään nimenomaan vaikuttamaan oikea-aikaisesti ja niihin tekijöihin, joilla on tutkitusti yhteys rikolliseen käyttäytymiseen. Kun kyse on ajatteluun ja asenteisiin vaikuttavasta työstä, tärkeänä nähdään, että vaikuttaminen on oikeansuuntaista, eikä väärillä interventioilla tai asiakkaan muutosvalmiuteen nähden vääräaikaisella toiminnalla tahattomasti vahvisteta rikollista käyttäytymistä ylläpitävään suuntaan. Näistä syistä kaikki käyttöön hyväksytyt varsinaiset toimintaohjelmat käyvät läpi akkreditointimenettelyn, joka toimii tietyin kansainvälisesti hyväksytyin kriteerein. (Knuuti & Vogt-Airaksinen, 2010, s. 6–8)

Ohjelmatyö on yksi tärkeä osa yhdyskuntaseuraamustyön asiakastyötä, mutta pääosa vuorovaikutteisesta asiakkaan tapaamisista on perinteistä yksilökohtaista, asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen perustuvaa keskustelua. Ohjelmatyön korostuminen ja kehittyminen on tuonut mukanaan myös muuhun asiakastyöhön toivetta struktuurista, vähintäänkin työkalupakista, jonka avulla työskentelyä asiakkaan kanssa voi suunnitella, rakentaa ja jäsentää ja myös samalla helpottaa työn näkyväksi tekemistä. Kuten ohjelmatyön käsikirjat, myös muu työskentelyä tukeva materiaali on väline asiakkaan kohtaamiseen, ei itse tarkoitus. Tärkeintä on toimiva vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä. Kiireisessä työssä asiakastilannetta edeltävä valmistautuminen ja jokaiseen keskusteluun riittävä keskittyminen on vaativa, mutta tärkeä tehtävä. Tätä ennakkosuunnittelua helpottamaan valitsin kehittämistehtäväkseni koota materiaalia asiakastapaamisten sisällön suunnittelua helpottamaan. Tehtävä on sikälikin itselleni tärkeä, että olen vastuussa asiakastyön ohjaamisesta työyhteisössäni. Vaikka en tässä vaiheessa saanut keskushallinnon tukea kehittämistehtävälleni, uskon, että joskus myöhemmin tällä työllä voi olla laajempaakin käyttöä, kun asiakastyön ns. hyviä käytäntöjä kerätään yhteiseen käyttöön. Tässä yhteydessä keskustelin omassa työyhteisössäni asiasta ja alun perin suunnitelmana oli, että käymme aineistoa yhdessä läpi ja toivoin sekä itse ehtiväni että myös työkavereideni testausta sisältöjen käytännön toteutuksesta. Kuten usein käy, työn kiire ja velvoitteet vievät ajan. Vajaa virkamiehitys ja samanaikaisesti käyttöönotettu uusi yhdyskuntaseuraamus, valvontarangaistus ovat vieneet ajan ja energian siinä määrin, että kehittämistyö on jäänyt kokonaan työajan ulkopuolelle ja omilla asiakkailla testaaminenkin varsin vähäiseksi. Tämä kehittämistehtävä on siis vasta tausta-aineistoa ja suunnittelua päihdetyön koulutuksen aikana keräämäni tietotaidon hyödyntämisessä sekä omassa asiakastyössä ja omassa työyhteisössä, että levittämisessä soveltuvien osin muiden käyttöön. Varsinainen kehittäminen jää tulevalle vuodelle

2013, jolloin näyttäisi työntekijätilanne vakiintuvan. Loppuvuodesta 2012 hyväksyttiin myös Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjaukset vuosille 2012–2016 (Päihdetyön linjaukset... 2012), joka asettaa yleiset valtakunnalliset reunaehdot ja tavoitteet yhdyskuntaseuraamusten päihdetyölle.

Yhdyskuntaseuraamustyön linjauksia

Yhdyskuntaseuraamustyön käsite on vakiintunut vasta 1990-luvulla. Se tarkoittaa suljetun laitoksen ulkopuolella toteutettavaa rangaistusten toimeenpanoa, johon sisältyy tuomitun tukemista kohti arjen hallintaa ja rikoksetonta elämää. (Kukkonen, 2006, 3) Kriminaalihuoltolaitos (Yhdyskuntaseuraamustyön kehittämisen linjaukset, 2006, 33) määritteli yhdyskuntaseuraamustyön yleisluontoisesti vapaudessa tapahtuvaksi rangaistusten täytäntöönpanoksi, jossa käytetään hyväksi uusintarikollisuutta vähentäviä työmenetelmiä ja yhteistyöverkostoja. Yhdyskuntaseuraamukset toimeenpannaan normaalin arkielämän piirissä ja toimeenpanossa on viranomaisien lisäksi tavallisia kansalaisia palvelupaikkojen yhdyshenkilöinä ja apuvalvojina. Suomessa käytössä olevia yhdyskuntaseuraamuksia ovat nuorisorangaistus, ehdollisen vankeuden valvonta, ehdonalaisen vapauden valvonta, yhdyskuntapalvelu ja valvontarangaistus. Myös vielä nykyisin vankiloiden vastuulla oleva valvottu koevapaus luetaan yhdyskuntaseuraamukseksi. Suunnitteilla on nuorisorangaistuksesta luopuminen, koska mm. sen käyttö on ollut vähäistä ja se vaatii huomattavaa resursointia. Rangaistusseuraamusjärjestelmää on kehitetty ja kehitetään edelleen kohti avoimempaa rangaistusten täytäntöönpanoa, mikä käytännössä tarkoittaa avolaitosten ja yhdyskuntaseuraamusten lisäämistä. (Rikosseuraamuslaitos 2011, 3) Perustelut avoimemmalle rangaistusseuraamusjärjestelmälle ovat sekä taloudellisia että parempaan vaikuttavuuteen ja siten yhteiskunnan turvallisuuteen liittyviä. Jotta avoimempi täytäntöönpano olisi mahdollista, on tuomittujen päihdeongelmaan kyettävä vaikuttamaan tehokkaasti. Joukamaan (2010) rikosseuraamusasiakkaiden terveystutkimuksen mukaan miesvangeista 84 prosentilla on jokin elämän aikainen päihderiippuvuus.

Vaikuttavampaan asiakastyöhön Rikosseuraamusalalla on kansainvälisen mallin ja tutkimustyön seurauksena on 1990-luvulta lähtien pyritty ns. What works ajattelumallin avulla. What works -ajattelulle on ominaista rikolliseen käyttäytymiseen vaikuttaminen nojaamalla tutkimuksen perusteella vaikuttaviksi todettuihin käytäntöihin. Ajattelussa korostetaan erilaisten yksilöllisesti kohdennettujen toimenpiteiden ja menetelmien tärkeyttä sekä niiden jatkuvaa tutkimista ja todentamista tieteellisin menetelmin. (What works... 2003,) What works -ajattelu on vaikuttanut suuresti suomalaisen yhdyskuntaseuraamustyön sisältöihin, mm. tuomalla riski- ja

tarvelähtöisen ajattelun ja kognitiivis-behavioraaliseen teoriataustaan nojaavia toimintaohjelmia käyttöön. (Yhdyskuntaseuraamustyön kehittämisen linjaukset, 2006, 59) Olennaista ajattelussa on toimenpiteiden oikea-aikainen, oikeansuuruinen ja oikeaan osoitteeseen kohdistaminen.

Yhdyskuntaseuraamustyön kehittämisen linjauksissa (2006, 19) todettiin, että asiakastyön kehittämisen yleisenä lähtökohtana on perusteltua pitää What works -ajattelulle ominaista vaikuttavuuden arviointia. What works -aikakauden alkuaikoina keskityttiin riski- ja tarvetekijöihin ja niiden rinnalle on linjausten mukaisesti nostettava myös vahvuustekijät, jotka edesauttavat muutosta. Asiakkaan elämäntilanteen yksilöllinen arviointi toimii interventioiden suuntaajana. Riski-, tarve- ja vastaanottavuusmallia on kritisoitu mm. siitä, että se ei riittävästi ota huomioon ihmisen henkilökohtaisia ominaisuuksia. Vastauksena kritiikkiin on rinnalle kehitetty ihmisen vahvuuksia ja korjaavia toimenpiteitä painottava ns. good life model, joka huomioi yhteiskuntaan sopeutumisen ja sosiaalisen verkoston merkityksen muutosprosessissa. Tässä mallissa korostetaan yksilön vahvuuksien ja olemassa olevien resurssien vahvistamista ja hyväksikäyttämistä uusintarikollisuuden vähentämisessä ja paremman elämän saavuttamisessa. (Knuuti & Vogt-Airaksinen, 2010, 7–8.)

Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjaukset vuosille 2012–2016 on vastikään hyväksytty ja julkaistu (Päihdetyön linjaukset... 2012) Linjauksissa määritellään varsin kunnianhimoiset tavoitteet ja taso, jonne pyritään vuoteen 2016 mennessä. huolimatta koko ajan supistuvista resursseista. Linjausten mukaan päihdetyö on keskeinen osa rikosseuraamusalan perustyötä. Päihdetyö jakaantuu arviointiin, motivointiin ja kuntoutukseen ohjaamiseen, päihdevalvontaan sekä päihde-hoitoon ja kuntoutukseen. Päihdetyöllä nähdään olevan rikoksia vähentävä ja siten yhteiskunnan turvallisuutta parantava merkitys. (Mt., 6.) Esimerkiksi. vuoden 2008 tietojen mukaan noin 80 prosenttia henkirikoksista ja noin 70 prosenttia pahoinpitelyrikoksista on tehty alkoholin vaikutuksen alaisena (Rikollisuustilanne, 2008,)

Päihdetyön linjauksissa (2012, 20) todetaan, että yhdyskuntaseuraamustyössä päihdeongelmaisia asiakkaita pyritään ensisijaisesti kiinnittämään yleisiin päihdepalveluihin, joissa päihdekuntoutuksen varsinainen asiantuntemus on. Kuitenkaan aina näitä palveluja ei ole saatavissa ja kuntien palvelut vaihtelevat resursseiltaan ja ammatillisuudeltaan. Osa yhdyskuntaseuraamuksista on lyhyitä ja asiakkaan päihdeongelma vaatisi palveluja nopeasti. Tästä syystä myös yhdyskuntaseuraamustyössä täytyy olla valmiutta vastata päihdetyön tarpeeseen, erityisesti pohjustamaan varsinaista päihdekuntoutusta.

Rikosseuraamuslaitoksen ohjelmatyössä nojaututaan periaatteisiin, joiden on tutkitusti todettu vähentävän uusintarikollisuutta. Käytetyt ohjelmat hyväksytään akkreditointimenettelyssä. (Knuuti & Vogt-Airaksinen,

2010,4) Päihdeongelmallisille tarjotaan erityyppisiä ja intensiteetiltään erilaisia ohjelmia ja tukitoimenpiteitä, koska mikään yksittäinen interventio ei ole tutkimuksissa osoittautunut muita paremmaksi. Yhdyskuntaseuraamuksissa interventiot ovat aina melko lyhyitä kestoiltaan, mutta intensiteetti voi hyvinkin paljon vaihdella.

Rikosseuraamusalan yhdyskuntaseuraamustyötä ohjaavat keskeiset tavoitteet päihdetyön osalta vuoteen 2016 ovat seuraavat (Päihdetyön linjaukset... 2012, 35–37):

- arviointia, motivointityötä ja palveluohjausta kehitetään; arviointi on systemaattista ja tasalaatuista, motivointiin osallistuu koko henkilökunta ja motivointityö on pitkäjänteistä, asiakkaita ohjataan tarkoituksenmukaisesti päihdepalveluihin
- päihdekuntoutustarjontaa lisätään; päihdekuntoutuksen tarjonta vastaa asiakkaiden tarpeita, on riittävän monipuolista, laadukasta, ulottuu yli sektorirajojen ja jatkuu mahdollisesti täytännönpäätöksen päättymisen jälkeen
- yhdyskuntaseuraamustyön päihdetyötä vahvistetaan; päihdetyön työmuotoja ovat mm. arviointi, motivointi, puheeksiotto, hoitoonohjaus, tukeminen päihdeettömyyteen sekä retkahdusten käsittely
- henkilöstön päihdetyön osaamista kehitetään ja työssä jaksamisesta huolehditaan; päihdetyötä koskevat toimintaperiaatteet ovat selkeät ja läpinäkyvät, sidosryhmiä vahvistetaan
- tutkimus- ja tilastotietoa päihdetyöstä lisätään; tutkimusta, tilastointia ja raportointia kehitetään siten, että se tuottaa tietoa rikosseuraamusasiakkaan päihdeidenkäyttöön, päihdehoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista,
- tehokkaita ja näyttöön perustuvia menetelmiä käytetään; päihdetyössä käytetään näyttöön perustuvia menetelmiä sekä menetelmiä, joiden on todettu toimivan tehokkaasti rikoksentehtävien kanssa työskennellessä, hoitojatkumot varmistetaan.

Rikosseuraamusalan varsin kunnianhimoiset tavoitteet päihdetyöhön tuleville tiukan talouden vuosille luovat puitteita myös tälle omalle kehittämis-työlleni. Akkreditointimenettelyä kaipaavaan ohjelman kehittelyyn ei ole tarkoituksenani pyrkiä – siihen ei taitaisi työn ohella riittää energiaa, eikä ehkä taitojakaan. Akkreditoidut, muutokseen pyrkivät strukturoidut ohjelmat ovat osoittaneet käyttökelpoisuutensa yhdyskuntaseuraamustoimiston asiakastyössä. Kun ohjelmaan valikoituminen perustuu huolelliseen arviointiin ja toiminta lähtee asiakkaan tarpeesta, kyvyistä ja motivaatiosta, hyöty on molemminpuolinen. Asiakas kokee työskentelyn mielekkäänä ja

hyödyllisenä ja työntekijä kokee työn palkitsevana ja mielekkäänä. Suurin osa asiakastyöstä on kuitenkin muuta kuin ohjelmatyötä – silti tiivistä vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. Sitä vuorovaikutusta jokainen työntekijä tekee omalla ammattitaidollaan ja persoonallaan, mutta siinä ei välttämättä aina toteudu suunnitelmallisuus ja läpinäkyvyys. Rikosseuraamuslaitoksessa pyritään käyttämään tutkittuja menetelmiä, joiden on todettu toimivan nimenomaan rikoksenteekijöiden kanssa työskennellessä. Myöskään tämä tavoite ei omassa kehittämistehtävässäni täyty, kehittelen lähinnä materiaalia, joita voi käyttää työskentelyn apuna, välineenä ja jotka auttavat työn suunnitelmallisuuden lisäämisessä. Rikosseuraamusasiakkaiden kanssa tehtävä työ perustuu asiakkaan kanssa laadittuun tavoitteelliseen suunnitelmaan. Tavoitteet pyritään pilkkomaan konkreetteiksi toiminnoiksi ja teoiksi, keinoiksi, joilla tavoitteisiin pyritään. Oma kehittämistehtäväni pyrkii antamaan välineitä ottaa käyttöön keinoja, joilla asiakkaita ohjataan käsittelemään keskustelun ja/tai tehtävien avulla niitä elämänsä alueita, joilla on merkitystä tavoitteiden saavuttamisessa.

Rikosseuraamusalalla on otettu käyttöön kognitiivis-behavioraalisia työskentelymenetelmiä ja toimintaohjelmia, koska niillä on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan parhaat tulokset rikolliseen käyttäytymiseen vaikuttamisessa. Rikosseuraamusalan asiakastyöntekijät ovat lähes kaikki käyneet ainakin motivoivan haastattelun peruskoulutuksen ja tavoitteena on, että kaikilla rikosseuraamusalalla työskentelevillä tulisi jatkossa olemaan ainakin perustiedot motivoivasta työskentelymenetelmästä. Myös kognitiiviseen työskentelyyn perustuvaa koulutusta tarjotaan rikosseuraamusalan koulutuskeskuksessa ja se kuuluu osana ns. koulutuspolkuun, jonka suurin osa asiakastyötä tekevistä työntekijöistä käy läpi. (mm. Knuuti & Vogt-Airaksinen, 2010; Päihdetyön linjaukset..., 2012). Edellä mainitusta syystä pyrin omassa työssäni ensisijaisesti hyödyntämään motivoivaa ja kognitiivista työskentelyä. Kuitenkin pyrin liittämään soveltuvien osin päihdetyön koulutuksen aikana oppimiani narratiivisen ja ratkaisukeskeisen työskentelytavan elementtejä. Tavoitteenani on kehittää materiaalia sekä arviointiin, motivointiin että kuntoutuksen tukemiseen työnantajaorganisaation linjausten mukaisesti. Tarkoituksena on kehittää materiaalia suunniteltuun, ajallisesti rajattuun, tavoitteelliseen asiakastyön prosessiin.

Rikolliseen käyttäytymiseen vaikuttamisen ns. What works -tutkimuksissa on todettu, että rikoksenteekijöiden kanssa tehtävässä työssä on tuloksellista pyrkiä muuttamaan käyttäytymistä, kehittämään uusia taitoja, muuttamaan käyttäytymistä ohjaavia ajatuksia, käyttämään mallioppimista ja kerrata opittua käyttäytymistä. Edelleen tutkimuksissa on todettu, että kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa soveltuu erityisen hyvin rikoksenteekijöiden kanssa tehtävään työhön, koska sillä on selkeä rakenne ja se on konkreettinen ja ottaa huomioon kunkin asiakkaan persoonallisuuden

ja oppimistyylin. Kuitenkaan minkään menetelmällisen suuntauksen siinä ei ole todettu toimivan muita paremmin tai erityisen tehokkaasti uusintarikollisuuden vähentämisessä. (Kriminaalihuoltoyhdistys, 2000, 16, 21) Rikosseuraamusalalla keskittyminen kognitiivis-behavioraalisiin työskentelytapoihin on tutkimukseen perustuva tietoinen valinta.

Kognitiivinen työtapa

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on työskentelytapa, jolle on ominaista järjestelmällinen, tavoite- ja asiakaskeskeinen toiminta. Se perustuu oletukselle, että inhimillinen käyttäytyminen on perimän ja ympäristön vuorovaikutukseen perustuva suhde, johon kuuluu ajatukset, tunteet, toiminta ja fysiologiset reaktiot, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tätä vuorovaikutusta tutkitaan ja siihen pyritään vaikuttamaan terapiassa, siten, että ihmistä hoidetaan kokonaisuutena. Kognitiivisen käyttäytymisterapian tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen itsehallintaan ja itsehoitoon antamalla ja opettamalla uusia valmiuksia ja taitoja, mm. uusia toiminta-, tunteensäätely- ja ajattelutapoja.

Beck ym. (1993) esittivät kognitiivisen terapian selitysmallin addiktiiviselle käyttäytymiselle sekä terapiaprosessin etenemisen käytännön tasolla. Kognitiivinen terapia on psykoterapiamuoto, jolla pyritään käyttäytymisen muutokseen muuttamalla tämän käyttäytymisen taustalla olevia ajattelutapoja ja vääristyneitä uskomuksia. Kognitiivinen terapia auttaa päihdeongelmaisia ihmisiä kahdella tavalla: vähentämällä mielihaluja esiintymistiheyttä ja voimakkuutta heikentämällä näitä ylläpitäviä uskomuksia ja opettamalla potilaalle keinoja säädellä tai hallita mielihalujaan.

Kognitiivisen terapian erän tärkeä piirre on ”sokraattinen kysely”. Kyselyllä pyritään ohjaamaan ajattelua alueille, joita hän ei aikaisemmin ole nähnyt ja häntä pyritään ohjaamaan löytämään ratkaisuja ja vaihtoehtoja, joita hän ei aikaisemmin ole harkinnut. Kognitiivinen terapia tarjoaa työvälineitä, joilla henkilö voi muuttaa päihdekäyttämistään. Beck ym (mt.) erottelevat mielihalun ja mieliteon erillisiksi asioiksi ja viive haluamisen ja tekemisen välillä on vaihe, johon suunnataan terapeuttisia väliintuloja. Olennaisia ovat ajatukset, uskomukset, tavat ja hallinta ja hallinnan oppiminen. Addiktiivinen käyttäytyminen liittyy mieliteon ja hallinnan väliseen tasapainoon, eli ei ole tarvetta poistaa mielihaluja kokonaan eikä saavuttaa täydellistä kontrollia, vaan riittää, että hallinta on vahvemmassa asemassa. Terapiassa pyritään heikentämään mielitekoa ja vahvistamaan hallintaa.

Kognitiivista mallia opetettaessa on tärkeää saada henkilö tunnistamaan tilanteiden, ajatusten, tunteiden, mielihalun, käyttäytymisen ja päihdeiden välisiä suhteita. Huomiota kiinnitetään mm. automaattisiin

ajatuksiin, eli niihin spontaaneihin ajatuksiin tai mielikuviin, jotka ohjaavat päihdekäyttöön liittyviä tunteita. Päihdekäyttöä tukevat uskomukset ovat keskeinen tekijä päihdeongelman synnyssä ja päihdeuskomusten tunnistaminen on tärkeä osa hoitoa – uskomukset itse päihdeestä, päihteen vaikutuksista ja päihteen käytölle luvan antavista uskomuksista. Terapiaprosessissa pyritään löytämään käyttöä ylläpitävät uskomukset ja kehittämään niiden tilalle hallintauskomuksia ja harjoittelemaan niitä.

Hallitsemattomat mielihalut ja mieliteot ovat Beckin ym. (1993) mukaan keskeisiä syitä retkahtamiseen ja hoidon keskeyttämiseen. Mielihalujen kanssa toimeen tuleminen on yksi keskeinen osa kognitiivista päihde-terapiaa. Henkilöitä voidaan auttaa heikentämään mielihalujaan useilla tekniikoilla, mm. mielihalun häiritseminen, eli mielenkiinnon siirtäminen muualle, selviytymislauseita sisältävät muistilaput, mielikuvaharjoitukset, mielitekoon liittyviin automaattisiin ajatuksiin vastaaminen rationaalisesti, päihteenkäyttöä korvaavan toiminnan suunnittelu sekä rentoutumis- ja harjoitukset. (Beck, Wright, Newman & Liese 1993; Nils Holmberg 2002)

Nils Holmberg on esitellyt Beckin ym (1993) muiden malliin pohjautuen Rikosseuraamusalalle työskenteleville kognitiivisen käyttäytymisterapian mahdollisuuksia työssä rikoksentehtävien kanssa. Holmbergin mukaan kognitiivisessa työskentelyssä ei niinkään olla kiinnostuneita ongelmakäyttämisen syistä, vaan keskitytään kartoittamaan niitä ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä, jotka ylläpitävät ongelmakäyttämistä. Kartoituksessa Holmberg suosittelee käytettäväksi kynää ja paperia, koska se visualisoi juomiseen johtaneita kognitiivisia tekijöitä ja erittely auttaa asiakasta tunnistamaan tilanteet, joissa hänellä on puutteelliset selviytymistaidot. Usein asiakkailla on puutteelliset kyvyt tunnistaa ajatuksiaan, esim. ajatuskuluja ennen retkahtamista ja näiden tilanteiden läpikäymisellä voidaan löytää ns. minipäätöksiä, jotka lopulta johtavat ongelmakäyttämiseen. Kognitiivisen terapian tarkoituksena Holmbergin (mt., 2) mukaan on myös asiakkaan ajatusvääristymien kartoitus ja korjaaminen. Tilanteet muodostuvat ongelmallisiksi, koska henkilö suodattaa niitä ajatusvääristymiensä kautta, eli itse tilanne ei ole ongelma, vaan tapa ajatella tilanteesta. Holmberg toteaa, että mitä ajattelet, sitä tunnet ja sen mukaan toimit. Tavallisia ajatusvääristymiä ovat esimerkiksi mustavalkoajattelu, väärät yleistyksiset ja mielivaltaiset johtopäätökset. Ajatusvääristymät voivat ylläpitää kielteisiä uskomuksia, esim ”olen toivoton tapaus” tai ylipositiivisia uskomuksia ”hoidan tämän yksin, ei ole iso juttu”, joiden molempien löytäminen on työskentelyssä tärkeää. Työskentelyssä kartoituksen lisäksi etsitään vaihtoehtoisia toimintatapoja tai tapoja ajatella, joita harjoitellaan työskentelyn aikana. (Holmberg, 2002, 3–5) Holmberg (mt., 7–8) toteaa rikosseuraamusasiakkaista, että monet heistä ovat vailla rakentavia ongelmanratkenta- ja itsehallintakeinoja, mistä syystä heillä on vaikeuksia kognitiivisen mallin ymmärtämisessä. Rikollisessa elämäntavassa kiinni olevat ihmiset eivät useinkaan ole tottu-

neet ajattelemaan omaa käyttäytymistään ja vaihtoehtoja sille. Kuitenkin, mikäli työskentelyn tavoite on riittävän houkutteleva, voidaan kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla auttaa asiakkaita siirtymään epämääräisestä, hajanaisesta pika-ajattelun mallista enemmän ongelmakeskeiseen, omaa reaktioaikaa pidentävään malliin.

Motivoiva työtapa

Åke Farbringin ja Pia Bergen (2006) kehittämässä motivoivien keskustelujen käsikirjassa esitetään William Millerin ”Viettelysten vaunu” -metaforan avulla mikä saa aikaan ihmisen käytöksen muuttumaan. Muutokseen tarvitaan 1) tieto ongelman olemassaolosta, 2) muutostarpeen kokeminen tunnetasolla, 3) tahto ja 4) kyky. Nämä neljä kategoriaa edistävät samanaikaisesti, mutta toisistaan riippumatta sitoutumisen syntymistä. Noiden neljän vaunun olemassaolo vie tekemisen vaunun pääteasemalle. (Farbring & Berge, 2006, 32)

William Millerin ja Stephen Rollnicin 1990-luvun taitteessa esittelemä motivoiva haastattelu, keskustelumenetelmä, on sittemmin levinnyt monenlaiseen muutostyöskentelyyn. Suomessa erityisesti päihdehuollossa ja rikosseuraamusalalla menetelmä on otettu laajalti käyttöön. Motivoiva haastattelu tai motivoiva keskustelu lähtee siitä sosiaalipsykologisesta oivalluksesta, että ihmisiin vaikuttavat enemmän heidän omat sanansa, kuin se mitä toiset sanovat. Ja että ihmiset muuttuvat omasta, eivätkä työntekijän viitekehyksestä käsin. (Farbring & Berge 2006, 14–15).

Farbring ja Berge kuvasivat menetelmän taustalla olevan vähän vanhaa, vähän uutta ja vähän lainattua. Motivoivaan haastatteluun läheisesti kytketty James Prochaskan ja Carlo DiClementen transteoreettinen muutosvaihemalli. (Koski-Jännes 2008, 44). Muutosvaihemallissa kuvataan muutosprosessia toisiaan seuraavina vaiheina; esiharkinta- harkinta-, valmistelu-, toiminta ja ylläpitovaiheina. Lisäksi, erityisesti riippuvuusongelmissa, retkahdukset ovat yleisiä ja myös niillä on oma oppimistehtävänsä muutoksen pyörässä tai spiraalissa, joita kumpaakin nimitystä käytetään. (Koski-Jännes 2008, 44.)

Käytännön työssä asiakkaan muutosvaiheen selvittäminen ja ymmärtäminen helpottaa sekä työntekijää että asiakasta. Työntekijän on tärkeää edetä asiakkaan mukaan, eikä kiirehtiä asioiden edelle. Myöskään jo päätöksensä tehneen ja toimintavaiheeseen edistyneen asiakkaan kanssa ristiin syventämisellä ei enää päästä eteenpäin. Asiakkaalle vaiheittaisen muutosprosessin ymmärtäminen saattaa lisätä muutosvalmiutta ja luottamusta muutoksen mahdollisuuteen. Varsin tuttuja päihdetyössä ovat asiakkaat, jotka oltuaan muutaman viikon juomatta/käyttämättä huumeita us-

kovat ongelman olevan voitettu. Ja sitä seuraava retkahdus romahduttaa itsetunnon ja uskon itseen ja mahdollisuuksiinsa irrottautua päihteistä. Muutoksen vaiheittaisuuden ymmärtäminen sen sijaan auttaa ymmärtämään, että vasta päätöksen jälkeen alkaa varsinainen ”raaka työ” muutoksen eteen ja retkahduksesta voi oppia.

Motivoivassa haastattelussa on Millerin ja Rollnicin (1991, Nils Holmbergin käännös v. 1993) mukaan viisi perusstrategiaa, joista neljällä ensimmäisellä ensisijaisesti tutkitaan asiakkaan ristiriitaa ja muutosta edistäviä tekijöitä ja ne ovat yleisiä asiakastyön lähtökohtia. Viides on erityisesti motivoivan haastattelun strategia, jonka tarkoituksena Miller ja Rollnick näkevät muiden strategioiden käytön ohjailun ja integroinnin. Nykyisissä motivoivan haastattelun oppaissa useimmiten esitetään neljä perusperiaatetta, joilla pyritään Millerin ja Rollnickin viidenteen strategiaan, eli muutospuheeseen. (Farbring & Berge 2006, 22–26; Koski-Jännes 2008, 50–55.) Nämä neljä menetelmää ovat avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu, myönteinen vahvistaminen ja yhteenvedot.

Motivoivan haastattelun katsotaan soveltuvan erityisesti esiharkinta tai harkintavaiheen työskentelyn menetelmäksi, eli se soveltuu siten erittäin hyvin puheeksiottamisen menetelmäksi. Motivoiva haastattelu vaikuttaa selkeältä ja yksinkertaiselta, ja ehkäpä osa sen suosioista selittykin sillä, että melko lyhyellä kouluttautumisella saadaan käyttöön menetelmä, jolla on tutkitusti todettu olevan vaikuttavuutta. Helposta menetelmästä ei kuitenkaan ole kysymys.

Heijastava kuuntelu, jota Miller on pitänyt motivoivan haastattelun tärkeimpänä taitona, on käytännössä osoittautunut myös yhdeksi vaikeimmista taidoista. Koski-Jänneksen (2008, 53) mukaan heijastavan kuuntelun käytöllä työntekijä voi suunnata asiakkaan huomiota ongelman ratkaisemisen kannalta merkityksellisiin asioihin. Heijastava kuuntelu edellyttää kokoaikaista keskittymistä ja olennaisten asioiden valikointia. Heijastettavaksi ja yhteenvedoin esiin nostettavaksi asiakkaan puheesta pitäisi nostaa erityisesti muutokseen suuntaavat lausumat, muutospuhe (esim. Farbring & Berge 2006; Koski-Jännes 2008). Muutospuhetta on kaikki sellainen asiakkaan lausuma, jolla hän vihjaa muutoksen tuovan jotakin hyvää ja nykytilanteeseen liittyvän jotakin haittaa. Motivoivan haastattelun keskeisin tarkoitus on tuottaa muutospuhetta.

Ratkaisukeskeinen työtapa

Ratkaisukeskeisyydellä tarkoitetaan näkemystä, jonka mukaan ongelman ratkaisemisen edellytys ei ole ongelman syyn tiedostaminen tai selvittäminen. Sen sijaan lähdetään siitä, että ongelmat ovat haasteita, jotka voidaan

ratkaista parhaiten, jos suuntaudutaan tulevaisuuteen, työskennellään hyvässä yhteistyössä eri osapuolten kanssa, hyödynnetään ihmisten omia voimavaroja ja ideoita, etsitään uusia myönteisiä näkökulmia ja rohkaistaan ihmisiä kokeilemaan uusia, luovia ratkaisuja. (Ahola & Furman, 1990, 30–31.)

Ratkaisukeskeisen työskentelytavan kysymyksenasettelu soveltuu hyvin rikosseuraamusalalla. Se laajentaa siellä perinteisesti käytettyä avoimiin kysymyksiin pyrkivää haastattelutapaa. Karl Tomm (Yliniemelä 2012) jaottelee kysymykset neljään ryhmään: 1) Lineaariset kysymykset, joilla yleensä kerätään faktatietoa yhteistyön alussa, 2) Sirkulaariset kysymykset eli kehämäinen haastattelu, joilla saadaan keskusteluun moniäänisyyttä, 3) Strategiset kysymykset, joilla työntekijä esittää vaihtoehdon tai ohjeen, jotka toimiessaan voivat kyseenalaistaa ongelmallisia ajatus- tai käyttäytymiskuvioita ja 4) Refleksiiviset kysymykset, jotka ovat pohdiskelevia ja uusia vaihtoehtoja avaavia.

Ratkaisukeskeisyydessä on hyvin paljon samaa kuin rikosseuraamusalalla painotetussa kognitiivis-behavioraalisisessa ja motivoivassa työskentelyotteessa ja siten siitä helposti saa lisää jo olemassa olevaan ”työkälypakettiin”. Olennaisin sisältö on siinä, että asiakas määrittelee itse tavoitteensa ja hänelle on annettava riittävästi tilaa puhua tilanteestaan. Asiakkaan voimavarat; kyvyt, taidot, osaamiset ja menneisyys voimavarana otetaan käyttöön. Ongelmaa tarkastellaan poikkeuksien kautta – mitä silloin oli toisin, kun ongelmaa ei esiintynyt. Selkeä tavoitelähtöisyys ja tulevaisuussuuntautuneisuus luovat mahdollisuuden saada muutosta aikaa lyhyen työskentelyn puitteissa.

Narratiivinen työskentely

Narratiivisessa ja asiakkaan vahvuuksia painottavassa työskentelyssä asiakkaiden vahvuudet, kyvyt ja taidot nostetaan esiin heidän elämästään luotavien uusien tarinoiden avulla. Vanha ongelmatarina muuttuu myönteisempään suuntaan, kun asiakkaat antavat työntekijän kanssa käytyjen keskustelujen kautta kokemuksilleen ja elämäntapahtumilleen uusia merkityksiä ja tulkintoja. Keskustelujen avulla heillä on myös mahdollisuus havaita paremmin myönteisiä onnistumisia ja muita poikkeuksia, jotka eivät sovikaan ongelmatarinaan. Narratiivisuus asettaa kyseenalaiseksi oletettuja totuuksia ja luo asioille uusia merkityksiä. (Haapasalo & Hahl 2008, 4.)

Narratiivisen työskentelyn kuusi keskeistä menetelmää Whiten (2008) jäsentelyn mukaan ovat:

1. Ulkoistava keskustelu, mikä tarkoittaa, että ongelmaa tarkastellaan henkilöstä erillisenä, ihminen ei ole ongelma, vaan ongelma

on ongelma, ongelmalle annetaan nimi ja sitä ja sen toimintaa, tekoja, läsnäoloa yms. tarkastellaan yksilöstä erillisenä (mt., 13–62)

2. Tarinan uudelleen rakentaminen: hallitsevalle ongelmatarinalle haetaan vaihtoehtoinen tai vaihtoehtoisia tarinoita, joissa tulee esiin laajempi ja moninaisempi kuvaus elämästä ja yksilön identiteetistä (mt., 63–130)
3. Uudistavat jäsentelyt, joissa ns. elämän kerhon merkittävien ihmissuhteiden kautta ihminen kokee oman identiteettinsä suotuisalla tavalla itselleen merkittävien ihmisten parissa. Elämän kerhon jäsenten ei tarvitse olla läsnä, ne voivat olla merkittäviä vaikka jo kuolleita ihmissuhteita tai jopa lemmikkejä, mutta joihin henkilöllä on ollut merkittävä tunneside (mt., 131–166)
4. Määrittelyseremoniat; ihmiselle annetaan mahdollisuus kertoa tai esittää elämänsä tarina reflektioryhmälle, joka antaa sen jälkeen oman vastineensa tarinalle siten, että hänelle annetaan tunnustusta ja uusi arvo (mt., 167–220)
5. Ainutkertaiset avaukset; tilanteita, hetkiä, tarinoita, joissa ongelmaa ei esiinny, ne voivat olla sellaisia, joihin henkilö ei ole kiinnittänyt huomiota, mutta joka voi toimia oviaukkona vaihtoehtoiseen tarinaan (mt., 221–262)
6. Opastavat keskustelut ovat tukea antavia keskusteluja, joilla työntekijä auttaa asiakasta etenemään tuntemattoman vyöhykkeen yli riittävän pienissä askelissa, vähän kerrallaan (mt., 263–288).

Vygotskin ajattelua mukaillen White (2008, 288) esittää, että henkilökohtaisen toimijuuden kokemus ja kyky vastuulliseen toimintaan perustuvat erityiseen sosiaalisen yhteistoiminnan muotoon, joka toimii opastuksena lähikehityksen vyöhykkeen poikki. Tutun ja totutun ja uusien mahdollisuuksien välisen kuilun ylittäminen antaa ihmiselle uudenlaisen toimijuuden tunteen, tunteen että hän hallitsee itse elämäänsä, vaikuttaa siihen, niin että elämä etenee omien pyrkimysten suuntaan ja tekee sen omien tietojen ja taitojen mukaisesti.

White (2008, 13) totesi, että usein ihmiset pitävät ongelmiaan oman tai muiden ihmisten identiteetin tai heidän välisten suhteiden identiteetin heijastuksina. Whiten mukaan ihmiset alkavat uskoa, että ongelmat ovat osa heitä itseään tai muita elämänsä ihmisiä – eli että ihminen on ongelma. Tämä uskomus johtaa Whiten mukaan ongelman pahenemiseen. Ulkoistavat keskustelut tarjoavat mahdollisuuden katsoa ongelmaa itsensä ulkopuolella. Rikoksiin syylistyneet päihdeongelmaiset ihmiset ovat usein

kokeneet elämänsä enemmän tai vähemmän sarjana epäonnistumisia ja pettymyksiä ja käsitys itsestä on usein hyvin kielteinen ja ongelmasävytteinen. Ongelman ulkoistaminen pois omasta persoonallisuudesta toimii omien kokemusten mukaan oikeasti. Vaikka olen tietoisesti kokeillut narratiivisen työskentelyn ulkoistavia keskusteluja vasta vähän aikaa, olen jo nähnyt lupaavia onnistumisia. Asiakas tuli sisään hartiat kumarassa, pitäen itseään toivottomana tapauksena ja kun istutimme sen toivottoman tapauksen siihen viereiselle tuolille ja tarkastelimme sitä ulkopuolisen silmin yhdessä, asiakas löysi ratkaisuideoita. Ja ulos työhuoneestani tunnin keskustelun jälkeen käveli hyväryhtinen, tomera nuorimies.

Narratiivisen työskentelyn toimintatavoista on helposti mukautettavissa rikosseuraamusalan asiakastyöhön ainakin ulkoistavat keskustelut sekä ainutkertaisten avauksien tarkastelu. Ihmisen tarinoiden kuuleminen ja narratiiviselle työtavalle ominainen viiptyleisyys ja keskeisten kysymysten ympärillä ”maleksiminen” ovat tervetulleita tämän asiakasryhmän kanssa työskentelyyn, koska monilla on hyvin paljon kokemuksia hylkäämisistä ja ettei heitä oteta todesta ja etteivät tule kuulluksi. Koulutuksen aikana narratiivisen työtavan tehtävää asiakastilanteessa tehdessäni koin erityiseksi haasteeksi luopua rikosseuraamusalalla totutusta myönteisen käyttäytymisen vahvistamisesta, jonka oletan olevan haasteena myös monille muille. Joskus ja joissakin tilanteissa sille kuitenkin voi olla tarvetta – korostaen että asiakas arvottaa itse elämänsä, meidän ei tule sitä tehdä.

Hyödyllisiä apuvälineitä

Päihdelinkki on A-klinikkasäätiön ylläpitämä verkkopalvelu päihdeistä ja riippuvuuksista. Palvelu on tarkoitettu sekä päihdeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen, että ammattilaisille ja opiskelijoille. Sivuilta löytyy sekä monipuolista tietoa riippuvuuksista että hyödyllisiä käytännön ohjeita ja testejä sekä itsearviointiin että ammattikäyttöön. Alkoholista koskevalla A-linjalla on n. 40 artikkelia koskien alkoholia käsitellen asiaa eri näkökulmista.

Päihdelinkin käyttökelpoisuus on toki huomattu yhdyskuntaseuraamustyössä, koska asiakastietojärjestelmän työskentelyosioon on liitetty suora yhteys Päihdelinkkiin. Epäedustavan, sattumanvaraisella otannalla tekemäni kyselyn perusteella sitä kuitenkin käytetään sattumanvaraisesti. Päihdelinkki tarjoaa hyvän apuvälineen yhdyskuntaseuraamusten päihde-työhön ja omaehtoisen muutoksen apuvälineeksi asiakkaille. Alkuarvioinnissa testit tarjoavat sekä asiakkaalle, että työntekijälle tietoa siitä missä mennään. Testien, esim. Audit testin kirjallinen palaute syventää keskustelua päihdeidenkäytön riskeihin yleensä että ko. asiakkaan tilanteessa. Tavoitteita muutostyölle asetettaessa testeillä voidaan arvioida millaisella

muutoksella voidaan riskiä olennaisesti pienentää, eli kokeillaan millaisilla vastausvaihtoehdoilla päästäisiin tavoitetasolle. Etuna pelkkään keskusteluun verrattuna siinä on konkretia – lasketaan pisteitä ja palaute tulee kirjallisena, siihen voi syventyä ja pohtia kaikessa rauhassa. Päihdelinkin keskustelupalstoilta asiakas voi löytää vertaistukea ja uusia keinoja toisten kokemuksista miten selvitä eteenpäin. Itse olen käyttänyt Päihdelinkkiä verraten paljon – usein tarkoituksena ohjata asiakkaita itsearviointiin ja omaehtoiseen muutokseen sekä vertaistuen hyväksikäyttöön kotoa käsin. Olen huomannut että varsinkin tietokoneen kanssa muuten aikaa viettävä nuorempi asiakaskunta, jolla ehkä kynnys AA- tai muun vertaistuen hakemiseen voi olla korkea, ottaa varsin helposti Päihdelinkin ja muun netistä löytyvät oma-apusivustot käyttöönsä.

Toinen, erityisesti rikoksentekeijöille suunniteltu nettisivusto on Kriminaalihuollon tukisäätiön ylläpitämä Portti vapauteen. (www.porttivapauteen.fi) Myös siellä keskustelujen ja omien sekä toisten tarinoiden kautta voi saada vertaistukea ja mm. oppimiseen ja rikoksentekeijöiden muihin tavallisiin ongelmiin tietoa, ohjeita ja oppimiseen myös yksinkertaisia oma-aputestejä. Päihdelinkin ohella portti vapauteen sivusto on suositeltava oma-apu ja tuki internetissä, jota on syytä esitellä erityisesti jo vankilaan saakka edenneille asiakkaille.

Työskentelyn ja arvioinnin apuvälineitä

Työskentelyn aloitukseen kuuluu luonnollisesti ongelman määrittely ja arviointi. Arvioinnissa otetaan huomioon paitsi asiakkaan määrittelemä ongelma, myös kyvyt, motivaatio, erityiset riskit ja vahvuudet. Arviointivaihe on tärkeä paitsi tilanteen ja yhteistyön määrittelyn vuoksi myös vuorovaikutuksen ja hyvän yhteistyön synnyttämiseksi. Motivoiva työskentelyote, tasa-arvoisen, asiakasta kunnioittavan yhteistyösuhteen synnyttäminen luo pohjan onnistuneelle muutostyölle. Päivi Raution luennosta Oulussa syksyllä 2011 jäi mieleeni lause ”vastuu vuorovaikutuksesta on aina työntekijällä”, mikä on mielestäni hyvä muistisääntö aina uutta asiakassuhdetta aloitettaessa. Arviointivaiheen apuvälineinä voidaan käyttää mm:

- oppimisvaikeus- tai oppimistyylitestejä, mikäli suunnitelmissa on pidempiaikainen ja kynä–paperitehtäviä sisältävä työskentely (www.porttivapauteen.fi)
- siakastietojärjestelmän työskentelyosion kartoitus: sosiaalisen tilanteen ns. peruskartoitus ja arvio rikoksenuusimisriskin näkökulmasta

- elämäntilannearvio (mm. nuorisorangaistusmateriaali, ohje-nuora) asiakas arvioi asteikolla 1–10 erilaiset asiat omassa elämässä omasta mielestä on tällä hetkellä,
- päihdelinkin audit, sadd, juomatapa yms. testit päihteidenkäyttöön liittyen tai mielialatesti, jolla voidaan karkeasti arvioida mm. onko asiakasta tarvetta ohjata esim. masennuksen vuoksi asianmukaisen avun piiriin (www.paihdelinkki.fi)
- Sokrates päihde- ja huumeongelmaisen kyselylomake sekä Uricatesti, testejä joita käytetään arvioimaan asiakkaan muutosvaihetta, ovat tuttuja mm. nuorisorangaistusta toimeenpaneville ja vkm-ohjelmaa ohjaaville työntekijöille. (mm. Viisi keskustelua muutoksesta, 2012, 43–51)

Rikosseuraamusalalla on käytössä erityisesti asiakkaan muutokseen motivoiva akkreditoitu *Viisi keskustelua muutoksesta* (VKM) -toimintaohjelma joka on puolistrukturoitu ja siten joustava erilaisiin tilanteisiin. VKM on perustyökalu yhdyskuntaseuraamustoimiston motivointityössä, mutta myös jo hyvässä muutostyössä olevan asiakkaan tavoitteiden määrittelyn apuvälineenä ja muutoksen tukemisessa. Motivoivan haastattelun koulutus pyritään ulottamaan kaikkiin lähityötä tekeviin rikosseuraamusalan työntekijöihin (Päihdetyön linjaukset, 2012, 38.) Asiakkaan kuuleminen ja kuunteleminen, aito kiinnostus ja ajan antaminen asiakkaan tarinoille, unelmille, toiveille sekä luottamus siihen, että asiakas löytää itse omat ratkaisunsa ovat niitä eväitä, joita olen saanut päihdetyön opinnoista ja joita haluan muistuttaa mieliin ja korostaa vuorovaikutuksen perustaksi myös kollegoilleni. Hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa on lähtökohta tavoitteita ja työskentelyä määriteltäessä ja toteutettaessa. Olen arvioinut useiden vuosien ajan VKM-ohjelmaan koulutautuvien työntekijöiden työskentelyä nauhoitettujen keskustelujen avulla, eli toimin ko. ohjelman metoditukena. Vuorovaikutus, empatia ja motivoivan haastattelun perusmenetelmät ovat useimmiten kohtuullisesti hallinnassa. Sen sijaan hyvin usein työntekijät astuvat ns, asiantuntija-ansaan. Motivoivassa työskentelyssä, kuten myös narratiivisessa tai ratkaisukeskeisessä korostetaan sitä, että työntekijän olisi irrottauduttava asiantuntijan roolista ja suostuttava ei-tietämiseen ja uskottava, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Asiantuntijan roolista on yllättävän vaikea luopua, mutta siitä luopumalla vältetään myös riski siitä, että tehdään vääriä tulkintoja tai että ohjataan asiakasta väärälle polulle. Asiakastyötä kehitettäessä apuvälineenä oman työn kehittämiseen voisi olla oman työn nauhoittaminen ja katsominen ja kuunteleminen – tietenkin asiakkaan luvalla.

Erilaiset tekniikat voivat olla lisiä, joilla vuorovaikutuksesta saadaan enemmän irti. Työskentelyn tekniikoita ja apuvälineitä on tarjolla vaikka

kuinka paljon ja on tärkeää, että työntekijä uskoo käyttämiinsä välineisiin ja tuntee ne omakseen. Ja tietenkin työvälineiden on sovittava asiakkaalle – päihdelinkin vertaistuen esittely asiakkaalle, joka ei ole koskaan käyttänyt tietokonetta ei ole kovin tarkoituksenmukaista. Mutta hänelle voi suositella AA-ryhmää tai tutustuttaa hänet Päiväkeskukseen.

Muutos- ja terapiatyössä puhutaan paljon metaforisesti kartoista ja poluista. Michael White (2008) nimesi narratiivisesta työtapa käsittelevän kirjansa ”Karttoja narratiiviseen työskentelyyn”. White (2008, 9) kertoo kartan kuvaavan mahdollisuutta unelmoida muista maailmoista ja siirtyä mielikuvituksen voimalla erilaisiin paikkoihin. Terapiatyössä Whiten kartat merkitsevät työskentelyn kulkua ohjaavia ajatuksia ja käytäntöjä. Myös Marja-Leena Toukonen (2010, 10–13) puhuu kartoista esitellessään mielikuvituksen voimaa oman elämän työvälineenä. Toukonen toteaa, että kartta näyttää maastoon merkitys polun paikan, mutta kokemus matkanteosta täytyy hankkia itse. Kartta ei anna tietoa siitä millaista on kulkea polkua yöllä, sateessa, keskitalvella, masentuneena tai rakastuneena. Jo aikaisemmin mainitussa Anja Koski-Jänneksen johdolla toteutetussa motivoivan haastattelun prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksen yhteydessä Harri Sarpavaara analysoi keskustelujen metaforien käyttöä ja niiden merkitystä asiakkaan muutosprosessissa. Yleisin käytetty metafora oli muutoksen vertaaminen matkaan. Sarpavaaran (2010) mukaan nämä ”muutos on matka” metaforat ennustivat merkittävästi asiakkaan vaiheita VKM-ohjelman jälkeen. Jos ”muutos on matka” -metafora keskustelussa ilmensi muutoksen suuntaista puhetta asiakkaat pääsivät tavoitteeseensa seurantavuoden aikana ja jos taas metafora ilmensi epäuskoa, asiakas palasi päihteidenkäyttöön tai häntä ei saatu mukaan seurantaan. Tästä voitaneen päätellä, että metaforia voidaan myös tietoisesti käyttää asiakkaan muutosprosessin tukemiseen. (Sarpavaara, 2010, 252–264)

Apuvälineet, kartat ja niihin merkityt kiintopisteet voivat kuitenkin auttaa asiakasta löytämään oikean polun, aloittamaan matkan kohti tavoitetta.

Näitä apuvälineitä voivat olla mm.:

- kysymyksenasettelu: avoimet, sokraattiset kysymykset, sirkulaariset, lineaariset, strategiset ja reflektiiviset kysymykset tarkoituksen mukaisesti käytettynä
- asiakkaan puheen heijastaminen. - asiakkaan oma puhe tuottaa varmemmin muutosta kuin toisen puhe
- huomio poikkeuksiin; ainutkertaiset avaukset, tilanteet jolloin ongelmaa ei ole; milloin ongelma ei ole ongelma
- jos jokin toimii, älä korjaa sitä
- asiakkaan vahvuudet, onnistumiset, voimavarat
- fläppitaulu, kynä ja paperi; kun puhe tehdään näkyväksi siihen voidaan palata ja sitä voidaan arvioida ja tarkastella

- rentoutumis- ja keskittymisharjoitukset, mielikuvat ja mielikuvi- tus muutostyön apuna
- tyhjän tuolin tekniikka, reflektioryhmä – mitä joku läheinen san- osi/kertoisi, jos olisi läsnä, ulkopuolisen havainnot
- kortit, kuten Mythos, Saga, arvokortit, Persona, valokuvat
- harjoittelu, miten sanoa ei
- kirjoittaminen, esim. elämäni tarina.

Työssä muutokseen pyrkivien, haluavien, tarvitsevien tai sitä vastustavien ihmisten kanssa erilaiset tekniikat, tehtävät, apuvälineet ovat ehkä näitä kartoja tai karttaan merkittyjä kiintopisteitä, mutta matkan tekee ihminen itse – työntekijä voi kulkea jonkin matkaa mukana, mutta ei voi tuota asiak- kaan matkaa tehdä, eikä hänen kokemus siitä ole asiakkaan kokemus

Lopuksi

Olosuhteista johtuen tukikeskustelujen sisällön systemaattinen kehittämi- nen on viivästynyt, mutta toisaalta tietenkin kehittämistä tapahtuu koko ajan. Avoimempi rangaistusten täytäntöönpano tuo vielä jatkossakin uu- sia yhdyskuntaseuraamuksia ja jotta yhä vaikeampien ongelmien kans- sa kamppailevat asiakkaat kykenisivät seuraamuksista selviämään, tarvi- taan rikosseuraamusalalla kehittyvää osaamista ja paitsi koko ajan tiivistä yhteistyötä yhteiskunnan palvelujärjestelmän kanssa, myös osaamista eri aloilla, ja erityisesti päihdetyössä. Ensisijaisesti pyritään palveluohjaukseen ja tehokkaaseen verkostoitumiseen toimialueen kuntien päihdepalvelujen ja muiden palvelujärjestelmien kanssa. Jos arvioinnin perusteella yhdys- kuntaseuraamusasiakkaan päihdeidenkäyttö edellyttää muutosta ja asia- kas motivoituu muutostyöskentelyyn ja tuen vastaanottamiseen, eikä sitä ennestään ole olemassa, tietenkin ensisijaisena ovat yleiset palvelut, joissa voi toteutua jatkuvuus rangaistuksen suorittamisesta riippumatta. Hoitoon hakeutuminen ja sitoutuminen tukee yhdyskuntaseuraamuksen onnis- tumista ja myös toisinpäin, yhdyskuntaseuraamuksen kontrolli ja selkeät säännöt voivat toimia hoidon aloittamisen ja sitoutumisen tukena. Vaikka yhdyskuntaseuraamustyön päihdetyö on toissijaista, sille on käytännössä ollut koko ajan enemmän tarvetta. Näyttää siltä, että rangaistusten avoi- mempi täytäntöönpano on ainakin lähiaikojen todellisuutta, ihan jo talou- dellisista syistä, enkä ihmettelisi vaikka Haminan vankila ei jäisi viimeisek- si lakkautettavaksi vankilaksi. Yhdyskuntaseuraamustyöhön ei kuitenkaan vastaavasti lisätä resursseja, vaan olemassa olevilla resursseilla on kyettävä vaikuttavaan työhön suuremman asiakasmäärän ja vaikeampien ongelmien kanssa. Tähän kyetään nähdäkseni vain tehokkaammalla arvioinnilla, suun-

nittelulla ja kehittämällä työmenetelmiä ja yhteistyötä paitsi ulkopuolisten tahojen kanssa myös rikosseuraamusalan sisällä. Tällä voidaan myös turvata työntekijöiden jaksaminen kuormittavassa työssä.

Lähteet

- Ahola, Tapani & Furman, Ben 1990: Juonia juopuille. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa päihdeongelmiin. Lyhytterapiainstituutti Oy. Hakapaino: Helsinki.
- Beck, a.t. & Wright, F. D. & Newman C. F. & Liese, B. S. (toim.) 1993: Cognitive Therapy of Substance Abuse. Kognitiivinen terapia ja päihdeongelmat: lyhennetty käännös teoksen luvuista 2,7,10 ja 11 (Nils Holmbergin suomennos).
- Farbring, Åke & Berge, Pia 2006: VKM Viisi keskustelua muutoksesta, muutoksen mahdollisuus sinun näkökulmastasi. Viisi puolistrukturoitua motivoivaa keskustelua. Ohjelmakäsikirja. Kriminaalihuollon versio, maaliskuu 2006.
- Haapasalo, Jaana & Hahl, Kari 2008: Voimavaraistava kouluneuvottelu kolmena näytöksenä. Heinolan kaupunki.
- Holmberg, Nils Kognitiivisen käyttäytymisterapian mahdollisuudet. Luentomateriaali Vankeinhoidon koulutuskeskus. <http://www.vhkk.fi/ukh/9322.htm> Viitattu 10.11.2012.
- Joukamaa, Matti ja työryhmä 2010: Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010 Vammalan kirjapaino: Vammala.
- Karsikas, Vuokko 2005: Selvinpäin olosta tulee hyvä fiilis. Päihdeongelmaisten vankien voimaantuminen Rikosseuraamusviraston julkaisuja 3/2005. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.
- Knuuti, Ulla & Vogt-Airaksinen, Tiina 2010: Ohjelmatyö rikosseuraamusalalla. Rikosseuraamuslaitos. Keskushallintoyksikkö. Helsinki.
- Kognitiivisen psykoterapian yhdistys: Mitä kognitiivinen psykoterapia on? [Http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page-id=4](http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page-id=4) Viitattu 9.11.2012.
- Koski-Jännes, Anja 1995: Huppu silmiltä. Katsaus vankien päihdeidenkäytön vähentämismenetelmiin ja niiden tuloksellisuuteen. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston julkaisuja 1/1995. Helsinki
- Koski-Jännes, Anja: Riittinen Liisa & Saarnio, Pekka 2008 (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi: Helsinki
- Koski-Jännes, Anja; Tolonen, Kari & Sarpavaara, Harri 2010: Muutoksen motiivointi. Kriminaalihuollon Viisi keskustelua muutoksesta eli VKM- ohjelman ensimmäisillä tapaamiskerroilla – prosessi ja tuloksellisuustutkimus. Raportti tutkimuksen toteutuksesta ja alustavia tuloksia kuuden kuukauden seurannasta. Sosiaalitutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kriminaalihuoltoyhdistys 2000: Työkalupakki. Mikä toimii. Välineitä rikoksenteijöiden kanssa tehtävään työhön. Kriminaalihuoltoyhdistys: Helsinki.
- Kukkonen, Maija 2006: Saatesanat. Yhdyskuntaseuraamustyön kehittämisen linjaukset. Rikosseuraamusalan käsikirjoja 1/2006. Kriminaalihuoltolaitos. Helsinki.
- Miller, William & Rollnick, Stephen 1991: Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford press, New York. Suomenkielinen käännös luvuista 6, 8, ja 11, Nils Holmberg 1993. Järvenpään sosiaalisairaalan koulutusaineisto .
- Päihdetyön linjaukset vuosille 2012–2016. Rikosseuraamuslaitos: Helsinki.

- Rikollisuustilanne 2008: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 247.
- Rikosseuraamuslaitos 2011. Rise. Esite. Rikosseuraamuslaitos: Helsinki.
- Saarnio, Pekka & Knuuttila, Vesa 2006: Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006):1, 33–40.
- Sarpavaara, Harri, 2010: Metafora muutoksen välineenä ja ennustajana kriminaalihuollon motivoivissa päihdekeskusteluissa. *yhteiskuntapolitiikka* 75, 3, 252–264.
- Toukonen, Marja-Leena 2010: Kuvittele itsesi. Luovuus, mielikuvat ja metaforatyöskentely oman elämän työvälineinä. Basam Books: Helsinki.
- Viisi keskustelua muutoksesta. ohjelmakäsikirja. Rikosseuraamuslaitoksen käsikirja 2/2012.
- ”hat works – mikä toimii vankeinhoidossa ja kriminaalihuollossa. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen oppikirja 1/2003.
- White, Michael 2008: Karttoja narratiiviseen työskentelyyn. Gummerus: Jyväskylä
- www.ratkes.fi/tietoa-ratkaisukeskeisyydestae/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-pahkineaenkuoressa. Viitattu 9.11.2012.
- www.kakkt.fi/terapia.html Käyttäytymisanalyysi ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys ry. Viitattu 10.11.2012.
- www.goodlivesmodel.com/glm Tony Ward; the good lives model: A strengths based approach. Viitattu 27.10.2012.
- Yhdyskuntaseuraamustyön kehittämisen linjaukset. Rikosseuraamusalan käsikirjoja 1/2006. Kriminaalihuoltolaitos. Helsinki
- Yliniemelä, Paula 2012: Johdatusta narratiiviseen työotteeseen. Luentomateriaali: päihdetyön koulutus.
- Yliniemelä, Paula 2012: Ratkaisukeskeinen työote: kysymysten voimasta ja työntekijän roolista. Luentomateriaali, päihdetyön koulutus.
- Yliniemelä, Paula 2012: Ratkaisukeskeisyys: ongelmien ja ratkaisujen määrittelystä. Luentomateriaali: Päihdetyön koulutus.

23 Neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmät päihdetukiasumisen kuntoutuksen prosessissa

Mari Isokoski

Artikkeli kuvaa päihdetukiasukkaiden kuntoutusta ja neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmiä osana sitä. Päihdetukiasuminen tarkoittaa omatoimista suoriutumista tukevaksi asumismuodoksi henkilölle, joka tarvitsee kuntouttavaa tai muuta tukea itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi. Tukiasunnossa asukas asuu normaaliasunnossa, jossa asumiselle on tarjolla ammatillista tukea. Neuropsykiatrisen valmennus on ohjaustyöhön perustuva arjen hallintaa tukeva kuntoutusmenetelmä, joka jalkautuu asiakkaan kaikkiin elinympäristöihin. Asiakkaina voivat olla kaikki, joilla on pulmaa arjen hallinnassa. Valmennus muodostuu yksilölliseksi asiakaslähtöiseksi kuntoutusprosessiksi, jossa keskeisiä menetelmiä ovat dialogi, toiminta ja verkostotyö. Kirjoittaja on koulutukseltaan neuropsykiatrisen valmentaja. Työssään päihdetukiasunnoilla hän käyttänyt neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmiä asiakkaiden kanssa, joilla on pulmia asumisessa, arjen hallinnassa, itsesäätelyssä, käyttäytymisen jaksottamisessa, joustavuudessa, organisoinnissa sekä tarvitsevat tukea päihteettömyyteen.

Päihdetukiasuminen on tarkoitettu täysi-ikäisille, päihteiden ongelmakäytöstä eroon pyrkiville, itsensä hoitamiseen motivoituneille asiakkaille. Asuminen tukiasunnoissa on omatoimista, asukkaat muun muassa huolehtivat itse siivouksesta, pyykinpesusta, kaupassa käynneistä ja aterioista. Asumisessa annettavan tuen tärkein tavoite on auttaa asukkaita selviytymään omatoimisesti ja ilman päihdeongelmia tukiasumisen jälkeen omassa taloudessa. Tukiasumisen kuntoutus pitää sisällään arjen taitojen opettelua päihteettömässä turvallisessa ympäristössä yksilöllisesti räätälöidyn tuen turvin. Kriteerit päihdetukiasumisen asiakkuudelle ovat täysi-ikäisyys sekä pyrkimys päihteettömään elämään, tuen tarve arjessa selviytymiseen.

Päihdetukiasuminen on sosiaalista kuntoutusta ja siihen liittyy ammatillisesti toteutettu, toisinaan hyvinkin tiivis tuki ja kontrolloitu asiakassuhde. Tukiasuminen on tavoitteellista, väliaikaista ja yhteistyösopimuksin säädeltyä asumista. Asukkaalle tehdään tuki- ja/tai hoitosuunnitelma ja asukkaan pitää sitoutua asumissääntöihin. Asuminen voi tapahtua joko yhteisöllisissä soluasunnoissa tai tavallisissa vuokra-asunnoissa. Sosiaalilainsäädännössä määritellään tukiasuminen sosiaalitoimen tai yksityisen palvelujen tuottajan omistamien tai käytössä olevien asuntojen antamista henkilöille, joille tarjotaan tilapäistä tai pitkäaikaista tukea siirtyäkseen myöhemmin itsenäiseen asumiseen. (Pettinen 2010, 5–6)

Tukiasumisella pyritään luomaan edellytyksiä asiakkaan päihdeettömälle sekä itsenäiselle selviytymiselle, ja valmentamaan häntä itsenäiseen asumiseen. Tukiasuminen voi myös olla itsenäisemmän elämän opettelua pitkän laitostuon jälkeen, mutta voi kuulua myös elämäntilanteeseen, jossa ongelmat ovat vasta kärjistymässä. Asumisen sisältö on suunniteltava jokaisen asukkaan tarpeiden mukaisesti, niin että heidän elämäntilanteensa, asumisen ja tuen tarve huomioidaan kokonaisuutena yksilöllisesti. (Pettinen 2010, 7) Asukkaan tilanteen pysyvään parantumiseen ei aina pelkkä asunto riitä, sillä pulmat ovat moninaiset. Tällöin asiakkaalle rakennetaan moniammatillinen tiimi tukemaan asiakkaan kuntoutumisen tavoitteita.

Päihdetukiasumisella luodaan mahdollisuus asua avuntarpeesta huolimatta itsenäisesti ja muiden ihmisten joukossa. Kuitenkin tämä edellyttää asukkaan päihdeidenkäytön, elämisen ja asumisen hallintaa sellaisissa rajoissa, että se on asukkaalle ja hänen lähiympäristölleen siedettävää ja turvallista. Päihdetukiasumisessa ovat asukkaiden itsenäisyyden ja ihmisoikeuksien tukeminen arvokasta työtä. Kuten myös tukiasumisen painottuminen niiden ihmisten pariin, jotka ovat yhteiskunnassa syrjäytymässä, tai ovat jo syrjäytyneet.

Päihdetukiasumisessa kunkin henkilön yksilölliset tarpeet, elämäntilanteen taidot ja elämäntilanteet on huomioitava niin tukiasumisessa kuin normaalissa vuokra-asumisessa, johon on liitetty tukipalveluita. Eri-alaisten tarpeiden seurauksena asunnottomien tukeminen ja asuttaminen vaatii moninaista tukemista. Päihdetukiasumisen piiriin tulevat ihmiset ovat yleisesti kokeneet menetyksiä elämäntilanteensa aikana, päihde- tai/ ja mielenterveysvaikeudet ovat tulleet ylivoimaisiksi hallita ja useilla on laitoistausta sekä pitkittynyttä asunnottomuutta. (Pettinen. 2010. 7)

Asumisajat vaihtelevat paljon päihdetukiasumisen piirissä. Pitkäkestoisessa kuntoutumisprosessissa tukiasuminen on yksi osa, johon kuuluvat taantumet, retkahdukset ja pysähtymiset. Asumisen tukeminen on kokonaisvaltaista päihdeettömyyteen sekä elämisen tukemista, joka mahdollistaa arjessa selviytymisen, jonka myötä mahdollistuu myös asumisen onnistuminen. Tukea toteutettaessa yhdistyy konkreettisesti arjen asioissa auttaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, sekä vertaisryhmä-

toimintaan ohjaaminen ja psykososiaalinen ihmissuhdetyö. (Pettinen 2010, 8)

Asumisen tuen onnistunut toteutuminen edellyttää usein niin verkostotyötä kuin yksilökohtaista tukea. Tuen toteuttamisessa voidaan yhdistää ammattilais- ja vertaistukea, mikä mahdollistaa riittävän tuen, joustavuutta ja pitkäkestoisuutta. Tärkeä näkökulma on saattaen vaihdettavuus eli se, että siirtymä vahvan tuen paikasta normaaliin itsenäiseen asumiseen ei ole liian jyrkkä, vaan tarvittava tuki tukee siirtymistä asuinpaikasta toiseen. (Pettinen 2010, 10)

Päihdetukiasumisen työn vaatimukset

Asiakkaiden tuen tarve tulee ottaa yksilöllisesti huomioon. Tukea ei saa olla liian vähän, mutta ei myöskään liikaa. Yksilöllinen tuen tarpeen määrittely on tärkeää yhdessä asukkaan kanssa, jolloin työntekijä ei määritä mitä tukipalveluja asukkaan tulee käyttää. Pelkkä asunto on jo monelle asukkaalle suuri asia, erityisesti jos on aikaisemmin elänyt pitkään asunnottomana. Asuminen tukiasunnossa päihteettömänä on monelle äärettömän suuri askel ja mahdollistaa niin sanotun normaalin arjen ja elämän. Arkiset asiat kuten omasta hygieniasta huolehtiminen, siivous, pyykin pesu, ruokatalous ja omista raha-asioista huolehtiminen ovat monelle uudelleen opeteltavia taitoja ja muistutus vastuun ottamisesta omassa elämässä.

Työntekijältä vaaditaan laajaa osaamista ja tietotaitoa kohdata päihdekuntoutujia tukiasunnossa. Työssä vaaditaan asiakaslähtöistä yksilöllistä työtettä ja valmiuksia tehdä verkostoyhteistyötä niin viranomaisten kuin asukkaiden omaisten kanssa.

Tukiasunnossa päihteettömyys ja asuminen tukevat toisiaan; asuminen luo edellytyksiä päihteettömyydelle ja päinvastoin. Tukiasunnon tarkoituksena on tukea ihmistä selviämään arjessa ja sitä kautta asukas on jossain vaiheessa valmis siirtymään itsenäisempään asumiseen. Kun tuetusta asumisesta muutetaan uuteen paikkaan, olisi tässä siirtymävaiheessa mietittävä yhdessä asukkaan kanssa jatkotuen tarve. Tuki on kevyempää kuin tukiasumisessa, mutta aluksi säännöllistä ja pikkuhiljaa vähenevää kunnes loppuu kokonaan. Tällä varmistettaisiin varhainen puuttuminen, jos asuminen ei itsenäisesti lähde syystä tai toisesta sujumaan. Erityisesti tarve korostuu yksinäisillä henkilöillä, joilla ei juuri ole sosiaalisia suhteita tai tukihenkilöitä. (Pettinen 2010, 29)

Neuropsykiatrinen valmennus

Neuropsykiatrisen valmennuksen kohderyhmä on laaja ja käsittää laajan kirjon erilaisia neurologisia eritysvaikeuksia ja niiden liitännäispulmia omaavia henkilöitä. (Huoviala 2007, 7) Neuropsykiatrinen valmennus on tarkoitettu henkilöille, joilla on neuropsykiatrisia eritysvaikeuksia, kuten ADHD, autismi, asperger. Heidän lisäksi valmennuksesta hyötyvät henkilöt, joilla on syystä tai toisesta arjen hallinnan ja oman toiminnan ohjauksessa vaikeuksia, muun muassa mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 5)

Neuropsykiatrinen valmennus on ohjaus, tuki ja kuntoutusmenetelmä, joka täydentää yhteiskunnan muita palveluita. Se on tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa, toiminta perustuu asiakkaan tuen tarpeeseen. Valmennuksen ratkaisu ja voimavarakeskeinen ajattelutapa edistää asiakkaan myönteistä käsitystä itsestään ja omista kyvyistään. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 5)

Neuropsykiatrisen valmennuksen tavoitteena on antaa asiakkaalle välineitä arjen saamisessa sujuvaksi silloinkin, kun arjessa on erityisiä haasteita tai oman toiminnan ohjaus ontuu. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 5)

Neuropsykiatrista valmennusta toteutetaan asiakkaan omassa asuin- ja toimintaympäristössä kuten kotona, opiskelupaikassa, harrastuksissa ja niin edelleen. Valmennuksen vahvuutena nähdäänkin sen asiakkaan kaikkiin elinympäristöihin jalkautuminen ja monipuolisten ohjausmenetelmien toimintana. Tapaamisten ohella yhteyttä voidaan pitää myös puhelimitse sekä sähköpostilla. Näiden lisäksi valmentaja on mukana kun tehdään yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. (Huoviala 2007, 13)

Neuropsykiatrisella valmentajalla on vahva koulutus pohja sosiaali-, terveys-, tai kasvatusalalla ammattilaisena. Asiantuntijuuden lisäksi valmentaja hallitsee monipuoliset ohjausmenetelmät, omaa vankan ammattieettisen näkökulman sekä huomioi eri-ikäiset henkilöt, asiakkaan perheen ja verkostot. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 5)

Neuropsykiatrinen valmennus osana kuntoutusta

Arjenhallinta voidaan määritellä neuropsykiatrisen valmennuksen ja nykyään monen muunkin kuntoutuksen tavoitteeksi. (Huoviala 2008, 28) Neuropsykiatrinen valmennus on osa sosiaalisen kuntoutuksen menetelmää. Se tähtää arkipäivän toiminnoista selviytymiseen ja sosiaalisten suhteiden ja osallisen verkoston tukemiseen. Neuropsykiatrinen yhdistettynä terapiaan ja lääkehoitoon antaa yleensä parhaimman tuloksen. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 8)

Sosiaalinen kuntoutus on prosessi, jolla pyritään parantamaan sosiaalista toimintakykyä, kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutuksesta sekä oman toimintaympäristön rooleista. Tähän pyritään muun muassa helpottamalla asumista, liikkumista ja yleistä osallistumista, taloudellinen tuki, sekä tukemalla sosiaalisiin verkostoihin.

Kuntoutusprosessi voidaan määritellä toimenpiteiden loogisesti eteneväksi tai katkeamattomaksi ketjuksi. Kuntoutuminen on muutosprosessi, jonka aikana kuntoutuja saa käyttöönsä itselleen parhaita keinoja, jotta voisi mahdollisimman täysipainoisesti selvitä arkielämän haasteista. (Huoviala 2008, 29)

Neuropsykiatrisessa valmennuksessa valmennuksen tavoitteiden ja menetelmien määrittely tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa, mikä tekee valmennuksesta erittäin asiakaslähtöisen. Asiakkaan aktiivinen rooli tarkoittaa myös aktiivista työtä tavoitteiden eteen. Valmennus parantaa arjen sujuvuuden lisäksi asiakkaan oman arvontuntoa, itseluottamusta, organisointikykyä, itseohjaavuutta, sekä erilaisten arjen taitojen oppimista. (Huoviala 2008, 30)

Valmennuksen tavoitteet, kuten arjenhallinnan lisääntyminen, määritellään konkreettisiksi asioiksi, joiden eteen työskennellään. Onnistumisen kokemukset ovat erittäin merkittäviä asiakkaan voimaantumisen kannalta. Voimaantuminen pohjautuu luottamukseen, arvostukseen, hyväksyntään sekä luottamuksen ilmapiiriin saavuttamiseen. Hyvän ja luottavan ilmapiiriin rakentaminen on yhteydessä itsearvostuksen, minäkuvan ja itsetunnon rakentamiseen, jolloin asiakkaan voimavarat ja luovuus vapautuvat ja hänellä on rohkeus kokeilla erilaisia vaihtoehtoja. Neuropsykiatrisessa valmennuksessa tämä näkyy asiakkaan uskoon omaan selviytymiseen ja muutoksen mahdollisuuteen. (Huoviala 2008, 30–31)

Vaikka neuropsykiatrisen valmennus ei kantaisi läpi elämän, se ei tarkoita etteikö valmennus kannattaisi ja mahdollistaisi joidenkin tavoitteiden saavuttamista ja ylläpitämistä. Onnistumisen kokemukset saattavat olla harvinaisia muun muassa päihteiden käyttäjille, joten niiden muistaminen voi riittää voimavarojen vahvistumiseksi, jos vaikeudet lisääntyvät.

Myönteiset kokemukset ja hyvä sosiaalinen tuki vaikuttavat myös asiakkaan selviytymiseen. Sosiaalinen tuki liittyy vuorovaikutukseen ja sen määrittely identiteetin muodostumisen ja muutoksiin mukautumisen kannalta keskeiseksi tarpeeksi. Neuropsykiatrisen valmennuksen kuvaus osoittaa, että valmennus on kuntoutusta, jossa yhdistyy onnistuneesti kaikki sosiaalisen tuen muodot. (Huoviala 2008, 32) Konkreettista tukea voi olla ympäristön ja esimerkiksi asuinolosuhteiden muuttaminen, kodinhoito ja ruoan laittaminen sekä henkistä tukea saadaan valmennussuhteesta. Tiedollinen tuki liittyy tietoon omista vaikeuksista ja niihin saatavista tukipalveluista, arviointituella annetaan palautetta ja vahvistetaan asiakasta. Hyvä

valmennusprosessi jäsentää toiminnan eri vaiheita ja sen avulla tavoitellaan voimaantumista.

Neuropsykiatrisen valmennus on hyvin terapeuttinen, suhteellisen edullinen, ennaltaehkäisevä, asiakkaan elämänlaatua parantava kuntoutusmenetelmä. Se soveltuu monenlaisille henkilöille kuten päihdekuntoutujille. Pulmat eivät poistu ehkä kokonaan, mutta niiden kanssa voi oppia elämään ja oppia myös uusia ratkaisumalleja pulmatilanteisiin. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 9)

Neuropsykiatrisen valmennuksen toimintaprosessin kuvaus ja menetelmät

Neuropsykiatrisessa valmennuksessa keskiössä on asiakaslähtöinen muutos arkielämässä ja periaatteina on kumppanuus, struktuuri ja prosessi. Valmennus auttaa jäsentämään sekä sisäistä että ulkoista struktuuria, mikä parantaa toiminnan ohjausta ja tavoitteellista työskentelyä. (Huoviala 2007, 33)

Valmennuksen rinnalla kulkee useita eri prosesseja, esimerkiksi päihdekuntoutus sekä avo- että osittain laituskuntoutuksena, ja useita asioita voidaan viedä eteenpäin yhtä aikaa. Valmennuksen ytimessä on voimakkaasti asiakaslähtöisyys ja hänen tavoitteiden määrittely ja niiden vähittäinen toteutuminen. Valmennus etenee sykleissä, jossa tavoitteiden määrittelyn jälkeen edetään toimintaan ja arviointiin. Arvioinnin jälkeen voidaan määrittää uusia tavoitteita.

Valmennuksen alkuarviointi

Alkuarviointi perustuu asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa tutustuminen haastattelun ja dialogisen keskustelun avulla. Alkuarvioinnissa kartoitetaan asiakkaan voimavarat, osaaminen sekä tuen tarpeet. Päihdetukiasukkaiden kohdalla kartoitetaan myös päihdeettömään elämään tukevat verkostot ja toimenpiteet sekä mitkä ovat voimavarat ja vahvuudet. Alkuarviointiin on syytä käyttää aikaa ja se tulee tehdä huolella. Alkuarvioinnin aikana voidaan tarkkailla myös asiakkaan toimintaa arjen tilanteissa, ja saadaan näin tärkeitä havainnointeja arjen toiminnan puutteista ja vahvuuksista.

Tavoitteet

Valmennuksessa keskeisessä asemassa ovat tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaan kanssa, kuitenkin niin että asiakas määrittää tärkeimmän tavoit-

teen. Tavoitteet ohjaavat valmennusprosessia eteenpäin, sekä määrittävät valmennuksen menetelmät.

Tavoitteiden määrittelyyn vaikuttavat muun muassa pulman akuutti luonne, tai esimerkiksi häätöuhka. Oman kokemuksen perusteella, päihdetukiasiakkaiden tärkein tavoite on päihteettömyys ja päivärytmin saavuttaminen sekä arjen hallinnan haltuunotto. Vuorokausirytmien ja arjenhallinnan hahmottaminen korostuu pitkään asunnottomina olleiden päihteiden käyttäjien kanssa.

Tavoitteen määrittelyssä asiakaslähtöisyys on keskiössä myös motivaation kannalta. Valmennusta ajatellen, että mikäli tavoite ei ole asiakkaan, motivaatio laskee ja toivottuihin tuloksiin pääseminen vaikeutuu jo heti prosessin alussa. Motivaatio on tärkeässä osassa kaikessa kuntotuttavassa, muutokseen tähtäävässä työssä. Päihdekuntoutuksessa motivaatiossa keskitytään konkreettisiin asioihin, syy- ja seuraussuhteiden havainnointiin sekä onnistumisen kokemuksiin.

Päihdetukiasumisen valmennusprosessissa onnistumisen kokemukset ovat selkeitä motivaatiota ylläpitäviä tekijöitä. Myönteiset kokemukset vahvistavat asiakkaan itsetuntoa, kokemusta siitä että pärjää, pystyy ja onnistuu sekä vähentävät pelkoa ja epävarmuutta. Onnistumisten kautta pyritään tukemaan eheämmän minäkuvan ja identiteetin rakentamisessa.

Neuropsykiatrisessa valmennuksessa päihdetukiasukkaiden kanssa valmennuksen keskiössä on päihteettömyyteen tukeminen, arjen sujumisen tukeminen, asiakkaan vahvuuksien ja voimavarjojen etsiminen, hyödyntäminen ja tukeminen. Lisäksi asiakasta tuetaan ja autetaan etsimään uusia ratkaisumalleja ristiriitatilanteissa sekä niissä tilanteissa, jotka aiheuttavat pulmia. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa miten kaupassa ohitetaan oluthyllyt tai miten asiakas toimii, mikäli tapaa vanhoja ”ryyppykavereita”, jotka pyytävät mukaansa juomaan.

Toiminta

Päihdetukiasunnoilla valmennus keskittyy asumisen taitoihin, ja siihen liittyviin pulmiin. Keskeistä toimintaa on vuorovaikutus ja keskustelu asiakkaan kanssa, sekä käytännön harjoitteet sujuvamman, paremman arjen saavuttamiseksi. Valmennusmenetelmiä on yhtä paljon kuin on valmentajiakin.

Valmennusmenetelmät jäsentyvät pääsääntöisesti viiteen eri menetelmään:

1. Arvioivat: dokumentointi, havainnointi, palaute, videotointi, toiminnallinen arviointi, itsearviointi, haastattelut, verkostopalaaverit.

2. Strukturoivat: kalenteri, viikko tai päiväaikataulutus, muistilistat, tehtävälistat, kuvat.
3. Ohjaavat: yhdessä tekeminen, mallintaminen (asiakas mallintaa valmentajan toimintaa), toiminnallinen ohjaus, muistilaput, muistutukset puhelimeen, tekstiviestit, puhelut, huoneentaulut, kuvat.
4. Visualisoivat: tilannetta konkretisoivat piirustukset, kuvat, numerot, kaaviot, sosiaaliset tarinat, kielikuvat
5. Reflektoivat: videointi, havainnointi, syy-seuraus-suhde, pulman ulkoistaminen, toiminnan seuranta, itsearviointi, sosiaaliset tarinat. (Huoviala 2007, 41)

Neuropsykiatrinen valmentaja

Neuropsykiatrisia valmentajia on koulutettu Suomessa vuodesta 2003. Valmentajan voi toimia henkilö, jotka ovat sosiaali-, terveys- tai kasvatustalon ammattilaisia joilla on neuropsykiatrisiin erityisvaikeuksiin ja valmennusmenetelmään liittyvä ammatillinen täydennyskoulutus. Asiantuntijuuden lisäksi valmentaja hallitsee monipuoliset ohjausmenetelmät, eri asiakasryhmien kanssa toimimisen sekä vankan ammatillisen näkökulman työhönsä. (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski 2008, 66)

Neuropsykiatrisen valmentajan on tärkeä tuntea oman alueensa palvelujärjestelmä sekä palveluiden tuottajat. Valmentaja toimii usein myös palveluohjaajana, auttaa asiakasta hakemaan hänelle kuuluvia palveluja ja etuuksia.

Valmentajan on tärkeä tuntea oman työnsä eettiset periaatteet. Valmennuksen tulee olla oikeudenmukaista, asiakasta kunnioittavaa, hyväksyvää. Valmentajalla tulee olla kyky empatiaan, silti säilyttäen ammatillinen ote työhönsä. Vaikka valmennettava kohdataan ihmisenä, tulee valmentajan säilyttää ammatillisuutensa. Valmennus on luottamuksellista ja valmentaja sitoo vaitiolovelvollisuus.

Lopuksi

Neuropsykiatrisesta valmennuksesta sinänsä on kirjoitettua tietoa ja tutkimuksia, mutta valmennuksen menetelmien käytöstä päihdetyössä en löytänyt yrityksistä huolimatta kirjallisuutta. Neuropsykiatrisen valmennuksen menetelmät ovat vielä aika tuntemattomia, vaikka valmentajia koulutetaan aktiivisesti ympäri Suomea ja valmennuksen käyttö laajenee. Neuropsykiat-

risen valmennuksen haasteena on säilyttää ja ylläpitää toiminnan laatua, saada lisää rahoittajia ja vakiinnuttaa valmennus osaksi palvelujärjestelmää. Tämä vaatii tiivistä moniammatillista yhteistyötä ja lisää toimijoita.

Kohtaan työssäni päivittäin ihmisiä, jotka kertovat olevan jatkuvan ulkopuolisen arvioinnin kohteena. Ulkopuolisen silmin heidän elämänsä on epämiellyttävää, jäsentymätöntä, repaleista, suunnitelmatonta, tulevaisuuden haaveet epärealistisia. Suunnitelmiin tai asiakkaan sanomiseen ei ole luottamista – mikään ei ole aiemminkaan toteutunut. Ulkopuolisen silmin he sotkevat aina asiansa ja elämänsä, valitsevat väärän tien, eivätkä sitoudu mihinkään. He ovat itsekkäitä ja vastuuttomia. Heidän tulisi sitoutua palveluihin, ottaa oman elämänsä ohjat käsiin ja ryhtyä elämään ja toimimaan oikein.

Päihteidenkäyttäjä kokee harvoin tulleen hyväksytyksi omana itsenään, ja pahimmillaan kokee olevansa kelpaamaton, jopa ihmisenä. Tämä voi aiheuttaa sen, että ihminen rakentaa omat raamit, liittyy alakulttuuriin johon on hyväksytty. Onko päihteidenkäyttäjän kohdalla kuitenkin kyse enempi yhteiskunnan ongelmasta kuin yksilön?

Ympäristö toimii jo voimallisesti monien ”erilaisten” asioissa. Muun muassa kehitysvammaisille, maahanmuuttajille ja niin edelleen on rakennettu väyliä asumiseen, opiskeluun, työllistymiseen. Heidän tukena on erilaisia palvelu ja tukijärjestelmiä muun muassa rampeja kulkemiseen, kotihoito, tulkkipalvelut ja niin edelleen. Ympäristöä muutetaan heidän tarpeisiin sopivaksi. Päihdeasiakkaiden kohtaaminen ympäristössä on vielä alkuvaiheessa. Tukiasuntoja on vähän saatavilla, Rovaniemellä ensisuojaa ei ollenkaan. Miten asiakas kuntoutuu, ellei hänellä ole kotia? Ja mihin asiakas kuntoutuu asunnottomana? Myöskään kuntoutuksen menetelmillä ei ole mitään väliä, ellei asiakkaalla ole omaa kotia.

Jokainen meistä on saanut syntymässään arvon – ihmisen ja elämän arvon. Kukaan meistä ei ole voinut tilata itselleen hyvää, onnellista elämää sen enempiä kuin onnetonta, päihteiden täyttämää elämää. Ympäröivät tekijät, mallit, perimä sekä olosuhteet vaikuttavat niihin tekijöihin, jotka ohjaavat elämämme suuntaa.

Päihdetukiasunnoilla neuropsykiatristen valmennusten keinoin pyrimme rakentamaan eheämpää minäkuvaa ja pyrin tukemaan niissä puitteissa ja resursseissa asiakasta toimimaan mahdollisimman hyvin. Ei tuomiten tai arvostellen, vaan kannustaen ja hyväksyen, kuunnellen. Valmentajana hyväksyn itseni ja asiakkaani herkkänä, viallisena ja keskeneräisenä. Annan tarpeeksi aikaa eheytymiseen, kiirehtimättä.

Lähteet

- Huotari, Anitta & Niiranen-Linkamaa, Päivi & Siltanen, Pauliina & Tamski, Eeva-Liisa 2008: Neuropsykiatrinen valmennus. Valmentajan käsikirja. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Mikkeli.
- Huoviala, Anni-Kaisa Eveliina 2007: Neuropsykiatrinen valmennus. Ohjaustyöhön perustuvan kuntoutusjärjestelmän jäsennys. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Kokko, Eeva 2011: Onko elämällä väliä. Bookwell Oy. Juva.
- Pettinen, Marjut 2010: Tuettu asuminen. Asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Taipale, Vappu & Lehto, Juhani & Mäkelä, Marjukka & Kokko, Simo & Kling, Tellervo & Viialainen, Riitta (toim.) 1998: Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY. Porvoo.
- www. <http://neuropsykiatrisetvalmentajat.fi/>

V

PÄIHDEONGELMAISEN ASIAKKAAN KOHTAANTO

24 Unihuolto osana päihdehoitoa

Maria Myllykoski

Artikkeli kuvaa unihuoltoa, unettomuuden hoitoa osana päihdehoitoa päihdehuollon yksikössä. Univaikeudet ja päihdeiden käyttö liittyvät kiinteästi yhteen. Työ kuvaa unta fysiologisena ilmiönä, pohtii unettomuutta, päihdeiden vaikutusta uneen ja unettomuuden lääkinällistä hoitoa sekä sen haasteita potilaan hoidossa. Tekijä työskentelee päihdehuollon laitoksessa Päihde Hjelpissä, jossa hoidetaan sekä alkoholi-, lääke- että huumeriippuvuuksista kärsiviä asiakkaita. Työtä varten on haastateltu yksikön lääkäriä, sosiaaliohjaaja sekä asiakas Askoa, jotka kukin omalta osaltaan kertovat, miksi unettomuuden hoito on tärkeää päihdehuollon laitoksessa. Työn lopussa on lyhyt tiivistelmä erilaisista unettomuuden hoidossa käytettävistä lääkkeistä.

Ihminen nukkuu noin kolmasosan elämästään. Unen tarve vaihtelee eri ihmisillä noin viidestä tunnista aina yli kymmenen tunnin uniin. Uni on ihmiselle välttämätöntä. Tutkijat eivät tiedä perimmäistä syytä nukkumiselle, ja mikä on sen merkitys elimistölle, mutta se on tiedossa, että ihmisen on nukuttava. Jos ei nuku, on elämä paljon synkempää. Lisäksi unen puute on haitallista elimistölle ja immuunijärjestelmälle. (Partinen & Huovinen 2007, 18, 23.) Uni ja unettomuus aiheena kiinnostavat kovasti, koska työnsäni päihdehuollon laitoksessa valtaosa asiakkaista tuntuu kärsivän ainakin omien sanojensa mukaan unettomuudesta. Joudumme työssämme pohtimaan, että kuinka paljon on todellista unettomuutta ja kuinka paljon lääkehakuisuuteen liittyvää ”valeunettomuutta”.

Unettomuudesta on arveltu kärsivän noin miljoona suomalaista. Unettomuus voi olla joko syy tai seuraus. Unettomuutta aiheuttavissa syissä alkoholin ja unilääkkeiden käyttö on toiseksi yleisin syy heti toiminnallisen unettomuuden jälkeen. (Partinen & Huovinen 2007, 78–79, 89.) Unettomuus-osiossa nostan erityisesti esille päihdeidenkäytön ja kivun merkityksen unettomuuteen. Tämä siitä syystä, että erilaiset kiputilat ovat yleisiä päihdeidenkäyttäjillä. Ja on tunnettu tosiasia, että kivuista kärsivät nukku-

vat huonommin kuin kivuttomat. Päihteidenkäyttö ja ennen kaikkea päihteidenkäytön lopetus aiheuttavat unettomuutta, mutta myös erilaisia kiputiloja. Lisäksi päihteidenkäytön lopettamiseen liittyviin vieroitusoireisiin kuuluvat erilaiset kivut ja säryt (mm. luukivut).

Uni

Uni on keskushermoston tila, jossa tietoinen yhteys olemassaoloon on poikki ja keho lepää. Aivot eivät kuitenkaan nuku, vaan toimivat aktiivisesti. Säännöllinen yöuni on välttämätöntä aivojen toiminnalle. Unen aikana aivot elpyvät päivän rasituksista, energiavarastot täydentyvät ja tiedot järjestyvät oikeisiin lokeroihin. On sanottu, että jokaista 3–4 valvottua tuntia kohden tarvitaan yksi tunti unta ja vaikka aivot muodostavat vain noin 3 % ihmisen painosta, niin ne kuluttavat kokonaisenergiasta 20–25 %. Nukkuessa aivot latautuvat, virkistyvät, luovat uusia yhteyksiä ja tallentavat tiedot pitkäkestoiseen muistiin. (Partinen & Huovinen 2007, 18–20, 22.)

Aivojen sähköinen toiminta hidastuu ja hormonien ja välittäjäaineiden määrä muuttuu nukkuessa. Elimistö korjaa mahdolliset pienet ”vauriot” (mm. tulehdukset) ja aineenvaihdunta hidastuu. REM-unen aikana lihasten jänteisyys on alhaisimmillaan ja mm sydämen toiminta on epäsäännöllistä. Verenpaine heittelee, hengitys on epäsäännöllistä ja seksuaalinen kiihottuneisuus on koholla. Terveysten kannalta unen laatua pidetään jopa tärkeämpänä kuin unen pituutta. (Partinen & Huovinen 2007, 18, 20, 38.) Tämä kaikki unen aikana. Väite unen tarpeellisuudesta ei siis ole tuulesta temmattu, vaikkei syytä nukkumiselle oikein tiedetäkään.

Uni koostuu kahdesta eri vaiheesta eli non-REM- ja REM-unesta. Non-REM uni voidaan jakaa vielä neljään eri vaiheeseen:

<ul style="list-style-type: none"> • 1. vaihe (S1) - uneen vaipumisen vaihe, helppo herättää - asentoa vaihdellaan - kesto 5-15 min 	<ul style="list-style-type: none"> • 3. vaihe (S3) - S3 ja S4 syvän unen vaiheita - aivojen sähköinen toiminta ja elintoiminat hidastuvat - lihakset rentoutuvat - kesto 10-20 min
<ul style="list-style-type: none"> • 2. vaihe (S2) - kevyen unen vaihe, helppo herättää - hengitys rauhallista, ei liikkeitä - kesto 20-30 min 	<ul style="list-style-type: none"> • 4. vaihe (S4) - syvin unen vaihe - elintoiminat hitaimmillaan - elvyttävä - kesto n. 20 min

(Oulun työterveys)

Nukahtaminen kestää yleensä noin 15–20 minuuttia. Ensimmäinen REM-unen vaihe on noin 1,5 tuntia nukahtamisesta, ja on kestoaltaan tavallisesti muutamien minuuttien mittainen. Yön aikana useaan otteeseen eri univaiheiden läpikäymistä kutsutaan unisykleiksi. Ensimmäinen sykli on yleensä 70–100 minuutin mittainen, ja myöhemmät 90–120 minuutin mittaisia. Yön pisin noin 20–40 minuuttia kestävä syvän unen vaihe sijoittuu ensimmäiseen unisykliin ja yleensäkin lähes kaikki syvän unen vaiheet sijoittuvat yön ensimmäiselle puoliskolle. REM-jaksot pitenevät aamua kohden ja yön toisella puoliskolla NREM-vaiheet muodostuvat pääsääntöisesti kevyestä unesta. Ihmisen uneen kuuluvat myös ns mikroheräämiset, joita ihminen ei kuitenkaan rekisteröi, eikä sen vuoksi muista niitä aamulla. (Kajaste Soili & Markkula Juha 2011, 22.)

REM-uni on tärkeää mielenterveyden kannalta, koska silloin selvitetään mm. sisäisiä ristiriitatilanteita ja aivot järjestelevät ja koodaavat tietoja. Muutenkin aivotoiminta on vilkasta REM-unessa. Verenkierto on lisääntynyt, samoin hiilidioksidin määrä ja verenkierto on runsasta. REM-uneen kuuluu unien näkeminen. Uni yhdistelee muistijälkiä erikoisella tavalla, eikä muistijälkien eri osat ole aina tunnistettavissa. Yhdistyminen ei kuitenkaan ole satunnaista, vaan heijastaa tapaamme käsitteellistä itseämme ja ympäristöämme. Jos unien työstäminen onnistuu, päivän tapahtumat liittyvät jo olemassa oleviin psyykkisiin rakenteisiin. Sama teema toistuu unissa useaan otteeseen yön aikana. Mikäli psyyke on kunnossa, kehittyy uni ja ongelmat ratkeavat kerta kerralta helpommin. Jos ihminen on stressaantunut tai psyyke muuten rikkinäinen, ei työstäminen onnistu ja tuloksena voi olla toistuva uni tai jopa painajainen. Todennäköisesti unet ovat yksi muistijälkiä muuntava tapahtuma. Unen aikana illalla opitut taidot vahvistuvat ja paranevat, eli hyvin nukutun yön jälkeen uusi opittu taito voi olla paremmin opittu jopa kuin illalla. (Partinen & Huovinen 2007, 38; Kajaste & Markkula 2011, 177–178.)

Unettomuus

Unettomuus on yleinen vaiva ja siitä kärsii arviolta joka viides ihminen. Pitkäaikaisena unettomuutta esiintyy 5–12 prosentilla aikuisväestöstä. Se on merkittävä syy useisiin kansantauteihimme, kuten masennukseen, ylipainoon ja sydän- ja verisuonisairauksiimme. Unettomuudelle ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, vaan siihen katsotaan luettavaksi: 1) nukahtamisvaikeudet 2) katkonainen uni 3) liian varhainen herääminen ja 4) unen huono laatu. Unettomuudesta tulee valitettavan helposti kierre. Jo sinällään pelko unettomuudesta voi aiheuttaa unettomuutta. (Käypä Hoito 2008; Kajaste & Markkula 2011, 9.)

Univaje ei ole unettomuutta. Univaje syntyy, kun unta jää puuttumaan riittävästä määrästä tietty aika. Eli jos normaalisti 8 tuntia nukkuva nukkuu ainoastaan 6 tuntia, niin univajetta kertyy 2 tuntia. Tilapäinen univaje ei ole vakavaa, ja usein univaje korjaantuu itsestään. Pitkittyneenä univaje kuitenkin aiheuttaa mm tarkkaavaisuuden häiriintymistä ja lisää riskiä sairastua diabetekseen, masennukseen. (Kajaste & Markkula 2011, 38–39.)

Unettomuuden taustalla on aina jokin aiheuttaja, itse unettomuus on sinällään usein vain oire. Unettomuuden syyt jaetaan primaariin ja komorbidisiin (samanaikaiseen) unettomuuteen. Primaarinen unettomuus jaetaan edelleen kolmeen: 1) toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus, jonka katsotaan kehittyvän ahdistuksen, jännittyneisyyden ja nukkumista ehkäisevien ehdollistumien tuloksena ja jossa on kyse pitkälti unettomuutta tuottavan toimintamallin oppimisesta, 2) idiopaattinen unettomuus, joka on peräisin usein jo lapsuusajoilta ja sen arvellaan johtuvan uni–valve-systeemin hermostollisen kontrollin häiriöistä ja johtuisi aivojen heikosta kyvystä säädellä unta sekä 3) paradoksaalinen unettomuus, jossa ihminen kokee valvovansa, vaikka mittauslaitteet väittäisivät ihmisen nukkuvan. Primaarinen unettomuus lisää alttiutta päihteiden ja lääkkeiden väärinkäytölle. (Kajaste & Markkula 2011, 65–67.)

Komorbidinen unettomuus on usein joko fyysisen tai psyykkisen sairauden aiheuttamaa (masennus, psykoosi, dementia, aivoperäiset syyt). Varsinkin mielenterveyshäiriöihin liittyy runsaasti, jopa 75–80 prosentilla unihäiriöitä. Kajaste & Markkula (2011, 64) esittävät kirjassaan Hyvää Yötä, että somaattiseen sairauteen liittyvä unettomuus selittyisi osittain tarkkaavaisuuden suuntaamisen kautta. Perusteluiksi he esittävät sen, että unettomuutta ilmenee niillä sairailta, joiden tarkkaavaisuus kohdistuu jatkuvasti nukkumiseen. Komorbidinen unettomuus tunnettiin aiemmin nimellä sekundaarinen unettomuus, mutta nimestä luovuttiin, koska ajateltiin, että samanaikaiset sairaudet eivät aiheuta varsinaisesti unettomuutta, vaan kyseessä onkin ihmisten tapa reagoida sairauteensa. Myös jotkin lääkkeet voivat aiheuttaa unettomuutta (kortisoni, efedriini, beetasalpaajat). (Käypä Hoito 2008; Tietoa unettomuudesta; Kajaste & Markkula 2011, 63–64.)

Pahimmillaan unettomuus heikentää elämänlaatua merkittävästi ja sen aiheuttamat haitat ovat kokonaisvaltaisia. Muita syitä unettomuudelle ovat epäsäännölliset ja epäterveelliset elämäntavat, unilääkkeiden käyttö, vuoro-työ, kehitysvammaisuus, erilaiset päihteet, elimistön sisäisen kellon ”toimintahäiriö” (uni–valve-rytmi) ja ikääntyminen. Unettomuus lisää myös riskiä onnettomuuksille ja tapaturmille. (Käypä Hoito 2008; Tietoa unettomuudesta.) Unettomuuden voi luokitella myös akuutiksi ja krooniseksi. Olennaista unettomuuden määrittelyssä on se, kokeeko ihminen itse kärsivänsä unettomuudesta. Akuutti eli tilapäinen unettomuus menee ohitse usein viikossa tai kahdessa. Tilapäiseen unettomuuden yleisin (noin 90 %) syy on unihäiriö, jonka aiheuttaa usein stressi tai jokin elämänmuutos.

Elämänmuutoksiin liittyvät usein voimakkaat tunteet. Muutoksen ei tarvitse välttämättä olla negatiivinen, vaan myös positiiviset elämänmuutokset voivat aiheuttaa unettomuutta. Olisikin tärkeää, että ihminen osaisi tunnistaa ja käsitellä elämänongelmiaan, ettei tilapäinen unettomuus muuttuisi krooniseksi. (Kajaste & Markkula 2011, 68.)

Unettomuus luokitellaan akuutiksi ja tilanteeseen sopeutumiseen liittyväksi niin kauan, kuin ajatus on suuntautunut unettomuuden aiheuttaneeseen tekijään ja mahdollisen ongelman ratkaisun etsimiseen. Kun unettomuus alkaa hallita elämää ja ihminen joutuu muuttamaan päiväskareitaan tai toimintamallejaan unettomuuden vuoksi alkaa unettomuus kroonistua. (Kajaste & Markkula 2011, 69.)

Sairaustenasteelle unettomuus on edennyt kestätyään yli kuukauden ja kroonisesta unettomuudesta voidaan puhua, kun unettomuus on kestänyt yli 6 kuukautta. Akuutin ja kroonisen unettomuuden eron voidaan luokitella myös olevan siinä, että erilaisten elämänmuutosten aiheuttama akuutti unettomuus menee ohitse paineiden hellittäessä. Mutta mikäli pakosta ja paineista tulee jatkuvia, on stressitaso ihmisellä yliaktiivinen sekä yöllä että päivällä, eikä hän kykene lepäämään. Tämä johtaa siihen, että ihmisestä tulee ylivirkeä eikä hän kykene nukkumaan. (Kajaste & Markkula 2011, 69–71.)

Päihteet, uni ja unettomuus

Alkoholia on kautta aikojen käytetty yömyssyihin. Pari paukkua ja uni tulee paremmin. Alkoholi on kuitenkin huono unilääke. Alussa pari paukkua toimii, mutta ajan myötä toleranssi alkoholiin kasvaa ja tarvitaan yhä enemmän alkoholia, jotta saadaan unettava vaikutus. Tämän aiheuttaa aivojen hermosolujen tottuminen alkoholin lamaavaan vaikutukseen, jolloin aivot oppivat jarruttamaan tätä vaikutusta. Loppujen lopuksi ollaan tilanteessa, jolloin sammutaan alkoholin juonnin seurauksena. Sammuminen ei ole nukkumista, vaan aivojen myrkytystila, ”kemiallinen uni”. Ja tämän myrkytystilan vuoksi uni ei sisällä unen eri vaiheita, jolloin elimistö ei myöskään lepiä kunnolla. Alkoholi lisää NREM-unen määrää ja vähentää REM-unen vaihetta, joka on valheen rasituksista elpymiselle ensiarvoisen tärkeää. Alkoholin poistuttua elimistöstä uni voi pinnallistua ja painajaiset (ns. liskoyöt) lisääntyvät. Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö heikentää kaikinensa unen laatua mm. nukahtaminen pitenee ja unen kokonaiskesto lyhenee. (Kajaste & Markkula 2011, 94.)

Päihdelääkäri Antti Holopaisen mukaan (2011) ongelmajuoja kärsii huononuisuudesta ja ahdistuksesta sekä harvoina selvinä päivinä, että runsaasti juovinakin. Oireet vähenevät, kun juominen hellittää. Tämän vuoksi

myös Holopainen kannattaa niin sanottua tipatonta tammikuuta. Hän toteaa kuitenkin, että pitkälle kehittyneissä päihderiippuvuuksissa tipattoman tammikuun kaltaiset jaksot eivät korjaa kuitenkaan juuri mitään. (Holopainen Antti 2011). Samoilla linjoilla menee Tiina Telakivi (2003), kun hän toteaa, että vuosia ja vuosikymmeniä juoneilla raitistuneilla alkoholisteilla saattaa esiintyä unettomuutta vielä jopa kuukausien tai vuosienkin jälkeen (Telakivi 2003, 376.)

Vieroitusvaiheessa esiintyvä unettomuus voi johtaa jopa hengenvaaralliseen delirium tremens -tilaan. Delirium alkaa tyypillisesti 2–3 vuorokauden valvomisen jälkeen juomisen loputtua. Myös retkahdusten vaaran on osoitettu olevan merkittävästi koholla unettomuudesta kärsivillä. Tämän vuoksi on syytä kiinnittää erityistä huomiota unettomuuden hoitoon vieroitusvaiheessa. (Telakivi 2003, 377; Partinen & Huovinen 2007, 90.) Päihdehuollon laitoksessa olen törmännyt kyseiseen asiaan. Usein asiakkaan retkahdustarinaa kuunnellessa tarina on samankaltainen; mielialäläkettä säädettiin omatoimisesti, sitten tuli huolia ja alavireisyyttä, unet huonontuivat ja kohta unettomuutta hoidettiin alkoholilla. Käytännön kokemuksen mukaan delirium voi tulla myöhemminkin. Jotkut asiakkaat kertovat valvoneensa 4–5 vuorokautta yhtä mittaa ennen deliriumia. Toisille riittää 1–2 valvottua yötä. Herkkyys deliriumille kasvaa huomattavasti ensimmäisen deliriumin jälkeen. Osalla asiakkaista delirium on jopa enempi sääntö kuin poikkeus. Alkoholilla aiheuttaa pidemmän päälle vaikeaa unettomuutta, masennusta ja veltostuttaa nielun ja ylähengitysteiden lihaksia, mistä on seurauksena hengityskatkoja. Muita unihäiriöitä, joihin alkoholin käyttö vaikuttaa haitallisesti ovat esimerkiksi uniapnea, levottomat jalat -syndrooma, suonenveto ja bruksismi (hampaiden narskuttelu) (Telakivi 2003, 375.)

Huumeista esimerkiksi amfetamiini, kokaiini ja crack ovat stimulantteja, joiden välittömiin vaikutuksiin, mutta myös vieroitusoireisiin kuuluu unettomuus (Fabritius Carola & Salaspuro Mikko, 2003, 458–461). Heroiini, morfiini sekä muut opiaatit puolestaan ovat rauhoittavia huumeita, mutta yhtenä vieroitusoireena esiintyy unettomuus, samoin kuin hallusinogeenien lukeutuvan kannabiksen vieroitusoireissakin (Holopainen Antti & Fabritius Carola & Salaspuro Mikko 2003, 456, 472). Työssäni tapaan amfetamiinin käyttäjiä, jotka ovat ”unohtaneet syödä ja nukkua” viikon ajan. Tärkeää heidän kohdallaan on huolehtia riittävästä levosta ja ravinnosta. Osa asiakkaista on ottanut edeltävästi ”kotiapteekistaan” ennen laitokseen tuloa joko bentsoja tai opiaatteja suurimman vauhdin hillitsemiseksi.

Kipu ja unettomuus

William Jamesin mukaan kipua kannattaa ajatella enempi oireyhtymänä kuin yksittäisenä ilmiönä (Wall 2000, 60). Päihdehuollon asiakkailla on

usein olemassa jo erilaisia kiputiloja, johtuen joko välittömästi tai välillisesti päihteiden käytöstä. Selkeästi eniten esiintyy neuropaattista kipua, joka vaikeuttaa nukkumista, mutta myös huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttäjien vieroitusoireisiin kuuluvat ns. ”luusäryt”. Fyysiseen kipuun yhdistyy psyykinen kipu, joka on kiinteästi kytköksissä päihteidenkäytön lopettamiseen liittyvään ahdistuksen tunteeseen. Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen terveyttä ja sairautta tarkastellaan monitasoisen järjestelmän toimintana, jossa fyysiset toiminnot, tunteet, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että mm ihmisen fysiikka ja psyykinen olemus kulkevat yhdessä kaiken aikaa, eikä niitä välttämättä voi erottaa toisistaan. (Vainio, 2009.)

Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun ”epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy jo tapahtuneeseen tai uhkaavaan kudosvaurioon tai jota voidaan kuvata tällaiseen vaurioon liittyvin käsittein. Se on yhtä aikaa sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Ihmisen sanallisen kommunikoinnin puute ei estä sitä, ettei voisi kokea kipua tai olla kivunhoidon tarpeessa. Kipu on henkilökohtainen. Hoitotyössä kipu on määritelty olemaan mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän.” (Sailo 2000, 30.)

Eriikka Sailo (2000) kuvaa tekstissään psyykkistä kipua sielun kivuksi. Psyykkisen kivun aiheuttaa kaikki se, mikä ahdistaa, pelottaa, huolestuttaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa. Psyykkisessä kivussa aikaisemmat kipukokemukset ovat pohjana kiputuntemuksen muodostumiselle ja lisäävät tuskaa, pelkoa ja ahdistusta tiedossa olevasta tapahtumasta. Ahdistunut ja pelkäävä ihminen on sitä mieltä, että tulevaisuus on uhkaava. Pelko ja ahdistus sinällään aiheuttavat jo stressiä, ja stressaantuneen ihmisen kipukynnys on madaltunut. (Sailo 2000, 37; Wall 2000, 157.)

Vieroitusoireet ovat huumeikohtaisia ja niiden voimakkuus on yhteydessä päihteen riippuvuusriskiin. Vieroitusoireet muodostuvat sekä somaattisista että psyykkisistä oireista. Kiianmaan (2012) mukaan somaattiset vieroitusoireet ovat luonteeltaan käytetyn päihteen vaikutukselle vastakkaisia. Opiaattien vieroitusoireisiin kuuluvat mm kouristukset, kivut ja unettomuus, kun taas stimulanttien esim. amfetamiinin vieroitusoireisiin liittyy väsymys. Psyykkiset vieroitusoireet sen sijaan vaikuttaisivat Kiianmaan mukaan olevan yhteisiä päihteistä riippumatta. (Kiianmaa Kalervo 2012, 30–31.)

Unettomuuden hoito

Käypä Hoito-suositusten mukaan unettomuuden ensisijaisina hoitomuotoina tulisi pitää kognitiivisia menetelmiä, koska ne vaikuttavat unetto-

muutta ylläpitäviin tekijöihin ja niiden teho kestää hoidon päättymisen jälkeenkin. Näin ollen kognitiiviset menetelmät toimivat ennen kaikkea psykofysiologiseen eli toiminnalliseen unettomuuteen. Kognitiivisiin menetelmiin kuuluvat mm. unen huolto, rentoutus, unen rajoittaminen, uni-ärsykkeiden hallinta ja huolihetki. Koska ihminen on kokonaisuus, ei voida hoitaa ainoastaan unta ja keskittyä yöhön, vaan keskittyä unettomuuteen johtavien syiden tarkasteluun ja niiden ratkaisemiseen. (Käypä Hoito 2008; Kajaste & Markkula 2011 83–84.)

Unettomuuden hoidon kulmakivenä tulisi olla hyvä ja riittävä unihuolto, jossa pyritään poistamaan erilaisia toimintahäiriöitä ja kitkaa aiheuttavia tekijöitä. Unen huollossa korostetaan rytmin merkitystä; elimistössämme tapahtuu erilaisia rytmityksiä koko ajan, mutta tärkein niistä on uni-valverytmi. Uni-valverytmiä säätelevät kellogeenit, joita löytyy jokaisesta solustamme. Keskuskello sijaitsee aivojen suprakiasmaattisessa tumakkeessa, joka kertoo kudoksille, mitä aikaa niiden tulee kulkea. Keskuskello puolestaan ajastaa itsensä ulkoisten merkkien, kuten valon ja pimeyden mukaan. Voimme itse vaikuttaa omalla toiminnallamme uni-valverytmiin; säännöllisillä elämäntavoilla. Menemme nukkumaan ajoissa ja nousemme ylös ajoissa. Elämään liittyvällä rytmisyydellä vahvistetaan myös unen rytmiä. Muutenkin erilaisilla elämäntavoilla voimme vahvistaa unen rytmiä. Riittävällä fyysisellä rasituksella, syömällä oikein ja oikeaan aikaan sekä panostamalla nukkumisolosuhteisiin parannamme mahdollisuuksia vähentää unettomuutta. Tarvittaessa voi pitää unipäiväkirjaa, johon merkitään muun muassa yön unen pituus, syömiset, tupakoinnit, kofeiinipitoiset juomat ja mahdolliset päiväunet (Tietoa unettomuudesta; Kajaste & Markkula 2011, 87–89.)

Lääkkeettöminä vaihtoehtoina toimivat myös toiminnallisiin menetelmiin kuuluvat akupunktio ja rentoutus. Kiinalaisessa lääketieteessä on unen tärkeys ja merkitys tiedostettu jo 5000 vuotta sitten. Unettomuuden eräänä hoitomuotona on akupunktio, joka perustuu kehon energiavirtojen tasapainoon. (Partinen & Huovinen 2007, 149.) Itsensä rentouttaminen on taitolaji, mutta sen voi oppia harjoittelemalla rentoutusta; erilaiset hengitysharjoitukset, musiikki ja mielikuvamatkat rentouttavat sopivasti yötä kohden. Päihdeasiakkailla rentoutuminen on toisinaan haastavaa, kun rentoutumisen keinot ovat siihen saakka liittyneet joko suoraan tai välillisesti päihteenkäyttöön. Ahdistuneisuuden ja kireyden helpottaminen voivat olla toisinaan pitkällisen työn ja harjoittelun tulos, mihin harmillisen harvoin on aikaa. Ne jotka kokevat hyötyvänsä akupunktiosta, saunasta ja rentoutuksesta pyytävät sitä. Asiakasta pyritään motivoimaan edes kokeilemaan mm akupunktiota; ei se ota jos ei annakaan.

Unilääkkeisiin tulisi turvautua vain ”äärimmäisessä” häädässä. Unilääkkeet eivät ole koskaan paras vaihtoehto unettomuuden hoitoon. Ihanteellinen unilääke pidentää syvän unen vaihdetta eikä vähennä REM-unta. Nykyiset unilääkkeet sen sijaan toimivat juuri päinvastoin. Varsinkin bent-

sodiatsepiinit ja niiden johdannaiset aiheuttavat herkästi riippuvuutta, josta vieroittuminen on usein pitkäaikainen prosessi. Lääkkeiden käyttö tulisi pitää mahdollisimman vähäisenä ja määräaikaisena. Unilääkkeet itsessään voivat aiheuttaa unettomuutta ja heikentää muutenkin unen laatua. (Tietoa unettomuudesta; Partinen & Huovinen 2007, 155.) Hieman parempi vaihtoehto bentsopohjaisille unilääkkeille ovat sedatiiviset masennuslääkkeet. Näillä lääkkeillä on unettava vaikutus ja ne toimivat parhaiten pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa. Sedatiiviset masennuslääkkeet aiheuttavat harvoin riippuvuutta. Valitettavasti näissä lääkkeissä nähdään paras teho vasta viikkojen kuluessa, joka on päihteidenkäyttäjien näkökulmasta ihan liian pitkä aika. (Tietoa unettomuudesta.)

Melatoniini on turvallinen valinta unettomuuden hoidossa. Melatoniini on käpyrauhasten tuottamaa ”unihormonia”, jota erittyy ihmisessä itsessään. Melatoniini on osallisena ihmisen uni-valve-rytmin säätelyssä ja sen tuotanto ihmisellä on korkeimmillaan aamuyöllä. Melatoniini ei aiheuta riippuvuutta eikä toleranssin nousua. Melatoniinista on apua erityisesti niille, joiden nukahtaminen venyy aamuyön puolelle. Varsinkin ikääntyneille melatoniinia tulisi kokeilla ensisijaisena lääkkeenä, koska ikääntyneiden melatoniintuotanto on vähentynyt. Alkoholi ja bentsodiatsepiinit vähentävät melatoniinin eritystä ja näin myöhästyttävät unen tuloa (Telakivi 2003, 374, 377; Partinen & Huovinen 2007, 160.)

Unettomuuden hoito Päihde Hjelpissä

Asiakkaat tulevat joko katkolle, kuntoutukseen tai intervallijaksolle. Unettomuutta esiintyy jokaisella eri hoitajaksolla, mutta selkeästi eniten katkojaksoilla. Katkolle tulemisen syy on useinkin päihdekatkon lisäksi unen puuttuminen. Päihteidenkäytön loppuessa, loppuvat unetkin samalla ja vuorokausirytmii on ihan pääläellaan. Tulohaastattelu vaiheessa jo tiedustellaan nukkumista; koska nukkunut viimeksi ja miten yleensä nukkuu. Käyttääkö unilääkettä, mitä ja kuinka paljon?

Unihuolto Päihde Hjelpissä alkaa vuorokausirytmii kääntämisellä normaaliksi; päivällä ollaan hereillä ja yöllä nukutaan. Tosin lähes poikkeuksetta ensimmäinen ja vielä toinenkin päivä voi mennä fyysisistä vieroitusoireista toipumiseen. Yöhoitajaa ohjeistetaan tarkkailemaan erityisesti katkolla olevan asiakkaan nukkumista tai unettomuutta. Vaarana unettomuudessa on aina joko delirium tremens tai muu psykoosin kaltainen tila. Joidenkin asiakkaiden kohdalla tiedämme, että delirium on hyvin todennäköinen, jolloin lääkäri voi määrätä erilaisen lääkityksen.

Katkojaksoilla aloitetaan katkolääkitys, johon kuuluvat myös unilääkkeet laskevin annoksin. Unta turvaavina lääkkeinä käytetään Tenoxia ja

Promazin hydrokloridia. Katkolääkitykseen kuuluu myös päihteestä riippuen joko Risolid (alkokatko) tai Diapam (huume-/lääkekatko) laskevin annoksin, jotka illalla otettuna myös rauhoittavat unta turvaamaan. Lääkityksen on määritellyt laitoksen lääkäri Pirkko Ezewuzie. Haastattelussa lääkäri totesi, että unien turvaaminen on erityisen tärkeää senkin vuoksi, että usein päihdeongelmaisella on myös psyykkisiä ongelmia, jotka unettomuuden myötä voivat pahentua. Kysyin haastattelussa lääkärin perusteluja Promazinille, koska kyseessä ei ole tavanmukainen unilääke. Lääkäri perusteli valintaansa sillä, että Promazin ei aiheuta riippuvuutta. Hän pohti kuitenkin kyseisen lääkkeen antamisen eettisyyttä, koska on eettisesti arveluttavaa määrätä varsinaisesti psykelääkettä unettomuuteen. Muita psyykepuolen lääkkeitä, joita käytetään unettomuuden hoidossa ovat ketiapiinia sisältävä Ketipinor (Seroquel, Quetiapin) tai levomepromatsiinia sisältävä Levozin. Mielialalääkkeistä laitoksessa käytetään esim mirtatsapiinia sisältävää Mirtazapinia tai amitriptyliinihydrokloridia sisältävää Triptyliä. Käytössä on myös elimistön itsensäkin tuottamaa unihormonia melatoniinia (Melatoniini, Circadin).

Haastatellessani lääkäriä kysyin hänen mielipidettään ja kantaansa bentsopohjaisiin unilääkkeisiin. Mielipide oli hyvin selkeä; korkeintaan lyhytaikaiseen käyttöön. Hän perusteli kantaansa sillä, että ei ole järkeä korjata yhtä riippuvuutta toisella riippuvuudella. Lääkäri painotti erityisesti unettomuuden hoidossa tärkeimpänä vuorokausirytmiiä ja unihuoltoa.

Haastattelin myös sosiaalihjaajaa unettomuuteen ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Halusin sosiaalialan työntekijän näkemyksen mukaan, koska halusin laajempaa näkökulmaa asiaan. Hänen näkemys oli, että nukkuminen ja lepo ovat tärkeä turvata päihdehuollon laitoksessa, varsinkin katkolla oleville asiakkaille. Unirytmii on usein sekaisin, tai asiakkaat ovat unettomia päihdeidenkäytön loppumisen jäljiltä. Koska katkojakso on usein lyhyt, tulee nukkuminen turvata lääkkein, jotta välttyttäisiin mahdollisilta deliriumeilta tai psykooseilta.

Katkojakson jälkeen tai kuntoutukseen tulijoilla tulisi miettiä enempi valvomisen syitä; kuten kartoittamalla unirytmiiä (mm päiväunien määrä ja pituus) sekä kiinnittää huomiota unihuoltoon. Ei ole järkeä antaa unilääkettä, jos yötä myöten juodaan kahvia. Unilääkkeiden annon jälkeen tulisi mennä sänkyyn nukkumaan, eikä katsoa enää televisiota tai pelata tietokoneella. Sosiaalihjaajan mielestä muutenkin voisi katkojakson/-lääkityksen jälkeen enempi painottaa unettomuuden muita hoitomuotoja, eikä tarjota pelkästään lääkitystä. Fyysinen rasitus, akupunktio ja rentoutus ovat Jussilan mielestä hyviä ”luonnonmukaisia” väsytykeinoja. Lisäksi hän on sitä mieltä, että ihmisellä tulee väsy luonnostaan, eikä 1–2 yön valvominen ole vaarallista, koska uni tulee sitten kuitenkin. Tietty osa asiakaskunnasta turvautuu liian helposti lääkkeisiin ja nimenomaan lääkeriippuvaiset pelaavat lääkituksen kanssa. Kokeillaan yhtä lääkettä, jos ei toimi, niin vaihde-

taan, ja jos tämäkään ei toimi, niin vaihdetaan, kuten eräänkin asiakkaan kohdalla oli lopetettu kaikki uneen vaikuttavat lääkkeet, niin asiakas oli nukkunut sen jälkeen vallon mainiosti.

Asiakkaan näkökulma unettomuuteen

Asko on viisikymppinen mies, jolla on pitkä päihdehistoria. Hän kertoo käyttäneensä aina paljon alkoholia, ja kuvailee itsensä olleen tuurijuoppomainen, humalahakuinen alkoholin käyttäjä. Työelämässä ollessaan hän teki vuorotyötä; paljon perättäisiä vuoroja, sekä ilta-yö- että yö-aamutuplavuoroja. Asko kertoo, että tuli liian paljon valvottua ja jo tuolloin tulivat ensimmäiset univaikeudet; nimenomaan nukahtamisvaikeuksien ja ”säpsähdysten” muodossa hänen elämäänsä. Työkaverit olivat neuvoneet Askoa ottamaan olutta, jotta saisi unen päästä kiinni. Ja Askohan teki juurikin näin. Pian hän kertoi huomanneensa, ettei 1–2 olutta enää riittänytkään, vaan määrät suurenivat, kun pienemmästä määrästä ei uni enää tullutkaan. Asko kertoo, että viinalla sai itsensä tiputettua helposti myrkytystilaan ja pystyi ”nukkumaan”.

Askolla on ollut kaksi kertaa delirium. Nykyisin juomisen jälkeen iskee pelko deliriumista, jos uni ei ole tullut juomaputken jälkeen pariin yöhön ja Asko hakeutuukin herkästi hoitoon (diapankyllästykseen). Ensimmäinen delirium oli todella raju ja vaikea, josta Asko muistaa kuitenkin paljon. Hän kertoo näköharhoistaan, jotka olivat todella pelottavia ja voimakkaita. Unettomuutta oli deliriumin tullessa takana 6–7 vuorokautta; ei yhtään unta tuona aikana. Asko oli joutunut Keroputaan sairaalaan, jossa hänet oli ”tainnutettu” uneen 2 x 12 h jonkin pistoksen voimalla. Herätessään Asko kertoi olleensa kuin uusi mies. Hän on edelleen sitä mieltä, että silloinen häntä hoitava Keroputaan lääkäri oli ymmärtänyt, kuinka vakavasta asiasta on kyse hänen kohdallaan ja tavallaan pelastanut hänen henkensä. Toinen delirium oli ollut lievempi.

Nykyisin Asko nukkuu selvinkin päin pätkittäin. Unta riittää yössä 4–6 tuntia keskimäärin kahdessa pätkässä. Koko ajan on tietty univaje olemassa. Asko nukahtaa kohtuullisen vaivattomasti, mutta heräilee yön aikana. Yöt eivät varsinaisesti pelota häntä, mutta mietityttävät joka tapauksessa; miten voisi nukkua paremmin? Asko kertoo, että hänen unettomuuttaan on yritetty hoitaa kaikin mahdollisin keinoin ja kaiken maailman eri pillereillä, mutta niistä ei ole ollut mainittavaa apua. Unihuoltoa on kokeiltu ja myöskin Asko lääkärin tavoin painottaa sen merkitystä. Saunasta ei koe olevan merkittävää hyötyä, mutta akupunktio, rentoutus ja itsesuggestio auttavat. Seksin merkityksestä unettomuuden ”hoidossa” Asko puhuu positiiviseen sävyyn. Kertoo, kuinka seksin jälkeen nukkui aina hyvin ja virkistävästi. Olo

oli raukea ja levollinen. Tosin hieman hymyillen toteaa, ettei sitä nyt varsinaisena hoitomuotona voi pitää, mutta kun tuli puheeksi, niin mainitsi senkin. Liikuntaa pitää merkittävänä hoitokeinona, koska ihminen tarvitsee tietyn määrän fyysistä rasitusta päivittäin ja raitista ilmaa. Jos ei liikuntaa pääse harrastamaan, niin ainakin ulkoilua raittiissa ilmassa Asko suosittelee.

Asko sanoo, ettei koskaan suosittele viinaa unilääkkeeksi, koska tietää mihin se johtaa. Vaikkakin kuvailee sitä pomminvarmaksi keinoksi saada itsensä tajuttomaksi. Hän tiedostaa itsellään olevan eräänä retkahdusta ennakoina oireena pitkään jatkunut huono yöuni. Sen vuoksi olisi erittäin tärkeää huolehtia aina päihdeongelmaisen riittävästä unesta. Katkolaiselle sen vuoksi, ettei tulisi deliriumia, kuntoutuksessa olevalle sen vuoksi, että jaksaisi huolehtia itsestään ja keskittyä kuntoutukseen ja intervallilaisella sen vuoksi, ettei retkahtaisi.

Asko kokee itsellään hyvien yöunien positiiviseksi vaikutukseksi selkeästi muistin paranemisen, paremman mielialan, näkönsä kokee paremmaksi, eivätkä silmät ole niin herkäät valolle. Verenpaine ja pulssi ovat selkeästi paremmalla tasolla. Uniakin Asko näkee; sekä hyviä että huonoja. Asko kertoo, että olisi todella tyytyväinen, jos hän kykenisi nukkumaan 60–70 % öistä 6,5–7 h kerralla. Asko koki haastattelun aiheen erityisen tärkeänä aiheena ja toivoi, että päihdetyöntekijät ja lääkärit ottaisivat nukkumisen ja unettomuuden vakavasti, varsinkin päihdehuollon laitoksessa. Lopuksi pohdittiin Askon kanssa kysymystä; kuinka moni primaaristi uneton on joutunut päihdekierteeseen hoitaessaan unettomuutta päihteellä? Tuloksena oli, että varmastikin todella moni.

Pohdinta

Työssäni päihdehuollon laitoksessa törmään lähes jokainen päivä asiakkaan kertomaan uniongelmaan ja useilla asiakkailla onkin vuorokausirytmikeikahtanut päälle tai ainakin unirytmillä on häiriintynyt joko psyyken, päihteen tai molempien vuoksi. Tyypillisimpiä ongelmia ovat nukahtamisvaikeudet tai liian aikaiset heräämiset. Tai sitten ongelmana on se, että nukutaan parit päiväunet päivän mittaan, ja sitten valvotaan yöllä, kun unta ei riitä enää yön tunneille. Päihteiden käyttöjakson aikana on kertynyt univelkaa, jota myös nukutaan pois päiväaikaan.

Uni on välttämätöntä ihmiselle. Liian vähäinen uni aiheuttaa terveysvaaran ja elämä on huomattavasti synkempää. Elämä alkaa äkkiä pyöriä unettomuuden ympärillä ja supistaa ihmisen elämänpiiriä. Psyhyke joutuu koville, kun unettomuus vaivaa ja helposti aletaan ”hoitamaan” unettomuutta päihteellä. Pahimmillaan unettomuus tappaa. Emme ole siis aivan

vähäpätöisen ongelman äärellä. Terveellekin ihmiselle unettomuus on tuhoisaa pitkään jatkuessaan. Unihuolto on erityisen tärkeää unettomuuden hoidossa, mutta valitettavasti päihdehuollon laitoksen hoitoajat ovat usein niin lyhyitä, ettei unihuoltoon juurikaan ole mahdollisuuksia vaikuttaa kovin syvällisesti. Eikä unihuoltoon perehtyminen kyllä ole asiakkaidenkaan mielessä päällimmäisenä asiana. Unettomuus on suuri ongelma, mutta unettomuuden hoito ilman lääkkeitä ei kuulu TOP10-listan kärkeen, koska lääkkeillä uni tulee nopeasti.

Päihdeongelmaisilla on monenlaisia kiputiloja johtuen joko suoraan tai välillisesti päihteidenkäytöstä. Kipu voi rikkoa yöunta, ja tehdä öistä pitkiä ja raskaita. Kipu on ikävä seuralainen ja päihdeongelmainen hoitaa helposti kipuakin päihteellä, joka taas vaikuttaa yöuniin. Olen vuoden ajan opiskellut Satakunnan ammattikorkeakoulussa kivunhoidon erikoistumisopintoja, joista nyt valmistun yhtä aikaa näiden opintojen kanssa. Kivunhoidon opintojen aikana kipua ja sen hoitamista opiskellessani törmäsin myös usein samaan ongelmaan kuin nytkin; unettomuuteen. Varsinkin krooninen kipu ja eritoten neuropaattinen kipu voi aiheuttaa vakavia unihäiriöitä ilman päihdeongelmaakin, ja voi vain kuvitella, mitä kipu päihteenkäyttäjällä tarkoittaa nukkumisen suhteen.

Tietysti kun olen päihdehuollon laitoksessa töissä, törmään niin kivun kuin unettomuusasiankin suhteen lääkehakuisuuteen. Ainoa hoito mikä hyväksytään, on lääkehoito, ja sekin valikoiden. Päihteenkäyttäjän elämässä kaiken tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti, joten kärsivällisyys esimerkiksi unilääkkeinä käytettävistä psykepuolen lääkkeiden vaikutuksen maksimimaalisesta tehosta jää usein saavuttamatta. Tietysti poikkeuksiakin aina on.

Unettomuus koetaan yhtenä suurimmista ongelmista, mitä se kyllä onkin. Hoitomuotoina osa asiakkaista käyttäisi mielellään vain ja ainoastaan unilääkkeitä. Akupunktio ja rentoutus eivät huuda suosiotaan unettomuuden hoidossa. Niitä voidaan kokeilla, mutta mielellään lääkityksen kera. Alkoholiriippuvaiset ovat lääke- ja huumeriippuvaisempia halukkaampia kokeilemaan myös muita vaihtoehtoja. Selkeästi suosituimmat unilääkkeet ovat joko bentsodiatsepiineja tai niiden johdannaisia. Kaikki muu on asiakkaiden mielestä turhaa ja vie liian pitkän aikaa. Kun kerron heille, että unilääkkeet aiheuttavat unettomuutta, katsotaan minua kuin vähäjärkistä. Tai kun kerron asiakkaille, että päihteet ovat tuhonneet heidän ”unikeskustaan”, niin sehän on vain hyvä syy syödä enemmän unilääkkeitä, kun pienempi määrä ei riitä. Se on kummallista miten asiakkaat ymmärtävät, että päihteidenkäyttö tuhoaa heidän aivonsa, mutta eivät sitä, että se vaikuttaa myös ”unikeskukseen”, joka sijaitsee aivojen alueella.

Suurimmaksi ongelmaksi työssäni koin unen ja päihteidenkäyttöön liittyvän materiaalin puutteen. Unesta ja unettomuudesta on pilvin piimein teoksia ja lähteitä, samoin päihteistä, mutta päihteiden vaikutuk-

sesta uneen on usein vain muutama rivi kirjoitettuna. Samaan ongelmaan törmäsin kivun suhteen. Kipu aiheuttaa unettomuutta, mutta ei siitäkään ollut oikeastaan sen enempää. Jatkoprojektina aion tehdä unesta ja unettomuuden hoidosta tietopaketin asiakkaille, jota voi käyttää ryhmän alustuksena/ aiheena. Mielenkiintoista tämän työn tekemisen aikana on se, että olen kärsinyt välillä unettomuudesta työtä tehdessäni. Olen kärsinyt lähinnä katkonaisesta ja huonolaatuisesta unesta. Ja voin todeta, että se ei ole oikeastikaan kivaa. Pää tuntuu todella raskaalta, muisti on huonompi eikä keskittymiskyky ole parhaimmillaan. Sydän jyskyttää välillä todella ikävään malliin. Syynä unettomuuteen on stressi. Mitä kummallisimpia ajatuksia on tullut ajateltua ja mitä omituisimpia unia on nähty. Apua unettomuuteen olen saanut fyysisellä rasituksella, saunalla, piikkimatolla ja musiikilla. Olen yrittänyt kääntää tämänkin positiiviseksi kokemukseksi ajattelemalla, että nyt minulla on asiasta kokemusta ja tiedän, mistä asiakkaat puhuvat. Vaikka unettomuus on eri syistä johtuvaa kuin asiakkailla, niin kokemus unettomuudesta on sama. Ja se helpottaa asiasta puhumista.

Lähteet

- Fabritius, Carole & Salaspuro, Mikko 2003: Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinoogenien päihdekäyttö. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 458-467.
- Fabritius, Carole & Salaspuro, Mikko 2003: Kannabis päihteenä. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 453-457.
- Holopainen, Antti & Fabritius, Carole & Salaspuro, Mikko 2003: Opiaattiriippuvuus. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 468-482.
- Kajaste, Soili & Markkula, Juha 2011. Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin. Kirjapaja. Helsinki.
- Kiianmaa, Kalervo 2012. Fyysinen huumeriippuvuus ja vieroitusoireet. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. Saarijärven Offset Oy. Saarijärvi, 30-31.
- Nurminen, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. WSOYpro Oy.
- Partinen, Markku & Huovinen, Maarit 2007: Terve Uni. Dark Oy. Vantaa.
- Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000: Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Sailo, Eriikka. 2000: Mitä kipu on. Teoksessa: Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere, 30-37.
- Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Saarijärven Offset Oy. Saarijärvi.
- Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. WSOYpro Oy.
- Telakivi, Tiina 2003: Uni ja alkoholi. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 372-377.
- Wall, Patrick 2000. Kivun anatomia. Alkuperäisteoksesta; Pain – The Science of Suffering suomentanut Tiina Onttonen. Paino Fälth & Hässler AB, Smedjebacken, 60.

Nettilähteet

- Alkoholi, masennus ja uni: <http://www.alko.fi/fi/4D7E0923F60AFBADC22575610038616B?opendocument&src=5,1> Viitattu 12.1.2012
- Haanpää, Maija 2002. Neuropaattiset kiputilat eli hermovauriokiputilat. http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Neuropaattiset_kiputilat_eli_hermovauriokiputilat. Viitattu 7.4.2013.

- Haanpää, Maija 2011. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/neuropaattisen%20kivun%20hoito-opas.pdf>. Viitattu 7.4.2013.
- Holopainen Antti 2011. Tipaton on tarpeen aivoille. http://yle.fi/alueet/lah-ti/2012/01/tipaton_on_tarpeen_aivoille_3149255.html Viitattu 12.1.2012
- Huttunen, Matti O 2008. Unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lamo0073. Viitattu 8.4.2013.
- Käypä Hoito-suositus; Unettomuus 2008. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50067?hakusana=alkoholi_ja_uni#s13 Viitattu 15.1.2012.
- Tietoa unettomuudesta-sivusto:
- Masennuslääkkeet <http://www.tietoaunettomuudesta.fi/masennuslaakkeet/> Viitattu 12.1.2012
 - Unettomuuden määritelmä: <http://www.tietoaunettomuudesta.fi/unettomuuden-maaritelma/> Viitattu 12.1.2012
 - Unettomuuden syyt: <http://www.tietoaunettomuudesta.fi/unettomuuden-syyt/> Viitattu 12.1.2012
 - Unettomuuden vaikutukset <http://www.tietoaunettomuudesta.fi/unettomuuden-vaikutukset/> Viitattu 12.1.2012
- Tietotyö ja uni: https://tths.ouluntyoterveys.fi/tthclinic/alat/toimisto_ja_tietotyotietoty_ja_uni.pdf Viitattu 3.1.2012
- Vainio, Anneli: Biopsykososiaalinen viitekehys. 2009. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00013. Viitattu 4.4.2013.
- Haastattelut; Asko (nimi muutettu) 23.3.13
- Ezewuzie Pirkko 19.3.2013.
- Jussila Mervi 23.4.2013

Liite unettomuuden hoidossa käytettävistä lääkkeistä

Imovane (*tsopikloni*) Tsopikloni on keskipitkävaikutteinen unilääke, jonka vaikutus on bentsodiatsepaamien kaltainen. Tsopikloni ei ole kemialliselta rakenteeltaan bentsodiatsepiinin kaltainen, mutta sen vaikutus välittyy bentsodiatsepiini- ja GABA-reseptoreiden kautta. Tsopikloni on nykyisin tematsepaamin ohella eniten käytetty unilääke. Lääke on yleensä hyvin siedetty, osalle nousee haittavaikutuksena karvas maku suuhun ja suu voi kuivua. Ikääntyneiden kohdalla tulee myös huomioida tsopiklonin aiheuttama sekavuus ja muistihäiriöt.

Käytetään lyhytaikaisen unettomuuden hoidossa. Eivät muuta unen rakennetta yhtä paljon kuin bentsodiatsepiinit. Tsopiklonin puoliintumis- ja vaikutusaika ovat tematsepaamin tapainen eli n 3,5–7 tuntia. Tsopiklonin psykomotoriset haitat saattavat jatkua jopa 12 tuntia lääkkeenoton jälkeen.

Levozin (*levomepromatsiini*) Lääkettä käytetään pääasiassa psykiatristen sairauksien sekä myös lievempien psyykkisten oireiden hoitoon. Lääke on antipsykootti. Se lievittää ahdistuneisuutta ja masennusta ja tehoaa myös unilääkkeenä. Lisäksi se tehostaa monien kipulääkkeiden vaikutusta. Levomepromatsiini on monivaikutteinen lääke, joka rauhoittaa ja vaimentaa keskushermoston kiihtynyttä toimintaa aivojen eri osissa ja keskuksissa.

Melatoniini, Circadin (*melatoniini*) Melatoniini on ihmisen elimistössä luonnollisestikin esiintyvä hormoni, jota tuottaa aivoissa sijaitseva käpylisäke-niminen rauhanen. Melatoniinireseptoreihin sitoutuvien agonistien tutkimus on luonut uuden käsitteen eli aikabiologiset lääkkeet. Melatoniini kuuluu aikabiologisiin lääkkeisiin, joka perustuu elimistön melatoniinin uni-valverytmin säätelyyn ja nukauttamista helpottavaan vaikutukseen. Melatoniini ei riko unen rakennetta, eikä vaikuta muistiin heikentävästi. Aikabiologiset lääkkeet eivät myöskään aiheuta riippuvuutta, eikä vaikeita sivuvaikutuksia. Melatoniini sopii lievän unettomuuden ja häiriintyneen vuorokausirytmien häiriintymisestä johtuvan unettomuuden hoitoon eli esimerkiksi vuorotyöstä tai aikaerosta toipumiseen.

Harvinaisena haittavaikutuksena melatoniinilla voi esiintyä ärtyvyyttä, levottomuutta ja unettomuutta. Alkoholin käyttöä on vältettävä yhdessä melatoniinin kanssa, koska alkoholi vähentää melatoniinin vaikutusta. Melatoniinia saa sekä pitkä- että lyhytvaikutteisina että myös käsikauppa valmistena.

Mirtazapin (*mirtatsapiini*) Mirtatsapiinin käyttö unilääkkeenä perustuu sen väsyttävään vaikutukseen. Se lisää noradrenaliinin vapautumista hermopäätteessä ja serotoniinin vapautumista. Mirtatsapiinin lisäksi myös ruokahalua, joten painonnousu voi olla epätoivottu sivuvaikutus.

Quetiapin, Ketipinor (*ketiapiini*) Eri antipsykootteja on aina käytetty kroonisen unettomuuden hoidossa etenkin, jos unettomuuteen liittyy alkoholin liikkakäyttö. Uuden polven antipsykootteista etenkin ketiapiini (25–200 mg) on käytännössä osoittautunut varsin käyttökelpoiseksi kroonisen ja vaikeahoitoisen unettomuuden lääkkeeksi.

Promazin Hydroklorid Promatsiini on antipsykoottisen lääkeaineryhmän fentiatsiinijohdannaisiin kuuluva alifaattinen johdos. Promatsiinia on käytetty skitsofrenian hoidossa, mutta sen ovat korvanneet uudemmat antipsykootit. Sitä käytetään myös unta turvaavana lääkkeenä, mutta myös ekstrapyramidaalisia sivuvaikutuksia.

Promatsiinin käytössä on noudatettava erityistä varovaisuutta potilailla, joilla on tai on ollut maksasairaus, sydänsairaus, munuaisten vajaatoiminta, hengityksen vajaatoiminta, epilepsia tai sairaus, jota verenpaineen aleneminen voi pahentaa. Sivuvaikutukset; ortostaattinen verenpaine, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, valolle herkistyminen, ruokahalun ja painon muutokset, parkinsonin taudin oireet, sedaatio ja ekstrapyramidaalisia sivuvaikutuksia.

Yhteisvaikutukset: Keskushermostoa lamaavien aineiden samanaikainen käyttö potentoi lamaavia vaikutuksia. Promatsiinin antikolinerginen vaikutus lisää muiden samoin vaikuttavien aineiden (mm. trisykliset masennuslääkkeet) antikolinergisia haittoja. Maksaentsyymejä indusoivat lääkkeaineet (mm. useat epilepsialääkkeet) voivat vähentää promatsiinin vaikutuksia. (Promatsiini on erityislupavalmiste, jota Promazin Hydrokloridin nimellä valmistaa Suomessa Yliopiston Apteekki. Vastaavana sairaalahoitoon suhteisiin tarkoitettuna on Prazine 25mg.)

Stillnoct, Zolpidem, Stella (*tsolpideemi*) Tsolpideemia käytetään lähinnä toimintakykyä haittaavan tilapäisen unettomuuden hoitoon, joka ilmenee lähinnä nukahtamisvaikeutena. Tsolpideemin vaikutus alkaa nopeasti, joten ne otetaan juuri ennen sänkyyn menoa. Haittavaikutuksina voi esiintyä sekavuutta ja muistihäiriöitä. Tsolpideemin tavallinen annos on 10 mg iltaisin.

Tenox (*tematsepaami*) Tematsepaami on keskipitkävaikutteinen unilääke. Se on suhteellisen nopeasti imeytyvä ja jonkin verran pidemmän puoliintumisaajan omaava. Tematsepaamia voidaan käyttää nukahtamisvaikeuksista ja yöllisistä heräilyistä kärsiville potilaille. Tematsepaami kuuluu bentso-diatsepaameihin, joten niiden käytön tulisi pysyä lyhytaikaisena. Ongelmaksi muodostuu toleranssin nopea kasvu. Pitkään käytetyn tematsepaamin käytön lopettamisen tulisi tapahtua riittävän pitkän ajan kuluessa vieroitusoireiden joko minimoimiseksi tai välttämiseksi. Hoidon lopettamisen jälkeen saattaa unettomuus alkuun jopa lisääntyä.

Triptyl (*amitriptyliinihydrokloridi*) Amitriptyliini kuuluu ns. trisyklisiin mielialälääkkeisiin. Se vaikuttaa keskushermostoon siten, että aivojen ja hermojen toimintaa säätelevien välittäjäaineiden (mm. noradrenaliini ja serotoniini) vaikutusvoimakkuus muuttuu ja mieliala kohoaa. Se kohottaa masentuneen mielialaa, mutta ei vaikuta normaaliin mielialaan. Sillä on myös keskittymis- ja aloitekykyä parantava vaikutus. Lisäksi jo pienet amitriptyliiniannokset lievittävät erilaisia pitkään kestäneitä kiputiloja.

Triptyl-tabletteja käytetään eri syistä johtuvien masennustilojen, unetomuuden ja pitkään kestäneiden kiputilojen hoitoon.

Lähteinä käytetty:

Nurminen, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. WSOYpro Oy.
Syvälahti, Erkkä & Hietala, Jarmo: Psykoosien hoitoon tarkoitetut lääkkeet. <http://www.medicina.fi/fato/22.pdf>. Viitattu 28.4.2013.

Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet.

www.lääkeinfo.fi

www.terveyskirjasto.fi

www.duodecim.fi

25 Päihdeongelmainen potilas somaattisella vuodeosastolla

Kati Huomo

Artikkeli kuvaa päihdeongelmaisen potilaan kohtaantoa ja sen kehittämistä somaattisella vuodeosastolla. Se tarkastelee niitä haasteita, joita päihdeongelmainen potilaana asettaa vuodeosaston hoitotyölle. Somaattisella vuodeosastolla hoitohenkilökunnan asiantuntemus on somaattisessa osaamisessa, joten päihdeongelmat ja psyykkiset sairaudet ovat hoitohenkilökunnalle vieraita. Päihdeongelmainen potilas saatetaan nähdä osastolla välttämättömänä pahana, joka vaatii pitkän ja kalliin hoitojakson. Päihdeongelmaisten potilaiden paranemiset ja raitistumiset eivät yleensä näy osastolla. Päihdeongelmaisista potilasta mieleen jäävät hankalat tilanteet potilaiden hoidossa. Aineistona on kahden sairaanhoitajan haastattelu ja kirjoittajan omakohtainen kokemus tästä hoitotyöstä. Nyt tehty kartoitus toimii alkavan kehittämistyön pohjana.

Päihteidenkäyttö aiheuttaa yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia, sen lisäksi se aiheuttaa mittaamattomia inhimillisiä kärsimyksiä. Koska päihteiden käyttäjien tiedetään käyttävän runsaasti terveydenhuollon palveluja, tulisi terveydenhuollon työntekijöillä olla valmiuksia päihteiden käytöstä johtuvien terveysongelmien hoitamiseen, ja sen lisäksi päihdeongelman varhaisvaiheen toteamiseen, haittojen ennaltaehkäisyyn ja jatkohoitoon ohjaamiseen. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 21, 37). Sairaanhoitajalla on hyvä olla tietoa päihteidenkäytöstä ilmiönä, päihteidenkäytön motiiveista ja riippuvuudesta kohdatakse päihteiden käyttäjän hoitavalla tavalla. Tieto ja sitä kautta syntyvä ymmärrys auttavat sairaanhoitajaa työskennellessään päihteiden käyttäjän hyväksi. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 67.) Potilaat, jotka joutuvat sairaalan vuodeosastolle päihteiden käytön seurauksena ovat yleensä käyttäneet päihteitä jo pitkään ja heidän päihteiden käyttönsä on riippuvuuskäytön tasolla.

Idea tämän kehittämistyön tekemiseen lähti osaston tarpeesta saada lisää keinoja päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitamiseen somaattisella vuodeosastolla. Hoitajilla on liian vähän tietoa päihteitä käyttävien potilaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta. Päihteitä käyttävät potilaat nähtiin ongelmallisena potilasryhmänä hoitoon sitoutumisessa ja yhteisten sopimusten noudattamisessa, jopa uhkaavina ja pelottavina kohdata. Tämän työn tarkoituksena on kehittää päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitoa somaattisella vuodeosastolla. Työn tavoitteena on tuoda lisää tietoa hoitajille ja keinoja selvittää haastavissa tilanteissa. Toivon että tämä työ herättää ajatuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamiseen sekä kehittämään yhdessä osastolle yhteisiä käytäntöjä päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitamiseen. Esitän tässä työssä joitakin toimintaehdotuksia, mutta lopulliset päätökset tulee tehdä työyhteisössä yhteisesti.

Terveydenhuollon yksiköissä yleensä perehtyminen päihdealan problematiikkaan on ollut vähäistä. Päihteiden käyttöön liittyvistä terveysongelmista, vieroitusoireiden lääkehoidosta ja päihdepalveluista ei usein ole riittävästi tietoa. Päihteiden käyttäjät ovat usein moniongelmaisia ja sen vuoksi heidät koetaan hankalina asiakkaina. Työntekijöiden asenteet, uskomukset ja pelot voivat myös vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Infektioiden hoito keskeytyy usein joko päihdeongelman, riittämättömän hoidon tai henkilösuhteiden kärjistymisen vuoksi. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 46).

Somaattinen sairaanhoito tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tarjota päihdeongelmaisille potilaille yksilöllistä terveysneuvontaa ja ohjausta. Päihteitä käyttävä potilas saattaa somaattisen sairauden aikana pysähtyä ensimmäisen kerran miettimään mitä elämältään haluaa. Potilas saattaa olla valmis tekemään elämänmuutoksen sairastuttuaan vakavasti. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää, että potilas saa apua ja tukea ja hoitajan tulisi tiedottaa eri hoitovaihtoehdoista. Myönteinen kontakti terveydenhuollossa voi olla ensimmäinen askel kohti muutosta. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 43, 61).

Päihdeongelmaisen potilaan erityispiirteitä

Molemmat haastateltavani ajattelevat eri tavalla alkoholisteista, kuin mitä huumeiden käyttäjistä. Alkoholisteja ei pidetä erityisen hankalina potilaina etenkin akuuttivaiheen mahdollisen sekavuuden väistyttyä. Haastateltavani pitävät huumeiden käyttäjiä pelottavina ja arvaamattomina. Erityisesti haasteita aiheuttaa lääkehakuisuus, levottomuus ja valehtelu.

Että eihän ne (alkoholistit) sillain vaikeita oo, mutta narkomaanit taas on. Tulllee semmonen olo että voi ei.

Huumeiden käyttäjät joutuvat yleensä sairaalahoitoon akuutisti, eikä huumeiden käyttäjä ole silloin miettinyt päihteiden käytöstä vieroittumista. Sairaalahoido katkaisee normaalin huumeiden käytön ja tällaisessa tilanteessa potilas joko hankkii huumeita sairaalaan tai vaatii lääkkeitä sairaalasta. Lääkehakuisuus, vaativuus ja häiritsevä käyttäytyminen, joskus jopa uhkaava käytös ovat tyypillisiä piirteitä huumeita käyttäville potilaille. Tämän vuoksi huumeiden käyttäjän koetaan usein hankaliksi potilaiksi. Huumeita käyttävien potilaiden hoidossa ongelmana on potilaiden huono hoitomotiivaatio, akuuttivaiheen jälkeen hoidon keskeyttäminen on yleistä. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 22–32.)

Somaattiselle vuodeosastolle tulevien päihteitä käyttävien potilaiden vieroitusoireiden hoito on hankalaa. Potilaat joutuvat osastolle yleensä akuutisti, eikä heillä itsellään ole mitään motivaatiota vieroittautua päihdeistä. Tämän vuoksi näiden potilaiden sietokyky kestää vieroitusoireita on hyvin huono. Somaattinen sairaus mahdollisesti aiheuttaa kipua, jota päihdeongelmaisen potilaan on vaikea sietää, koska he ovat tottuneet lääkitsemään pahaa oloaan tai kipua välittömästi. Somaattisella vuodeosastolla vieroitusoireita poistavalla lääkityksellä pyritään turvaamaan somaattisen hoidon onnistuminen. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 71). Haastatte- luissa vieroitusoireiden hoitaminen nousi myös esiin hoitamista helpottava- vana asiana.

Ainaki lääkitykset pitäis olla paremmin kunnossa niillä, että ne seleviäs siellä osastolla.

Yleinen syy osastohoidon keskeyttämiseen huumeiden käyttäjillä on vieroitusoireet tai omien aineiden käyttö osastohoidon aikana. Mikäli potilaalla ei ole motivaatiota vieroittautua huumeista ja hakeutua päihdehoitoon, on tärkeä huomioida potilaan hoidossa, miten vieroitusoireet pidetään kurissa osastohoidon ajan. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 34–35). Hoitajan työtä helpottaisi suuresti jos lääkäreiden taholta päihdeongelmaisille potilaille ja etenkin huumeita aktiivisesti käyttäville potilaille olisi määrätty lääkitys vieroitusoireiden hoitoon. Hoitajana on hankalan tilanteen edessä jos potilas kärsii voimakkaista vieroitus oireista eikä niihin ole määrätty riittävää lääkitystä. Sellaisessa tilanteessa on hankalaa moti- voida potilasta jatkamaan hoitoa osastolla ja olemaan käyttämättä omia ai- neita sivussa.

Huumeiden käyttäjien on yleensä vaikea sietää ahdistusta ja vastoin- käymisiä. Huumeiden käyttäjät ovat usein tarvitsevia, rajattomia, riippu- vaisia ja haavoittuvia. Huumeiden käyttäjien normaaliin maailmaan kuuluu varastaminen, valehtelu, manipulointi ja uhkailu. Tällainen käytös herättää konflikteja sairaalan vuodeosastolla. Huumeidenkäyttäjien vuorokausirytm- i ja käsitys ajasta on myös erilainen, ja heidän on vaikea pitää kiinni so-

vituista ajoista. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 33). Hoitotyöntekijä ei halua työssään tulla johdetuksi harhaan, koska se voi vaikeuttaa hänen työtään. Potilaiden välttellessä totuuden puhumista tai yhdessä sovittuja hoitolinjoja, työntekijä tuntee pettymyksen tunteita. (Holmberg 2010, 59).

Haastateltavani kokivat hankalaksi tasapainoilun ajan antamisessa huomiota tarvitsevan päihdeongelmaisen ja vakavasti sairaan potilaan välillä:

Sää joutut niinku hillittömästi käyttään voimavaroja siihen että sää saat sen (päihdeongelmaisen) potilaan hoidetuksi. Sit siellä toisessa huoneessa on kuoleva potilas... niin se tuntuu kohtuuttomalle.

Oman ongelmansa somaattisella vuodeosastolla päihdeongelmaisten potilaiden hoitoon tuo osaston potilaiden monimuotoisuus. Henkilökunnan aikaa menee huonokuntoisten potilaiden hoitoon. Huumeiden käyttäjän levottoman käyttäytymisen takana voi olla turvattomuus, minkä vuoksi hän on jatkuvasti huomiota vailla hoitajalta. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 34). Tämä ongelma voitaisiin huomioida vuodeosastolla jo työn jaossa, että hoitajalla olisi mahdollisuus antaa päihdeongelmaiselle potilaalle hänen tarvitsemaa huomiota. Hyvänä keinona on myös pidetty päihdeongelmaisen potilaan sijoittamista omaan huoneeseen.

Päihteiden käyttöön liittyy hyvin usein myös mielenterveysongelmat. Noin puolella päihteiden käyttäjistä on persoonallisuushäiriö. Yleisiä ovat myös masennus ja ahdistuneisuus. Päihderiippuvaisille miehille tyypillisiä mielenterveyden ongelmia ovat persoonallisuushäiriöt. Naisille taas tyypillisimpiä ovat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. (Holmberg 2010, 65.) Verrattuna muihin potilaisiin mielenterveys- ja päihdeongelmaiset potilaat ovat muita potilaita haastavampia hoitaa monenlaisen oireilun, puuttuvan hoitomotivaation- ja tyytyväisyyden vuoksi. Nämä potilaat saavat käyttäytymisellään hoitohenkilökunnan suhtautumaan heidän hoitoonsa kielteisesti. (Holmberg 2009, 201.) Molemmat haastateltavani toivat esille mielenterveysongelmien huomioimisen tärkeyden somaattisen hoidon yhteydessä. Osastolla voisi tiivistää yhteistyötä yleissairaalapsykiatrian puolelle. Hoitaja voi potilaan niin halutessa pyytää hoitotyön konsultaationa psykiatrista sairaanhoitajaa keskustelemaan potilaan kanssa.

Päihteitä käyttävälle henkilölle on tyypillistä päihteiden käytön vähätely tai kieltäminen. Päihteitä käyttävä henkilö ei usein tiedosta päihteiden käyttönsä ongelmallisuutta eikä yhdistä päihteiden käyttöään kokemuksiinsa ongelmiin elämässä. Tämä kieltäminen vaikeuttaa potilaan oman käyttäytymisen muuttamista ja hoitoon hakeutumista. Kun sairaanhoitaja ymmärtää päihdeongelmalle tyypillisiä ilmiöitä, hän voi paremmin auttaa päihdeongelmista kärsivää potilasta. Tämän ymmärryksen lisääntyminen vähentää sairaanhoitajan omaa turhautumista auttajana. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 17.)

Päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen

Holmbergin (2010, 45–47) mukaan päihteiden ongelmakäyttö näyttäytyy yksilön näkökulmasta erilaisina valintoina sietämättömissä elämäntilanteissa. Päihteitä saatetaan käyttää lievittämään yksinäisyyttä, ahdistusta, häpeää, syyllisyyttä ja masennusta. Päihteiden käyttäjät tuntevat usein arvottomuuden tunteita ja oman itsen kohtaaminen saattaa olla heille vaikeaa. Päihteiden käytöllä irrottaudutaan velvollisuuksista ja vastuista tai vapaudutaan huolista. Päihteet saattavat tuoda turvaa tai tehdä elämästä siedettävämmän. Päihteitä käyttävä ihminen perustelee käyttöönsä itselleen sen tuomilla hyödyillä. Harvoin päihteiden ongelmakäyttäjä ajattelee, että päihteiden käytöstä koituisi hänelle haittaa. Päihteiden käyttö saatetaan tuntea paikkana, jossa henkilö kokee olevansa turvassa.

Päihteiden käyttäjät lähes aina tuntevat häpeän ja syyllisyyden tunteita. Hoitotyöntekijä lisää näitä häpeän ja syyllisyyden tunteita vastakkainasettelulla ja torumisella, kun hoitaja hyvää tarkoittaen ajattelee sillä saavan päihteiden käyttäjän tulemaan järkiinsä. Kuitenkin päihteidenkäyttäjä häpeää itseään jo valmiiksi ja voi saada tunteen, ettei hän ole edes apua hakiessaan ihmisenä riittävä. Tämän seurauksena hän turruttaa lisääntyntä häpeän tunnetta käyttämällä päihteitä lisää, koska hän on mielestään jäänyt kohtaamatta ja ymmärtämättä. Päihteiden käyttäjä hakeutuu näin omaan päihteiden käytön tuomaan turvapaikkaan ja voi sieltä syyttää muita ihmisiä ja yhteiskuntaa omista valinnoistaan. Henkilö voi pyrkiä hallitsemaan häpeän tunnettansa olemalla uhmakas, kovaääninen tai vetäytyvä tai kiinnittää hoitajan huomio merkityksettömiin asioihin. Päihteiden käyttäjä tulisikin kohdata empaattisesti ja luottamuksellisesti. (Holmberg 2010, 48, 55–57.) Haastateltavani kokivat että päihteiden käyttäjien kohtaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Ehkä vielä enemmän pitää ottaa sitä potilasta huomioon ku ihan tavallista ihmistä. Pittää sillain ajatella että ei saa siltä karvoja pysyyn että tekkee sillain vähän niinkö mieliksi sille potilaalle. Että ei tahallaan ainakaan yritä ärsyttää millään.

Päihdeongelmaisia potilaita hoidettaessa hyvän hoidon edellytyksenä ei ole että potilaasta pidetään, eikä kaikkea tarvitse ymmärtää ja hyväksyä. Potilaalla on silti oikeus saada asiallista ja hyvää hoitoa. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 39). Hoidossa oleva potilas ansaitsee tulla hyväksytyksi ja ymmärretyksi, vaikka hoitaja ei hyväksykään hänen rikollista toimintaa tai laittomien päihteiden käyttöä. Potilas on arvokas ihmisenä, vaikka hän onkin tehnyt huonoja ratkaisuja elämässään. (Holmberg 2010, 117.)

Voidakseen auttaa päihdeongelmista kärsivää potilasta on hoitajan hyvä pohtia omaa asennettaan päihteiden käyttöä kohtaan. Hoitajan omat asen-

teet välittyvät potilaalle ja potilas tulkitsee ne herkästi kielteiseksi asenteeksi ja haluttomuudeksi auttaa. Sairaanhoidajan oma neutraali asennoituminen päihteitä käyttävään potilaaseen edesauttaa hoitosuhteen syntymistä. Positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä mutta ammatillinen suhtautuminen potilaaseen edistää potilaan kiinnittymistä hoitoon. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 16–17, 27.)

Sairaanhoidaja joutuu kärsivällisesti sietämään päihteidenkäyttäjän sekavuutta, epämääräisyyttä ja päättämättömyyttä hoitosuhteessa. Kiireinen työtahti voi estää sairaanhoidajaa vastaamasta kärsimättömän päihdeidenkäyttäjän tarpeisiin välittömästi. Näissä tilanteissa sairaanhoidajan on hyvä kärsivällisesti kertoa potilaalle miksi ja kuinka kauan hän joutuu odottamaan. Päihteidenkäyttäjä voi tulkita sairaanhoidajan kiireen henkilökohtaiseksi loukkaukseksi. (Mt., 2009, 28.) Tämä tuli esille myös tekemisäni haastatteluissa. Hoitajat ovat kokeneet hyväksi keinoksi välttää ongelmatilanteita kertomalla potilaalle valmiiksi, milloin he esimerkiksi voivat saada seuraavan kerran lääkettä.

Katon vallamiiksi millon potilas on ottanut viimeksi kipulääkkeitä, millon voin viijä seuraavan. Se helpottaa potilaan kohtaamista... Se monesti rauhoittaa sen potilaan kun se tietää millon, eikä sen tarvi kysellä ja miettiä sitte.

Päihteitä käyttävien asiakkaiden kanssa työskennellessä sairaanhoidajan tärkeitä ominaisuuksia on rehellisyys ja rohkeus. Hoidollisesti voi olla järkevää olla puuttumatta kaikkiin päihteiden käyttäjän valkeisiin valheisiin, vaan ymmärretään potilaan rehellisyyden pelko ja tarve suojautua. Luottamuksellisen suhteen luominen päihdeongelmaisen potilaan kanssa on vaikeaa ja voi viedä hyvinkin pitkän ajan. Päihteiden käyttäjän voi olla vaikeaa puhua päihteiden käytöstään suoraan, sillä sitä voidaan pitää henkilökohtaisena asiana ja häpeän tunteet voivat olla esteenä avautumiselle. Myös monet pettymykset ja pelot puhumisen seurauksista voivat olla esteenä. Päihdeongelmaisella ihmisellä voi olla monien pettymysten seurauksena vaikeaa luottaa ihmisiin. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 26–29.)

Hoitavassa kohtaamisessa sairaanhoidaja kohtaa potilaan myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. Hoitaja välittää kunnioittavalla asenteellaan potilaalle luottamuksen ilmapiiriä. Kun potilas tuntee tulleensa hyväksytyksi omana itsenään, voi hän puhua asioista luottamuksella ja suoraan. Sairaanhoidajan oma arkuus päihteiden käytöstä puhumiseen tai epä tietous puhumisen hyödyllisyydestä voi olla este luottamuksellisen suhteen muodostumiseen. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 25.)

Päihteidenkäyttäjän kanssa hoitosuhteessa esille tulee päihteidenkäyttäjien psyykkisiä puolustusmekanismeja. Nämä mekanismit ovat luonnollinen ja tiedostamatonkin reaktio vaikeiden asioiden käsittelymiseen, puolus-

tusmekanismeilla pyritään suojautumaan liialliselta tuskalta ja säilyttämään oma loukkaamattomuus. Nämä voivat herättää sairaanhoitajassa kielteisiä tunteita, kuten kiukkua ja vihaa. Kun ymmärtää potilaan toiminnan hänen luonnollisiksi reaktioiksi, voi yrittää löytää hyväksyvän asenteen. Puolustusmekanismeina päihteiden käyttäjä voi esimerkiksi; syyttää sairaanhoitajaa tai hoitojärjestelmää omista vaikeuksistaan. Tähän auttaa ymmärtävä kuunteleminen, kuuntelemalla ja keskustelemalla voi löytyä todelliset syyt. Päihteiden käyttäjä voi splitata toisia työntekijöitä määrittämällä työntekijät hyväksi ja pahoiksi ja sopia heidän kanssaan eri asioita. Tähän auttaa työyhteisössä yhdessä sovitut säännöt ja sopimukset, joista pidetään yhdessä kiinni. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 32.) Haastattelemani hoitajat pitivät tärkeänä päihdeongelmaisten potilaiden hoitamisessa työtovereilta saatua tukea. Työtovereille voi käydä purkamassa päihteiden käyttäjän aiheuttamaa turhautumista ja kiukkua, mitä ei voi potilaalle näyttää.

Yhteiset sopimukset helpottavat hoitamista

Joutuessaan sairaalahoitoon huumeidenkäyttäjät ei ole välttämättä motivoitunut lopettamaan huumeiden käyttöönsä ja hän saattaa hankkia huumeita myös sairaalaan. Somaattisella vuodeosastolla ei ole totuttu käsittelemään tästä aiheutuvia ongelmia, ja seurauksena on konflikti potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Osaston toiminta häiriintyy, ellei huumeita käyttävälle potilaalle aseteta rajoja. Heitä on kuitenkin yritettävä hoitaa, koska heidän infektionsa ovat vakavia. HUS: n infektiosairauksien klinikassa on saatu hyviä kokemuksia työskentelytavasta huumeiden käyttäjien kanssa, jonka mukaan heti sairaalahoidon alussa käydään potilaan kanssa yhdessä läpi osaston säännöt ja heitä koskevat rajoitukset. (Ristola Matti 2006)

Suurin osa huumeiden käyttäjistä on sekakäyttäjiä, he käyttävät useampia huumeita ja lääkkeitä yhtä aikaa tai vuorotellen. Tällainen potilas on hyvin lääkehakuinen. Lääkkeiden annostelu on järkevä kohdistaa tiettyihin kellon aikoihin. Potilaalle on syytä kertoa heti hoidon alussa että osaston hoitava lääkäri pääsääntöisesti tekee lääkemutokset, eikä niitä muuteta päivystysaikana. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 35). Edellä mainittu toimintatapa yhteisenä käytäntönä voisi helpottaa ongelmatilanteita lääkehakuisten potilaiden kanssa. Ongelmat lääkkeiden kanssa tulivat voimakkaasti esiin myös tekemissäni haastatteluissa:

Sit semmonen tasapainottelu sen lääkehoidon kans. Yks lupaa ja toinen ottaa pois. Sit seuraavana päivänä se on taas kumottu se määräys ja taas soitetaan niiku uudelleen.

Myös päihdeongelmaisen potilaan lääkkeiden ottoon täytyy kiinnittää erityistä huomiota, jotta potilaat eivät varastoi saamiaan lääkkeitä ja myy niitä edelleen tai käytä niitä suonensisäisesti. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 71). Päihdeongelmaisen potilaan lääkitys annetaan osastolla aina valvotusti.

Sit sää jouvut monen hengen huoneessa ehkä valvomaan sitä, että paitsi että se potilas ottaa omat lääkkeensä, että myös sitä että se potilas ei syö muitten potilaitten lääkkeitä.

Huumeiden käyttäjät tarvitsevat rajoja. Rajojen asettaminen tuo turvallisuutta sekä potilaalle että työyhteisölle. Koko henkilökunnan tulee sitoutua yhteisiin sopimuksiin. Rajojen asettamisella toimitaan potilaan parhaaksi eikä ne saa toimia vallan välineenä. Rajojen luomisessa on tärkeää, että potilaalle selitetään etukäteen, minkälainen käytös on osastohoidon aikana sopivaa. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 38–39). Haastattelujen perusteella osastolla käytössä oleva päihdeongelmaisten potilaiden kanssa tehtävä yhteissopimus hoidosta helpottaa hoitajan työtä kun potilas tietää osastolla olevat säännöt. Liitteenä yhteissopimus hoidosta.

Kirjallinen sopimus käydään potilaan kanssa yhdessä läpi. Hoitosopimuksen avulla pyritään turvaamaan somaattisen hoidon onnistuminen sekä vaikuttamaan osaston turvallisuuteen ja yhteistyön sujuvuuteen. Potilaan tulee saada riittävät perustelut miksi hoitosopimusta käytetään ja mitä sen rikkomisesta seuraa. Mikäli potilas rikkoo hoitosopimusta, tulisi siihen aina reagoida. Osastohoitosopimuksen käyttö edellyttää koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin sopimuksiin. Yhteisesti sovitut toimintamallit, säännöt ja sopimukset tuovat työntekijälle varmuutta ja potilaalle turvallisuutta. Erityisen tärkeää on että kaikki ammattiryhmät sitoutuvat yhteisiin sopimuksiin. Kun yhteisistä hoitolinjoista on sovittu etukäteen, on työntekijän helpompi toimia hankalassa tilanteessa kun hän tietää muun henkilökunnan olevan päätösten takana. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 71, 88–89). Yhteisten sopimusten noudattamisen tärkeys nousi esiin myös tekemissäni haastatteluissa. Erityisen tärkeänä ne koettiin lääkeasioissa, mutta myös pienemmissä asioissa pidettiin tärkeänä yhteisten linjojen pitämistä.

Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas

Päihteiden käyttäjän aggressiivisen käyttäytymisen taustalla saattaa olla tilanteen hallitsemattomuuden pelko, pelko torjutuksi tai hylätyksi tulemisesta, turvattomuuden tai avuttomuuden tunne, kokemus loukatuksi tulemisesta, pettymykset ja turhautuneisuus, väärinymmärretyksi tulemisen tunne tai päihtymys tai vieroitusoireet. Häiriökäyttäytyminen voi olla myös

keino saada tarvittavaa huomioita. (Holmberg 2009, 207.) Päihteet itsessään saavat potilaan käyttäytymään arvaamattomasti, eikä päihtynyt henkilö pysty kontrolloimaan käyttäytymistään. Päihtyneellä potilaalla saattaa olla harhoja tai todellisuuden vääristymiä. Potilaat saattavat myös käyttää väkivaltaa keinona saada lääkkeitä. Hoitohenkilökunnan asenteet voivat myös provosoida väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Väkivalta saattaa olla ainoa potilaan tuntema keino toimia hankalassa tilanteessa. (Kaivola & Tammistö & Ristola 2001, 36). Haastattelemani hoitajat kokivat aggressiivisen potilaan hoitamisessa turvallisuutta lisääviksi asioiksi työkaverin tuen, tarvittaessa potilaan luokse mennään pareittain. Turvallisuutta lisäävät myös sairaalan vartijat, jotka tulevat paikalle tarvittaessa ja heidän tihennetyt vierailut rauhoittavat osastoa päihdeongelmaisten potilaiden ollessa potilaana osastolla.

Vuorovaikutustilanteessa päihtyneen ihmisen kanssa tulee sairaanhoitajan olla rauhallisen empaattinen, tiukan johdonmukainen, puhua selkeästi ja ymmärrettävästi, perustella faktoja kärsivällisesti. Päihtynyt ihminen on herkkä loukkaantumaan. Vuorovaikutustilanteessa ei kannata suhtautua potilaaseen alentuvasti, uhkailla tai provosoida potilasta tai itse provosoitua. Hoitajan ei kannata korottaa ääntään, ellei se ole välttämätöntä. (Holmberg 2009, 204.)

Epämääräiset lupaukset lisäävät potilaan epätietoisuutta ja madaltavat ärsytyskynnystä. Kiiretilanteissa hoitajan on hyvä antaa selkeä aika potilaalle milloin on hänen vuoronsa. Mikäli potilas käyttäytyy uhkaavasti, voi hänelle sanoa suoraan että: ”Käytöksesi pelottaa minua.” Ongelmatilanteissa on hyvä viestiä potilaalle että hoitajana on potilaan kanssa yhdessä ongelmaa vastaan. Mietitään yhdessä, mitä tässä tilanteessa voisi tehdä. (Miettinen & Kaarne 2008, 274–275).

Vihamielisen tai aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa sairaanhoitajan kannattaa puhutella potilasta nimellä, kohdata potilas vastuullisena aikuisena, välttää kielteisiä ilmaisuja, pyytää potilasta istumaan ja istua itse samalle tasolle, kommunikoida selkeästi ja ymmärrettävästi, pitää katsekontakti ja turvaväli potilaaseen, pitää keskustelun sävy potilasta kunnioittava ja antaa riittävästi potilaan toivomaa tietoa. (Holmberg 2009, 207.)

Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas herättää sairaanhoitajassa vaikeita tunteita. Hoitajan tulisi pyrkiä tunnistaa itsessään nämä tunteet ja käyttäytymään siitä huolimatta aikuisella tavalla. Sairaanhoitajan ei tule hoitaa aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta jos hän tuntee olevansa ärtynyt tai kärsimätön. Sairaanhoitajan huonotuulisuus saattaa lisätä potilaan aggressiota. Aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta tulisi hoitaa rauhallinen henkilö. Hankalissa vuorovaikutustilanteissa tulee välttää monen eri ihmisen yhtäaikaista puhumista ja puuttumista tilanteeseen. Yleensä riittää haastava potilas rauhoittuu, kun hän kokee tullessa kuulluksi ja kohdatuksi.

Potilaalle selvitetään rauhallisesti tilanne ja asetetaan selkeät rajat yhteistyölle. Mikäli yhteisymmärrystä ei löydy, vältetään potilaan nolaamista ja tarjotaan hänelle mahdollisuus perääntyä kunniakkaasti. Hankalat tilanteet on hyvä käydä aina jälkeinpäin lävitse potilaan kanssa. Tämä lisää luottamuksen tunnetta potilaassa ja hänelle tulee tunne, ettei häntä ole hylätty. (Holmberg 2009, 208–209.)

Hankaliksi koettujen päihdeongelmaisten potilaiden hoito olisi hyvä huomioida jo työnjakotilanteessa. Niin hoitajan jaksamisen kuin päihdeongelmaisen potilaan kuntoutumisen kannalta on parempi että päihdeongelmista kärsiviä potilaita hoitavat ne hoitajat, jotka sietävät heitä paremmin. Mikäli hoitajalla on jo valmiiksi huono päivä, ei hänen kannata ottaa hankalia potilaita hoitaakseen.

Päihdeongelmaisen potilaan ohjaaminen

Juha Kröger toteaa artikkelissaan päihdeongelmaisten potilaiden hoidon erikoissairaanhoidossa keskittyvän yleensä vain hoitoon tulon syyn hoitamiseen. Hoitoon hakeutumisen syy on yleensä seurausta päihteiden käytöstä. Ongelman tai sairauden aiheuttajaan ei paneuduta vedoten kiireeseen ja työtaakkaan ja potilaasta toiseen siirrytään tehokkaasti. Tämä toimintatapa kostahtuu myöhemmin samojen asiakkaiden uusilla käyneillä ja ongelmien pahenemisella. (Kröger 2008, 317.) Molemmat haastateltavani pitivät tärkeänä päihdeongelman huomioimisen somaattisen sairaudenhoidon aikana. Esille nousi myös keinojen vähyys.

Haluais auttaa mutta se on niin hankalaa... Onko tämä ihan hukkaan menevää työtä että kohta ne on uuvestaan ihan samassa tilanteessa... Jotenki niitten pitäis mennä käsikäessä että ois parempi tulos.

Hakeutuessaan terveydenhuollon piiriin, päihteiden käyttäjä ei tavallisesti tule hakemaan apua päihdeongelmaansa. Vaivojen taustalla saattaa olla vakava päihdeongelma. Potilas saattaa suhtautua vähättelevästi päihteidensä käyttöön ja siitä johtuviin ongelmiin. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 127–128.) Hoitotyön ammattilaisella on vastuu puuttua päihteiden käyttäjän tilanteeseen tarjoten erilaisia vaihtoehtoja päihteiden käytön lopettamiseen. Sen jälkeen vastuu toiminnasta siirtyy päihteiden käyttäjälle. Jokainen potilas tulee nähdä mahdollisena onnistujana. Hoitotyöntekijän tehtävänä on antaa jokaiselle mahdollisuus onnistumiseen. (Holmberg 2010, 113.) Päihteiden käyttö koetaan yleensä ihmisen yksityisasiaksi ja vaikeaksi asiaksi puuttua. Potilaiden päihteiden liika- ja väärinkäyttöön tulee aina suhtautua vakavasti. Mitä aikaisemmassa vaiheessa ongelmaan puututaan, sitä helpompi se on hoitaa. Asiallisella ja ammatillisella puuttumisel-

la voi katkaista alkavan päihdekierteen ja estää ongelmien pahenemista ja kasautumista. Etenkin vakava somaattinen sairastaminen saattaa herättää potilaan arvioimaan elämäntapaansa uudelleen. (Helamo 2008, 245–246.)

Moni päihdeongelmista kärsivä ihminen toivoo terveydenhuollon ammattilaisilta apua päihdeongelmaansa, potilaat toivovat puuttumista, tukea ja ohjaamista avun piiriin. Potilaat kokevat tärkeänä kohtaamisen, itsetunnon ja motivaation vahvistamisen. Päihteiden käyttöön puuttuminen ja potilaiden hoitoon ohjaaminen on hyödyllistä myös yhteiskunnan kannalta. Tällaisilla toimilla voidaan säästää huomattavia summia yhteiskunnan varoja. (Holmberg, Jan 2010, 8–9.)

Kun potilaan päihteiden käyttö tulee esiin ensimmäistä kertaa, on hoitajan asiallinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen erityisen tärkeää. Mikäli hoitohenkilökunta suhtautuu päihdeongelmaan kielteisesti, potilas ei yleensä halua jatkossa enää puhua ongelmastaan. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 34.) Kokemus siitä että potilasta kuullaan ja ymmärretään sekä halutaan auttaa voi synnyttää motivaation hakeutua päihdehoitoon. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 35).

Potilaalta tulisi selvittää kuinka pitkään hän on käyttänyt päihteitä, mitä päihteitä hän käyttää, kuinka paljon ja miten. Käyttöhistorian kartoitus antaa viitteitä mahdollisista vieroitusoireista sekä auttaa suunnittelemaan potilaan ohjausta ja terveysneuvontaa. Huumeidenkäytön laittomuus tekee siitä puhumisen vaikeaksi. Hoitajan avoin ja myönteinen suhtautuminen potilaaseen sekä salassapidon mainitseminen edistävät luottamusta. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 53). Potilasta haastateltaessa on hyvä huolehtia haastattelupaikan rauhallisuudesta, jolla taataan potilaan yksityisyyden suoja. Potilasta haastateltaessa on hyvä puhua päihteistä suoraan ja kiertelemättä kuitenkaan syyllistämättä potilasta. (Helamo, Ilkka 2008, 252). Potilaan omat käsitykset päihteiden käytöstä tulevaisuudessa antavat viitteitä siitä, minkälainen tuki ja motivointi ovat sillä hetkellä asianmukaisinta. (Kaivola & Tammisto & Ristola 2001, 69). Jokaisen potilaan hoitosuunnitelmaan tulee merkitä selkeästi annettu ohjaus, jotta seuraavan vuoron hoitaja voi jatkaa ohjaamista. Ohjaamisen tukena potilaille voi antaa osastolla olevaa kirjallista materiaalia.

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä on jokaiselle ammattiryhmälle määritelty omat tehtävänsä. Tämä hoitoketjutyö parantaa vastuunottoa potilaan hoidon järjestämisessä. Hoitoketju alkaa ensikontaktista terveydenhuoltoon ja ketjun tulee päättyä siihen yksikköön, johon potilaan jatkohoito siirtyy. (Karppinen 2008, 297.) Ideaalitulanteessa sairaanhoitaja tarttuu somaattisella vuodeosastolla potilaan ongelmiin ja ohjaa potilasta hoitotilanteiden yhteydessä motivoivan haastattelun keinoin. Somaattiselta osastolta kotiutuessaan potilaalle olisi valmiiksi katsottu yksikkö, josta hän saa halutessaan apua päihdeongelmaansa. Liitteenä lista tukea tarjoavista paikoista.

Päihdeongelmaista potilasta tulee auttaa niillä keinoilla ja resursseilla kuin se hoitoympäristössä on mahdollista. Somaattisella vuodeosastolla ei ole tarkoitus toteuttaa sellaista psykososiaalista kuntoutusta, kuin päihdehoitolaitoksissa. Päihdehoitotyön toteutuksessa somaattisella vuodeosastolla tulee huomioida myös muu hoitotyö. Vuodeosastolla lyhyitä kohtaamisia potilaan kanssa tapahtuu tiheään. Kaikilla näillä kohtaamisilla on merkitystä kokonaisuuden kannalta. Sairaalassa päihdehoitotyöhön on tärkeä ottaa mukaan myös muita ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sairaalapappi. (Hirschovits, Tanja 2008, 44.)

Päihteitä käyttävän potilaan hoidossa tavoitteena tulisi olla päihteenkäyttäjän saattaminen tietoiseksi päihteiden käytöstään ja päihteenkäyttäjän motivointi jatkohoitoon. Jatkohoitoon motivointiin liittyy hoitovaihtoehtojen ja jatkohoitopaikkojen esitleminen. Jatkohoitoon motivoidaan koko hoidon ajan. Aina päihteiden käyttäjät eivät kuitenkaan ole motivoituneita jatkohoitoon. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 37–38.) Mikäli potilas ei itse ole valmis ajattelemaan muutos elämässään, on hyödytöntä painostaa häntä hyväksymään hoitajan mielipidettä. Tällaisessa tilanteessa keskitytään hoitamaan sen hetkisiä oireita ja potilaalle kerrotaan, että jos hän jossain vaiheessa haluaa keskustella päihteiden käytön vähentämisestä tai lopettamisesta niin se on mahdollista. (Helamo 2008, 255). Tällaisissa tilanteissa potilasta voi ohjata pienillä asioilla muuttamaan elämäänsä terveellisempään suuntaan ja vähentämään päihteiden käytöstä koituvia haittoja.

Päihteiden käyttäjien kanssa työskennellessä on hyvä muistaa, että potilas voi alkaa käyttää päihteitä uudelleen kaikista lupauksista ja suunnitelmista huolimatta. Kuitenkin sairaanhoitajalla on tärkeä merkitys toivon antajana. Pienetkin muutokset päihteiden käyttäjän elämässä ovat tärkeitä tervehtymisen suuntaan. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 29–30.) Haastateltavani olivat myös törmänneet tähän ja kokivat sen turhauttavana.

Me ollaan soitettu sinne redille ja joka paikkaan, että nyt täältä tulee tämmönen näin, mutta ei ne oo todennäköisesti menny sinne. Kyllähän se ottaa päähän.

Motivoivan haastattelun keinot

Motivoivan haastattelun tavoitteena on voimistaa potilaan sisäistä motivaatiota muutokseen selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen liittyvää ristiriitaa. Motivoivan haastattelun tekniikka on osoittautunut tulokselliseksi etenkin muutostarpeessa olevien ihmisten kohtaamisessa. Motivoivan haastattelun tekniikka antaa keinoja myös hankalaksi koettujen ja aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa. (Hirschovits 2008, 44–45).

Motivoivassa haastattelussa pyritään avointen kysymysten avulla saamaan potilas itse kertomaan kokemuksistaan riippuvuudestaan ja ongelmastaan. Näin autetaan potilasta itse puhumaan muutoksen puolesta. (Hirschovits 2008, 45.) Avoimet kysymykset ovat M:llä alkavia kysymyksiä, jotka ohjaavat potilasta kertomaan tarkemmin asiastaan. Mikäli hoitaja kysyy paljon lyhyitä kysymyksiä, loppuu keskustelu lyhyeen ja saatu informaatio jää niukaksi. Avoimilla kysymyksillä herätetään myös potilaan omaa ajattelua ja välitetään potilaalle kiinnostusta hänen asiastaan. Liitteenä esimerkkejä avoimista kysymyksistä. Sairaalassa tarvitaan myös lyhyitä kysymyksiä asioissa, joihin tarvitaan selkeä vastaus.

Motivoivan haastattelun tekniikassa tarkoituksena on että potilas itse alkaa puhua muutoksen puolesta, eikä niin että hoitaja esittää hänelle mitä hänen tulee tehdä. Tämä voi olla hankalaa omaksua sairaalassa, jossa hoitajat ovat tottuneet asiantuntijan roolissa ohjaamaan potilasta. Tietyissä asioissa, kuten esimerkiksi lääkehoidossa on tärkeää hoitajan olla asiantuntijan roolissa. Siinä lopettaako potilas päihteiden käytön on paremmat tulokset, mikäli potilas motivoituu siihen itse. Hoitaja voi toimia motivaation edistäjänä. Motivoivassa haastattelussa hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta itse löytämään muutosta puoltavat asiat omasta elämästään. Silloin asiakas puhuu itse muutoksen puolesta ja muuttaa toimintaansa sen suuntaan. Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian ilmaiseminen, ongelmakäytöksen ja muutoksen välisen ristiriidan voimistaminen, väittelyn välttäminen ja asiakkaan kyvykkyyden tunteen vahvistaminen. Empaattinen hoitaja kuuntelee potilasta ja yrittää ymmärtää potilaan tilannetta hänen kannaltaan. Empaattinen hoitaja ei kritisoi eikä arvostele potilasta, vaan luo potilaalle turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. (Koski-Jännes 2008, 45–46).

Päihdeongelmainen potilas toisaalta haluaa lopettaa päihteiden käytön, mutta toisaalta taas jatkaa sitä. Potilas puntaroi näiden kahden välillä. Hoitaja voi auttaa potilasta ohjaamalla potilasta miettimään päihteiden käytön etuja ja haittoja ja toisaalta lopettamisen haittoja ja etuja. Potilasta voi myös ohjata miettimään hänen arvojaan ja mitä hän tulevaisuudelta haluaa. Näin potilas voi löytää itseään motivoivia asioita, joita hän haluaa toteuttaa. (Koski-Jännes 2008, 46–47).

Motivoivan haastattelun hengessä tärkeää on että potilas itse puhuu muutoksen puolesta. Hoitajan esittäessä tosioita voi helposti joutua väittelyyn, jonka seurauksena tapahtuu päinvastainen ja potilas alkaa puhumaan päihteiden käyttönsä puolesta. Potilaan vastustaessaan hoitajan ei tule provosoitua, vaan korostaa potilaalle hänen itsemääräämisoikeuttaan. Päihdeongelmaiset usein tarvitsevat rohkaisua ja omien kykyjen vahvistamista muutoksen suuntaan. (Koski-Jännes 2008, 47.) Sairaalassa potilaalle joudutaan kertomaan faktat hänen sairaudestaan, siihen johtaneista syistä ja keinoista parantua. Tämä tulisi kuitenkin tapahtua asiakkaan

itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja ei syyllistävissä sävyssä. Millerin mukaan hoitajan tapa olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa vaikuttaa ratkaisevasti siihen, miten potilas suhtautuu hoitoonsa ja kuinka hoito onnistuu. (Miller, William 2008, 20.)

Motivoivan haastattelun tekniikkaa on tarkoitus käyttää jokaisessa potilas kohtaamisessa. Motivoivaan haastatteluun ei tarvita erillisiä keskusteluita. Jokainen hoitaja voi käyttää motivoivan haastattelun tekniikoita lyhyissäkin potilas kontakteissa. Millerin mukaan motivoivan haastattelun tekniikalla asiakkaan motivaation syntyyn voidaan vaikuttaa niin että muutos käynnistyy, vaikka hoitokontakti jäisi lyhyeksi. (Miller 2008, 25). Motivoiva haastattelu on kommunikaatiota helpottava lähestymistapa eikä sarja temppeja. Motivoivan haastattelun tekniikoiden hallitsemista tärkeämpi on omaksua motivoivan haastattelun henki, jonka tärkeimmät asiat ovat yhteistyö potilaan kanssa, motivaation esiin kutsuminen potilaasta ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Koski-Jännes 2008, 45–46).

Sairaalassa on totuttu kysymään liuta tarkkoja kysymyksiä ja niihin odotetaan suoria vastauksia. Näillä kysymyksillä pyritään saamaan nopeasti kuva potilaan voinnista ja sen jälkeen siirrytään toisen potilaan luokse. Motivoivan haastattelun käyttämiseen potilaiden kanssa hoitaja joutuu opettelemaan uuden tyylin kommunikoida potilaiden kanssa. Aluksi tämä voi tuntua aikaa vievältä tavalta keskustella, mutta keskustelua voi jatkaa seuraavassa hoitotilanteessa ja tärkeintä on oppia motivoivan haastattelun henki.

Pohdinta

Tämä kehittämistehtävä on toiminut alkusysäyksenä ja teoretiedon keräämisenä osaston päihdeongelmaisten potilaiden hoitamisen kehittämässä. Varsinainen toiminnan kehittäminen alkaa tästä. Seuraavaksi on tarkoituksena pitää osastolla osastotunteja tämän kehittämistehtävän pohjalta, ja yhdessä sopia yhteisiä käytäntöjä ja sopimuksia päihdeongelmaisten potilaiden hoitamiseen. Tarkoituksena on myös keskustella aiheesta osaston lääkäreiden kanssa ja toivottavasti tulevaisuudessa meillä on yhtenäiset ohjeistukset osastolla olevien potilaiden vieroitusoireiden lääkitsemiseen. Tässä kehittämistehtävässä on keskitytty pääosin päihdeongelmaisten potilaiden erityispiirteiden esittelyyn ja potilaiden kohtaamiseen. Seuraavassa kehittämistehtävässä voisi olla hyvä käsitellä laajemmin vieroitusoireita ja keinoja niiden hoitamiseen.

Toivon että tämä kehittämistehtävä lisää ymmärrystä päihdeongelmaista ja antaa keinoja hoitajille päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamiseen. Minä tulen osaston päihdehoitajana huolehtimaan näiden tietojen päivittämisestä.

Lähteet

- Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2009: Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Helamo, Ilkka 2008: Hoidollinen interventio, puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Holmberg, Jan & Hirschovits, Tanja & Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 239–270.
- Holmberg, Jan 2009: Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.): Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 200–211.
- Holmberg, Jan 2010: Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Hirschovits, Tanja 2008: Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, Jan & Hirschovits, Tanja & Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 27–48.
- Kaivola, Taru & Tammisto, Marja & Ristola, Matti 2001: Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Koski-Jännes, Anja 2009: Ratkaiseva kohtaaminen. Motivoiva haastattelu, päihdehoitoon sitoutuminen ja muutos. Teoksessa Kaipio, Kalevi & Ruisniemi, Arja (toim.): Ihan oikea ihmi. Kirjoituksia päihdetyöstä. Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys- VAK ry, 140–159.
- Koski-Jännes, Anja 2008: Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 41–64.
- Kröger, Juha 2008: Verkostoiva työote. Teoksessa Holmberg, Jan & Hirschovits, Tanja & Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 311–322.
- Miettinen, Petteri & Kaarne, Matti 2008: Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Holmberg, Jan & Hirschovits, Tanja & Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 271–282.
- Miller, William 2008: Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 16–40.
- Ristola, Matti 2006: Huumeiden käyttäjien infektiot – toivottomiako hoitaa ja ehkäistä? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

26 Ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä

Kirsi Kumpulainen

”Ei siihen kukaan puuttunut pitkään aikaan, vaikka tiesivät. Ensimmäisellä kerralla ei työyhteisössä edes tiedetty, että tyyppi oli kärynyt ja silti hän ajoi työkseen.”

Artikkeli kuvaa ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta työyhteisössä. Artikkelin pohjautuu kolmen ammattiautoilijan haastatteluun. Haastatteluissa nousee esiin selkeästi kaksi teemaa: työyhteisön suhtautuminen alkoholin käyttöön sekä alkoholi-ongelmien ennaltaehkäisy. Työyhteisön yleinen ilmapiirissä alkoholi-ongelmiin suhtautumiseen vaikuttaa työyhteisön yleinen suhtautuminen alkoholiin, työpaikan yhteiset säännöt sekä esimiesten suhtautuminen. Alkoholi-ongelmien ehkäisyssä tärkeiksi tekijöiksi nousivat alkoholi-ongelmien puheeksiotto sekä työterveyshuollon että alkolukkojen toimivuus.

Rikoslain (20.12.2002/1198) 3 §:n mukaan moottorikäyttöisen ajoneuvon kuljettaja syyllistyy rattijuopumukseen, jos hänen verensä alkoholipitoisuus on ajon aikana tai välittömästi sen jälkeen vähintään 0,5 promillea tai hänellä on litrassa uloshengitysilmaa vähintään 0,22 milligrammaa alkoholia. Törkeän rattijuopumuksen raja on 1,2 promillea tai vastaavasti alkoholia litrassa uloshengitysilmaa vähintään 0,53 milligrammaa.

Pelkät kiinnijääneiden määrät eivät kerro rattijuopumus ilmiöstä koko totuutta. Uudenmaan ratsiatutkimuksesta vuosina 1990–2008 selviää, että humalassa voi ajaa noin 220 kertaa ennen kuin jää kiinni. Myös alkoholia juoneita, mutta alle puoli promillea puhaltavia autoilijoita on enemmän kuin 1990-luvulla. Nykyisin joka 800. kuljettaja on rattijuoppo ja joka 170:s on maistellut alkoholia.

Vuonna 2011 poliisin tietoon oli tullut 21 459 rattijuopumustapausta, jolloin henkilö oli ajanut alkoholin vaikutuksen alaisena tai huumaantuneena. Vuoteen 2010 verrattuna rattijuopumukset olivat lisääntyneet 1,6 prosenttia. Törkeiden rattijuopumustapauksien osuus kaikista rattijuopumuksista oli ollut hieman yli puolet ja valtaosa rattijuopumukseen syylliseksi epäillyistä oli miehiä. Vuonna 2011 rattijuopumuksesta epäillyistä oli miehiä noin 87 prosenttia. Naisten osuus rattijuopumuksesta epäillyistä on kasvanut 2000-luvun aikana noin neljällä prosenttiyksiköllä lähes 13 prosenttiin vuonna 2011. Vuonna 2011 poliisin tietoon tulleeisiin rattijuopumusrikoksiin syyllisiksi epäillyistä lähes 84 prosenttia oli ollut alkoholin vaikutuksen alaisena, yli 12 prosenttia muun päihteen kuin alkoholin vaikutuksen alaisena (huumaus- tai lääkeaine) ja noin 4 prosenttia oli ollut sekä alkoholin että muun päihteen vaikutuksen alaisena (ns. sekakäyttö). Huumaantuneena ajaminen on tilastoitu erikseen vuodesta 2001 alkaen ja sekakäyttö vuodesta 2003 alkaen.

Alkoholi huonontaa toimintakykyä liikenteessä ja moottoriajoneuvon kuljettajalla jo varsin pieni määrä alkoholia veressä heikentää hänen mahdollisuuksiaan selviytyä kiperissä liikennetilanteissa. Arviointivirheitä alkaa ilmetä jo 0,2 promilista lähtien ja tarkkaavaisuus heikkenee sekä riskinotto lisääntyy, kun arvostelukyky heikkenee. Veren alkoholipitoisuuden kasvaessa kuljettajan havaintokenttä alkaa supistua, reaktionopeus hidastua ja liikkuvan kohteen seuraaminen vaikeutua sekä onnettomuusriski samalla kasvaa. Yli 0,5 promillen humalassa ajavalla kuljettajalla onnettomuusriski on yli kymmenkertainen selvään kuljettajaan verrattuna ja riski kasvaa voimakkaasti lisäpromillien myötä. (Alko 2012.)

Alkoholiriippuvuuden kehittyttyä henkilön alkoholin käytölle on ominaista se, että hän käyttää alkoholia suurempia määriä tai pidempään kuin hänen tarkoituksensa oli ollut hänen aloittaessaan alkoholin käytön. Hän ei myöskään kykene halustaan huolimatta vähentämään tai lopettamaan alkoholin käyttöönsä, vaikka hän tietää alkoholin aiheuttamista haitoista ja humalatiloihin voivat liittyä myös sammumiset ja muistikatkokset. Tuloksena voi olla ristiriitoja läheisten kanssa, avioero, vaikeudet työssä tai työstä irtisanominen sekä taloudelliset vaikeudet, rattijuopumus, rikkeet tai rikokset. Henkilön päivittäisestä ja viikoittaisesta ajasta kuluu usein huomattava osa alkoholin hankkimiseen, käyttöön tai käytöstä toipumiseen. Lisäksi henkilön kiinnostus muihin asioihin ja harrastuksiin vähenee, masennus, univaikeudet sekä ärtyisyys lisääntyvät. (Huttunen 2011.)

Kiinnijääneistä rattijuopoista runsas puolet oli ollut alkoholin suurkuluttajia ja kolmanneksella oli todettu päihderiippuvuus. Ensikertalaisista puolet jää uudelleen kiinni rattijuopumuksesta ja noin puolet kaikista rattijuopoista oli uusijoita. Uusijan riski syyllistyä taas uudelleen rattijuopumukseen oli 3–5-kertainen ensikertalaiseen verrattuna. Rattijuopumuksesta kiinnijääneille on ryhdytty viime vuosina tarjoamaan tukea

matalan kynnyksen ja nopean puuttumisen periaatteilla Tie-selväksi hankkeen avulla. Hyvin tehokas keino estää rattijuopumus on alkoholukko. Rattijuopumukseen syylistynyt henkilö voi pyytää ehdottoman ajokiellon sijaan valvottua ajo-oikeutta alkoholukolla varustetulla ajoneuvolla. (Jääskeläinen 2012.)

Suurin osa työikäisistä suurkuluttajista ja alkoholisteista on työelämässä. Alkoholien suurkulutus on uhka terveydelle, turvallisuudelle ja työn tuottavuudelle. Haitat ja näistä aiheutuvat seuraukset näkyvätkin monin tavoin työpaikkojen arjessa. Alkoholihaittojen ehkäisevän toiminnan käynnistämiseksi työpaikoilla tarvitaan johdon tukea ja päihdetyöryhmiä sekä työpaikan päihdeohjelma. Päihdeohjelman tavoitteena on saada työpaikoilla alkoholiriskit ja haitat sekä niistä aiheutuvat kulut vähenemään. (Kaarne & Juntunen 2010, 87–90.)

Työpaikan päihdeohjelma

Alkoholien suurkuluttajista on suurin osa mukana työelämässä, mutta heillä on todettu olevan eniten sairauspoissaoloja. Työstä poissaolot ja työpanoksen alentuminen eivät kuitenkaan näy aina tilastoissa vaan ne jäävät muiden syiden alle. (Kaarne & Juntunen. 2010, 88.)

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Työterveyshuolto- ja sairausvakuutuslakien muutokset tulivat voimaan 1.6.2012, joiden tarkoituksena on parantaa mahdollisuuksia puuttua nykyistä varhaisemmin pitkittyviin työkyvyttömyyksiin (HE 75/2011). Tavoitteena on parantaa työkyvyn arviointiprosessin toimivuutta työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä.

Työsopimuslain (55/2001) perusteella alkoholien vaikutuksen alaisena työpaikalla oleva henkilö voidaan irtisanoa, koska se on irtisanomisen perusteena erityisen painava syy, mutta jos työnantajalla on hoitoonohjaussopimuskäytäntö, sen mukaisesti voidaan antaa henkilölle mahdollisuus hoitoon ja kuntoutukseen työsuhteen päättämisen sijasta.

Työmarkkinajärjestöjen (2006) antaman suosituksen mukaan organisaatioilla tulisi olla päihdeohjelma, joka sisältää kuvauksen päihdehaittoja ehkäisevästä toiminnasta ja päihdeongelmaisen hoitoonohjausprosessista. Työnantajan tulisi huolehtia työntekijöiden päihdekoulutuksesta ja kouluttaa esimiehet puuttumaan tilanteisiin ajoissa. (Piironen 2004.)

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) edellytetään työpaikalle päihdeohjelmaa, mikäli työorganisaatiossa toteutetaan huumetestejä. Päihde-

ohjelmassa tulee kuvata kyseisen työpaikan päihdehaittoja ehkäisevä toiminta ja päihdeongelmaisen hoitoonohjaus.

Työpaikan päihdeohjelmalla pyritään vaikuttamaan yksilöiden valintoihin ja asenteisiin ja siten edistämään terveyttä ja työkykyä sekä hyvää työilmapiiriä. Päihdeohjelman tulee olla osa työpaikan työkykyä ylläpitävää toimintaa ja siinä tulee määritellä päihdeongelmien ehkäisyn, tunnistamisen ja hoidon toimintatavat sekä periaatteet. (Kaarne & Juntunen 2010, 89–90.)

Päihdeohjelman tulisi vahvistaa sellaista toimintakulttuuria, jossa kehtää ei yllytetä juomaan ja työpaikoilla tulisi jakaa työntekijöille tietoa alkoholista, eri juomatapojen vaikutuksesta terveyteen sekä työpaikan päihdeohjelmasta. (Kaarne & Juntunen 2010, 89.)

Päihdeohjelma lähtee kunkin työpaikan omista tarpeista ja lähtökohdista sekä sen tehtävänä on tukea päihdestrategioiden laatimista että myös työpaikan eri toimijoiden vastuita ja keskinäistä organisoitumista, kouluttautumista sekä oman työyhteisön osaamisen lisäämistä että tarjolla olevia päihdepalveluita. Päihdeohjelman toimintamallit ovat perusrakenteeltaan kolmitasoisia ja niissä painotetaan ensin koko henkilökunnalle annettavaa perustietoa päihteistä ja päihdeasioista avoimen keskustelun virittämistä sekä toiseksi riskikäyttäjien eli päihteitä runsaasti käyttävien omatoimiseen päihteiden käytön vähentämiseen suunnattua tietotaitoa että kolmanneksi päihdeongelmaisille ja -riippuvaisille suunnattua hoitoon ohjausta, hoitoa ja kuntoutusta. (Havio ym. 2009, 117.)

Esimiehellä on oikeus ja velvollisuus puuttua asiaan, kun työntekijän työkäyttö muuttuu. Työntekijällä voi esimerkiksi olla myöhästelyä, lyhyitä epämääräisiä poissaoloja, esimiehen välttelyä, työn laadun heikkenemistä ja ongelmia vuorovaikutussuhteissa. Esimiehen on keskusteltava asiasta työntekijän kanssa ja ohjattava hänet tarvittaessa työterveyshuoltoon. Alkoholiongelman käytön tullessa esille kuten humalassa tai krapulassa työskentely, tulee hoitoonohjaus käynnistää heti. Hoitoonohjaussopimus on esimiehen ja työntekijän välinen ja se perustuu alkoholihaitan havaitsemiseen työpaikalla sekä tarkoituksena on sitouttaa työntekijä työpaikan menetyksen sijasta hoitoon. (Kaarne & Juntunen 2010, 90, 92.)

Tie selväksi -hanke

Hanke perustui vuoden 2007 neljän ministerin (LVM, OM, SM ja STM) sopimaan hallituksen liikenneturvallisuuspakettiin, jossa oli etsitty ratkaisuja liikenneturvallisuuden parantamiseksi. Yhtenä keinona oli ollut uusintarattijuopumuksen ehkäisy yhteistyössä poliisin ja sosiaalihuollon kanssa. Hankkeeseen olivat osallistuneet pilottikuntina Hämeenlinna, Savonlinna,

Jyväskylä, Rovaniemi ja Helsingin itäinen poliisipiiri. Kukin kunta oli organisoinut päihdekeskustelun järjestämisen omalla tavallaan, mutta hankkeen yleisistä periaatteista ja päihdekeskustelun sisällöstä oli päätetty yhteisesti. Keskeisenä työvälteenä oli toiminut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämä päihdekeskustelu, jossa käsiteltiin rattijuopumuksen taustalla mahdollisesti vaikuttavia päihde-, mielenterveys- tai sosiaalisia ongelmia. Ensikertalaiset olivat tarttuneet herkimmin tarjottuun tukeen, mutta moninkertaiset rikoksenuusijat ja päihdeiden ongelmakäyttäjät harvemmin. Hanke oli tavoittanut kuitenkin syrjäytymisvaarassa olevia nuoria, jotka eivät olleet vielä minkään palvelujärjestelmän piirissä. (Kekki 2011.)

Tie selväksi -hankkeen (2009–2010) keskeinen toimenpide oli rattijuopumukseen puuttumiseksi ja uusintarikollisuuden vähentämiseksi rattijuopumuksesta kiinnijääneen motivointi päihdekeskusteluun sosiaalityöntekijän tai sosiaalihoajaan kanssa matalan kynnyksen, vapaaehtoisuuden ja nopean reagoinnin periaatteilla. Tutkimuksen ennako-oletuksena oli ollut, että valtaosa rattijuopumuksesta kiinnijääneistä ei ole halukkaita osallistumaan päihdekeskusteluun ja toiseksi poliisi ei tarjoa automaattisesti mahdollisuutta päihdekeskusteluun kaikille rattijuopumuksesta kiinnijääneille. Molemmat ennako-oletukset olivat toteutuneet, mutta kertyneiden suostumuslomakkeiden perusteella ei voinut analysoida, millaiset henkilöt suostuivat tai kieltäytyivät päihdekeskustelusta tai miten toimenpide sulautui rikosprosessiin eli poliisin työkenttään. Tutkimuskäyttöön oli saatu tutkintailmoitukset Helsingin itäisestä poliisipiiristä ajalta 1.6.2009–31.5.2010 sekä ilmoitusjäljennökset (tiivistelmä rikostapauksesta ilman tapahtumakuvausta) Savonlinnasta 15.9.2009–15.9.2010. (Kekki 2011.)

Hoitoon ohjattujen määrä oli ollut hyvin alhainen, koska suurin osa päihdekeskusteluun osallistuneista ei viranomaisten mukaan ollut välittömän päihde- tai muun hoidon tarpeessa ja osalla oli ollut jo hoitosuhde vireillä. Päihdekeskustelussa käytetyn Audit-kyselyn tuloksissa oli ollut suurta vaihtelua, koska alhaisimmillaan tuloksena oli ollut viisi pistettä ja enimmillään 35 pistettä keskiarvon ollessa 14 pistettä. Savonlinnassa ja Rovaniemellä päihdekeskustelua oli tarjottu kaiken ikäisille rattijuopumuksesta kiinnijääneille. Rovaniemellä suostuneiden keski-ikä oli ollut 49 vuotta. Suostuneiden ikä oli vaihdellut 18 ja 79 välillä, mutta suuri enemmistö oli ollut 50–60-vuotiaita. Savonlinnassa nuorimmat olivat 16-vuotiaita ja vanhin 68 vuotta ja siten suostuneiden keski-ikä oli ollut 37 vuotta. Hanke tavoitti lähinnä alkoholin vaikutuksen alaisena ajaneita kuljettajia. Päihdeongelmaiset ja rikoskierteessä olevat rattijuopumuksen uusijat muodostivat ryhmän, joiden motivointia pidettiin hankkeen suunnitteluvaiheessa hankalana. Suostumuslomakkeissa oli ollut puutteellisesti tietoa henkilön aikaisemmista rattijuopumusmerkinnöistä, mutta täytettyjen tietojen perusteella poliisi oli tarjonnut päihdekeskustelun mahdollisuutta ensikertalaisten (n=95) lisäksi myös rattijuopumuksen uusijoille (n=74). Lomaketietojen

mukaan rattijuopumuksen uusijoilla oli 1–6 aikaisempaa merkintää. (Kekki 2011.)

Ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä

Työyhteisön yleinen ilmapiiri

Tulokset perustuvat ammattiautoilijoiden kuvauksiin, millaisia kokemuksia heillä oli alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä. Teemasta ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä muodostui ensimmäinen pääluokka työyhteisön yleinen ilmapiiri, jossa keskeiset tekijät ovat työyhteisön suhtautuminen alkoholiin, työpaikan yhteiset säännöt sekä esimiesten suhtautuminen.

Haastateltavien mielestä olisi tärkeää, että työyhteisöissä huomioitaisiin työntekijöiden erilaiset tarpeet ja käyttäytyminen alkoholin suhteen. Haastateltavat kokivat, että työyhteisöissä ei oikeastaan kannustettu raittiuteen tai alkoholin kohtuukäyttöön, koska työyhteisöissä järjestettiin ns. kosteita pikkujouluja tai koulutuspäiviä. Haastateltavat kokivat, että joidenkin työntekijöiden tavat, tottumukset ja arvot huomioitiin heikosti yhteisissä tapahtumissa ja esimerkiksi alkoholittomia juomia ei aina ollut riittävästi tarjolla. Haastateltavat nostivat esille myös työyhteisön yleisen suhtautumisen alkoholiin, joka kaikkien haastateltavien mukaan oli ollut vähättelevää tai niissä pidettiin ikään kuin normaalina olla usein humalassa.

Haastateltavat kokivat tärkeäksi kiinnittää huomiota siihen, että alkoholin ongelmakäyttöä ei piilotella eikä vähätellä. Haastateltavat olivat huolissaan myös siitä, välittyykö oikea tieto eteenpäin työyhteisössä olevan henkilön alkoholin ongelmakäytöstä, koska niihin ei haastateltavien mielestä ole aikaisemmin puututtu riittävän varhaisessa vaiheessa. Lähimmän esimiehen tehtäviin pitäisi haastateltavien mielestä kuulua ottaa asioita puheeksi eikä katsoa asioita läpi sormien sekä ilmoittaa asioista eteenpäin, mutta asioiden eteenpäin viemistä ei ollut haastateltavien mielestä tapahtunut varsinkaan riittävän ajoissa. Haastateltavat kyseenalaistivat myös sen, että työyhteisön pelisäännöt eivät ole olleet kaikille samat. Esimiehillä pitäisi olla haastateltavien mielestä tasapuolinen suhtautuminen kaikkiin työntekijöihin, mutta haastateltavat toivat esille, että esimiehet olivat joidenkin kohdalla olleet löysempiä kuin toisten kohdalla.

Että ei siinä aivan oikeesti, hirveesti mistään alkoholiasioista, eikä semmosista tavoista tai totumuksista missään palaverissa tai missään niinku keskustella tai mitään. (H1)

Välillä se oli parikin viikkoa jossain ja monasti, niin sit se juttu rupes ottaa meitä muita päähän, mut säännöthä piti olla kaikilla. (H2)

Ei se esimies muka tiennyt kaverin hommista mitään, vaikka kaikki muut tiesi ja kyllä kaverin haistoi jo etäältä. (H3)

Alkoholiongelmien ennaltaehkäisy työyhteisössä

Tulokset perustuvat ammattiautoilijoiden kuvauksiin, millaisia kokemuksia heillä oli alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä. Teemasta ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä muodostui alkoholiongelmien ennaltaehkäisy kokonaisuus, johon kuuluivat alkoholi-ongelmien puheeksiotto sekä työterveyshuollon että alkolukkojen toimivuus.

Haastateltavat kokivat tärkeäksi kiinnittää huomiota siihen, että alkoholin ennaltaehkäisy ja alkoholin haitat ja vaarat otetaan puheeksi työterveyshuollon puolesta, mutta myös työyhteisöissä toivottiin otettavan asioita puheeksi ja palavereissa tulisi käydä asioita läpi. Alkoholiongelmien ennaltaehkäisyn koettiin olevan riittämätöntä ja liian vähäistä työyhteisöissä, koska siellä ei ole kyseenalaistettu kenenkään alkoholin käyttöä riittävän varhaisessa vaiheessa. Haastateltavien mielestä heille itselleen ja työyhteisöjen kannalta olisi tärkeää saada selkeä käytäntö alkoholi asioiden puheeksi ottamiseksi ja alkoholiongelmien ennaltaehkäisemiseksi, jotta alkoholi-asiat otetaan puheeksi koko työyhteisössä esimiesten ja työterveyshuollon toimesta.

Pitäs tosiaan olla enemmän puhetta ja sitä tasapuolisuutta ja semmosta jämäkkyyttä sillä esimiehellä sanoa niinku juomisen suhteen. (H1)

Sitä juttua on tullut kavereiden kanssa mietittyä monesti ja oishan esimiesten pitänyt ottaa puheeksi aikaisemmin ja muut tiesi kans siitä. (H3)

Työterveyshuollon olivat kaikki haastateltavat kokeneet toimivaksi kaikissa muissa asioissa, mutta alkoholin käytöstä heiltä ei ole kysely terveys-tarkastuksissa tai missään vaiheessa. Haastateltavat toivat esille, että he olisivat toivoneet tarkempia kyselyitä. Haastateltavat kertoivat, että työterveyslääkäri tai hoitaja oli kyselty jonkin verran arjesta ja töiden sujumisesta, mutta ei mitään syvällisemmin.

Kävin minä kontrolleissa, mut ei siellä kysytty muuta kuin se asia mikä oli silloin. Silloin aattelin, että kysytäänkö niitä asioita keltään (H2)

Aika simppeleitä asioita ne kyseli tarkastuksissa eikä siellä koskaan täytetty mitään erikoisempia kyselyitä tai muuta vaan hoidettiin hyvin se mikä milloinkin oli vaiva. (H3)

Kaikkien haasteltavien työyhteisössä käytettävissä olevissa ajoneuvoissa oli käytössä alkolukkoja, mutta ei kuitenkaan vielä ollut ihan kaikissa ajoneuvoissa. Haasteltavat toivat esille, että alkolukkoja oltiin lisäämässä työyhteisöissä autoihin, jotta turvallisuus itselle ja muille tiellä liikkujille olisi varmempi. Haastateltavat kokivat alkolukot toimivina ja ennaltaehkäisevinä sekä tarpeellisina lisäämään kaikkien turvallisuutta. Haastateltavat toivat kuitenkin esille, että alkolukkoja voidaan käyttää myös väärin, jos joku toinen on puhaltamassa, mutta niitä tapauksia ei ollut ainakaan heidän tietoonsa tullut heidän omista työyhteisöistä.

Se oli taas niinku yksi maanantai, kun pomo soitti aamulla puol viis, että pitäis lähteä ajamaan toinen reissu joitain muuta, ku oli sovittu eellisellä viikolla. Ei ollu auto käynnistynyt puhalluksen jälkeen. (H1)

Olihan niitä tapauksia, kun hommat meni uusiksi, kun ei ollut kuskeja ajamaan aamuisin sen jälkeen kun alkolukot tuli käyttöön, mut olihan se parempi niin, kun ennen ne ajo, vaikka missä kunnossa. (H3)

Alkoholiongelmien kohtaaminen työyhteisössä

Tulokset perustuvat ammattiautoilijoiden kuvauksiin, millaisia kokemuksia heillä oli alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä. Teemasta ammattiautoilijoiden kokemuksia alkoholin ongelmakäytöstä ja rattijuopumuksesta omassa työyhteisössä muodostui kolmas alkoholiongelmien kohtaaminen -kokonaisuus, johon, johon kuuluivat työyhteisön toimintaohjeet ja alkoholiongelmiin puuttumisen vaikeus sekä alkoholiongelmien vaikutus työyhteisön toimivuuteen.

Haastateltavat toivat vastauksissaan esille, että päihdeohjelma ei ollut heillä varmuudella tiedossa, mutta jotain he olivat joskus palaverissa kuulleet hoitonohjauksesta, mutta käytännöt olivat kaikille haastatelluille epäselvät. Haastateltavat kokivat, että työyhteisöissä oli käytössä sekä kirjoitettuja että kirjoittamattomia toimintaohjeita ja työnjako kysymykset eivät olleet heille varmuudella selvillä. Haastateltavien kohdalla kaikissa työyhteisöissä oli useampi esimies ja vastuualueet olivat jaettu, mutta vastuualueiden rajat eivät olleet haastateltavilla selkeästi tiedossa. Haastateltavien mielestä kirjallisia huomautuksia ja varoituksia oli käytetty, mutta niiden antaminen oli ylemmän johdon vastuulla.

Oli kait niinku jotain puhetta hoitoonlaittamisesta, en kyllä muista mitään muuta ois ollu ajemmin. Ohjeita on kyl seinällä ja puheissa, mut ei kait yhtenäistä tietoo oo ainakaan mulla tiijossa. (H1)

En osaa kyllä sanoa, kun niin on epäselvää mulle ja ei tainnu esimiehillekään olla tuttua, kun kukaan ei tainnut osata hoitaa sen kaverin asioita oikealle tolalle. Pääjehu taisi sitten ottaa ohjat käsiin. (H3)

Jokaisen haastateltavan työyhteisössä oli ollut vuosien varrella henkilöitä, joilla oli ollut alkoholin ongelmakäyttöä ja myös rattijuopumus tapauksia sekä uusintarattijuopumuksia oli ollut. Työkaverin alkoholin käytön ongelmat olivat pääasiassa tulleet esille siten, että työkaveri oli jäänyt pois töistä tai hän ei ollut kyennyt ajamaan autoa tai ulkoisessa olemuksessa ja käytöksessä ei kaikki ollut kunnossa. Haastateltavat kokivat tärkeäksi kiinnittää huomiota siihen, miten asiat hoidetaan työyhteisössä jonkun ollessa poissa, koska kaikki haastateltavat kokivat joutuneensa tekemään enemmän töitä ja kiire oli lisääntynyt poissaolojen vuoksi. Haastateltavat toivat esille, että asiat pitäisi hoitaa reilusti ja myös keskustelemalla eikä esimerkiksi yritettäisi salamyhkäisesti salata asioita, jotka kaikki kuitenkin tiesivät. Haastateltavien mielestä asioiden julkitulo olisi pitänyt tapahtua aikaisemmin, koska alkoholi-ongelmat vaikuttivat koko ajan muiden töihin ja siten ne vaikuttivat myös työyhteisön toimivuuteen ja heikensivät yhteistyötä. Haastateltavat toivat esille, että työkaverit itse vähätelivät omaa tilannettaan, eivätkä huomioineet alkoholi-ongelmien vaikutusta koko työyhteisöön ja ympäristöön. Työkavereista kuitenkin pidettiin ja he olivat hyviä työkavereita, mutta koettiin, että työyhteisöissä ei ollut tiedossa keinoja miten asioita hoidettaisiin. Haastateltavat toivat myös jälleen esille esimiesten suhtautumisen työyhteisössä olleisiin alkoholi-ongelmiin ja asioiden hoitamiseen.

Ne... maanantait oli aivan... ku ei ollu sitä väkee tekemään ja pomot vaan kuittaili meille ku niille... muille ois pitäny. Se oli siinä rajoilla et jään kortistoon, mut kiirettä oli hemmetisti ettei kotona ennattäny paljo käydä. (H1)

Haastateltavat kokivat tärkeäksi kiinnittää huomiota siihen, miten työkavereita kohdellaan ja miten heidän ongelmiin kiinnitetään huomiota riittävän varhaisessa vaiheessa. Tasavertaisena toimiminen ja työkaverista välittäminen koettiin tärkeäksi asiaksi ja niihin haluttiin panostaa jatkossa, jotta työkaveri voisi mahdollisesti myös palata takaisin työyhteisöön riippumatta siitä, minkä syyn vuoksi työkaveri oli ollut pois.

Se tyyppi oli pitkään ulkona ja olihan sillä niitä hoitoja ja olihan se istumassa, mut sinnillä se tyyppi pääs takas ruotuun, ku vähän sitä vielä jeesattiin porukalla. (H1)

On se nyt muuttunu ja tarkemmin asiat hoidetaan ja otetaan puheeksi, kun joku on pois et mikä sillä on. Ei ne jutut ole enää päässyt niin pahaksi kuin ennen (H3)

Teemahaastattelun loppuosiossa haastateltavat toivat lisäksi esille ja julki paljon muita asioita työyhteisön alkoholiasioihin ja alkoholiongelmiin liittyen.

Merkittävänä asiana olivat haastateltavien kokemukset, että heidän mielipiteitään ja huoliaan tai kertomisiaan ei ole kuunneltu esimiehen taholta työyhteisössä olevan henkilön alkoholin ongelmakäyttöön liittyvissä asioissa. Haastateltavat kokivat, että heidän mielipiteen huomioimisella olisi ollut merkitystä asioiden ennakointiin ja etenemiselle. Tärkeäksi asiaksi haastateltavat nostivat myös voimavarojen ja arjessa jaksamisen huomioimisen työterveyshuollon puolelta työn ohella, koska monella on myös arjessa kuormittavia asioita, jotka haastateltavien mielestä näyttäytyvät suoraan alkoholin käytön lisääntymisenä, kun ei ole voimia tai keinoja muutoin selviytyä. Yksi haastateltavista kertoi, että työkaverin avun tarvetta ei huomioitu riittävän ajoissa, vaikka työkaveri oli usein nostanut esille väsymisen ja muut arjen ongelmat.

Päätelmiä

Ammattiautoilijoiden vastauksista sain hyvin monipuolisen ja värikkään kuvan heidän työyhteisöidensä tilanteesta vuosien varrelta. Tutkimuksessa nousi esille merkityksellisenä asiana, että haastateltavat toivoivat työyhteisöissä ja työterveyshuolloissa jatkossa enemmän panostamista alkoholiongelmiin ennaltaehkäisyyn ja asioiden puheeksi ottamiseen sekä varhaiseen puuttumiseen että koko työyhteisön huomioimiseen ongelmatilanteissa.

Tie selväksi -hankkeen loppuraportin (Kekki 2011) perusteella eivät pelkästään nuoret kuljettajat olleet riskialttiita, vaan myös pitkän ajokokemuksen omaavat kuljettajat syylistyivät liikenneturvallisuuden vaarantamisiin, kuten vakaviin ajovirheisiin ja kolareihin päihtymyksen vuoksi. Päällimmäisenä ongelmana ei kaikilla kuljettajilla ollut välttämättä hallitsematon päihdeongelma, vaan he olivat tarvinneet apua mielenterveysongelmiin tai yleisesti tukea elämänhallintaan. Tie selväksi -hankkeen yksi keskeinen tulos oli ollut, että päihteiden käytön puheeksi otto ja mini-interventio-toiminta olivat olleet mielekäs ja käyttökelpoinen työväline myös sosiaalityön asiakaskontakteissa. Poliisilaitoksella toimiva sosiaalityöntekijä oli osoittautunut ensiarvoisen tärkeäksi yhteyshenkilöksi poliisin sekä sosiaali- ja terveystoimen välille. Lisäksi hanketoimintaa olivat tukeneet joustavat

ja monipuoliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Kekki 2011.)

Tie selväksi -hankkeen loppuraportin mukaan tutkimus oli siten vahvistanut aikaisempia tuloksia siitä, että uusintarattijuopumus oli yleistä. Tutkintailmoituksista oli ilmennyt myös, että moni kuljettaja oli ollut ajokiellossa aikaisempien rattijuopumusten takia. Lomakeaineistossa oli esiintynyt myös samoja henkilöitä. Tie selväksi -hanke oli tavoittanut hyvin erilaisia rattijuopumuksesta kiinni jääneitä henkilöitä, joiden rikollisuus- ja päihdehistoriat olivat eronneet toisistaan. Osa kiinni jääneistä oli ollut päihde-, mielenterveys- tai sosiaalihuollon palveluiden tarpeessa, mutta aineistossa oli ollut myös paljon kuljettajia, jotka eivät olleet päihdekeskustelun jälkeen välittömän avun tarpeessa. Tämä tutkimus ei siten ollut vahvistanut niitä aikaisempia tuloksia, joiden mukaan rattijuopumuksesta kiinnijääneet ovat usein moniongelmaisia. Pikemminkin tutkimus oli osoittanut, että rattijuopumukseen syyllistyneet olivat muodostaneet hyvin heterogeenisen joukon, ja rattijuopumus saattaa siten olla hyvin yleistä väestötasolla. (Kekki 2011.)

Omassa tutkimuksessani haastateltavat toivat esille, että heidän työyhteisöissään oli ollut useita uusintarattijuopumus tapauksia. Lisäksi haastateltavat toivat esille, että päihdeohjelmasta heillä ei ollut tietoa ja hoitoonohjausjärjestelmä oli myös epäselvä. Haastateltavat korostivat myös yhteisten pelisääntöjen noudattamista sekä työntekijöiden että esimiesten puolelta.

Haastateltavien kokemuksena oli, että asioihin oli puututtu liian myöhäisessä vaiheessa. Haastateltavat toivoivat, että alkoholi asioita otettaisiin puheeksi koko työyhteisössä ja työterveyshuollon toimesta tehtäisiin tarkempia kyselyitä. Työterveyshuollon puolelta haastateltavat toivoivat enemmän ennaltaehkäisevää toimintaa ja tiedottamista.

Alkoholi ja työpaikka raportin (38/2010) mukaan työpaikoilla oli tarjottu hyvin vähän tietoa, neuvontaa ja ohjausta alkoholihaittojen ehkäisyssä. Ehkäisevää työtä olisi tarvittu enemmän, mutta alkoholihaittoja ehkäisevän työn tarve ja käytännöt eivät olleet kohdanneet työpaikoilla. (Kivistö ym. 2010, 41–42.)

Omassa tutkimuksessani haastateltavat toivat esille, että heiltä ei ole kysytty alkoholin käytöstä eikä heille ole tehty kyselyitä missään vaiheessa työterveyshuollon käynneillä, mutta toivomuksena heillä oli, että asiaan panostettaisiin enemmän.

Alkoholiohjelman työsuunnitelmassa vuosille 2012–2015 (Fors ym. 2012) tuodaan esille paikallisen alkoholipolitiikan keinoja eli Pakka-toimintamalli ja puheeksioton kulttuurin edistäminen sekä suomalaisen päihdekulttuurin haastaminen.

Paikallisella alkoholiohjelmalla voitaisiin ehkäistä tehokkaasti alkoholista aiheutuvia haittoja, jotka vaikuttavat muun muassa asuinalueiden asukkaiden turvallisuuteen ja viihtyvyyteen. Pakka-toimintamallin mukai-

sesti kansalaisille muun muassa tiedotetaan alkoholin aiheuttamista haittoista ja saadaan heidät mukaan laajasti muutostyöhön median ja kansalais-toiminnan kautta. (Fors 2012, 16–17.)

Puheeksioton kulttuurin edistämiseen sisältyvät alkoholin käytön puheeksi ottaminen mahdollisimman varhain ja alkoholin riskikulutuksen tunnistamista tai alkoholin haitalliseen käyttöön puuttumista. Varhainen puuttuminen ei tarkoita sen ihmeellisempää kuin huolen puheeksi ottamista ja toimintakykyä sekä hyvinvointia tukevien erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen hakemista. Puheeksiottamisen tueksi on olemassa erilaisia toimintamalleja kuten THL:n varhaisen puuttumisen (Varpu) toiminta ja Audit ja mini-interventio sekä motivoiva haastattelu. (Fors ym. 2012, 17–18.)

Omassa tutkimuksessani haastateltavat toivat esille työyhteisöjen alkoholia suosivan kulttuurin ja vähättelevän suhtautumisen alkoholiongelmiin sekä humalahakuisuuden esimerkiksi yhteisissä juhlissa. Lisäksi haastateltavat toivat julki, että alkoholiasioita ei oikeastaan käsitelty missään tai tuotu esille alkoholin haittoja ennaltaehkäisevästi.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat pitivät tärkeänä varhaista puuttumista ja puheeksi ottamista. Haastateltavilla oli ollut huonoja kokemuksia siitä, että esimiehillä ja myös työterveyshuollossa olisi ollut tietoa jonkun työntekijän alkoholin ongelmakäytöstä, mutta asiaan ei ole puututtu riittävän varhaisessa vaiheessa.

Tiedonkulun koettiin olevan tärkeää omaan työyhteisöön liittyvien asioiden käsittelyssä ja työntekijöiden tasavertainen kohtelu koettiin tärkeäksi ongelmatilanteissa sekä töiden jakaantumisessa. Haastateltavilla nousi myös huoli siitä, välittyykö oikea tieto alkoholin ongelmakäytöstä eteenpäin ja kiinnitetäänkö niihin huomiota riittävästi.

Omassa tutkimuksessani haastateltavat toivat esille, että työyhteisöissä ei noudatettu yhteisiä pelisääntöjä ja aikaisemmin oli ollut löysempi kuri ja kuljettajien oli annettu ajaa alkoholin vaikutuksen alaisena, vaikka esimies oli tiennyt asiasta. Joissakin tapauksissa kuljettajan oli annettu ajaa, vaikka hänellä ei ollut ajo-oikeutta.

LINTU-julkaisun (2/2009) mukaan ammattiajossa olevilla kuljettajilla oli onnettomuuksiin joutuessaan sekä pitkäaikaissairauksia että alkoholi-ongelmia, ja heidän ajokuntoaan olisi pitänyt seurata erittäin tarkasti sekä yrityksessä että työterveyshuollossa. Olisi siten tarpeen kehittää työterveyshuollon järjestämisen valvontaa ja ammattikuljettajien terveyden ja ajokyvyn seuranta tulisi parantaa. Lisäksi julkaisussa tuodaan esille, että ajokuntoon ja ajo-oikeuteen liittyvät asiat jäävät pelkästään kuljettajan oman ilmoituksen varaan, koska kuljettajan terveydentila ja ajokorttitiedot pidetään yksityisasiaina. Tieto olisi kuitenkin syytä saada virallista tietä, jotta kuljettaja ei voisi jatkaa työtään ajo-oikeudetta. Ajokiellon valvonta on koko yhteiskunnan valvontaongelma, koska jos kuljettaja määrätään ajokieltoon, pitäisi olla myös keinoja valvoa ajokiellon toteutumista. (LINTU 2009, 79–80.)

Yksi haastateltavista toi esille, että työyhteisössä ei edes tiedetty henkilön ajo-oikeuden menetyksestä ensimmäisellä kerralla ja henkilö ajoi entiseen malliin, koska henkilö ei ollut kertonut itse tapahtuneesta, kun hän oli jäänyt kiinni alkoholin vaikutuksen alaisena ajamisesta.

Tutkimukseni antaa viitteitä siitä, että ammattiautoilijoiden oli vaikea tuoda omia näkökantojaan ja huomioitaan esille esimerkiksi palavereissa. Työterveyshuollon puolelta toivottiin enemmän myös voimavarojen ja elämän kokonaisvaltaista huomioimista, koska haastateltavat toivat esille, että työkavereiden puheissa oli tullut esille useita arjen ongelmia, joihin ei ole kiinnitetty huomiota.

Tutkimukseni antaa myös viitteitä siitä, että työyhteisöissä ei ole totuttu keskustelemaan alkoholiin liittyvistä asioista asioiden oikeilla nimillä tai asialliseen sävyyn. Työyhteisöissä ei myöskään ole ollut tilaa tai paikkaa julkisille keskusteluille eivätkä esimiehet aina ehkä tiedä tai osaa ilmaista, miten asioita pitäisi hoitaa. Toisinaan voi olla kyse myös esimiehelle vaikeista asioista, saati sitten työyhteisössä olevalle alkoholin ongelmakäyttäjälle.

Liiallinen alkoholinkäyttö on suuri uhka työntekijöiden ja työpaikkojen hyvinvoinnille ja työturvallisuudelle sekä työn tuottavuudelle että kansanterveydellisesti. Alkoholi ongelmien ennaltaehkäisy ja puheeksiottaminen sekä varhainen puuttuminen ovat tärkeitä ja niille on olemassa tarvetta työyhteisöissä ja työterveyshuollossa. Ne hakevat kuitenkin tämän hetken suomalaisessa alkoholikulttuurissa omaa muotoaan ja paikkaansa sekä sitä, miten työtä tehdään oikeasti ja millä resursseilla työtä tehdään.

Omasta itsestään vastuun ottaminen ja työyhteisön huomioiminen ei kaikilta onnistu normien tai sääntöjen mukaisesta esimerkiksi omien voimavarojen vähäisyyden tai opittujen toimintamallien toimimattomuuden vuoksi. Ei voida siten olettaa, että henkilö pystyisi sitoutumaan esimerkiksi päihdekuntoutukseen aktiivisesti, jos omat voimavarat ovat vähäiset. Omiin voimavaroihin liittyy myös usko omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa elämänsä elämänsä ja asioihinsa yleensä. Voimavaroihin liittyy siten myös usko omiin valmiuksiin kohdata paineita ja vaikeuksia sekä selviytyä niistä pulmallisissa tilanteissa. Asioiden riittävän varhainen puheeksiotto ja huolen esille ottaminen voisivat auttaa riittävien tukitoimien järjestämistä riittävän varhain.

Tutkimukseni toi selvästi esille, että työyhteisöjen ja työterveyshuoltojen yhteistyötä pitäisi kehittää, jotta alkoholin ennaltaehkäisyyn ja alkoholin puheeksiottamiseen sekä varhaiseen puuttumisen liittyvät asiat saadaan mahdollisimman vaikuttaviksi ja toimiviksi. Tutkimukseni kuten myös Alkoholi ja työpaikka raportti (38/2010) antaa viitteitä siihen, että on mahdollista kehittää yhteistyötä sekä asiakasta että organisaatioita palvelevaksi. Siihen tarvitaan mielestäni koko työyhteisön huomioimista, tasavertaisuutta toimijoiden kesken ja koko organisaation kouluttautumista. Tavoitteena tulisi olla sellainen työyhteisö, jota luonnehtivat alkoholi ongelmien ennal-

taehkäisy ja puheeksiottaminen sekä varhainen puuttuminen että yhteisten toimintaohjeiden ja pelisääntöjen tiedostaminen ja niiden noudattaminen sekä yhteistyö eri osapuolten kesken.

Kuten Tie selväksi -loppuraportin mukaan oli vahvistunut, että uusintarattijuopumus oli yleistä, tuli se myös ilmi tässä tekemässäni tutkimuksessa. Lisäksi vahvistui käsitys, kuten Tie selväksi -loppuraportissa oli myös ilmennyt, että moni kuljettaja oli ollut ajokiellossa aikaisempien rattijuopumusten takia, mutta ajoi silti edelleen työkseen. Tämä piirre on huolestuttavaa kaikkien tiellä liikkuvien ihmisten liikenneturvallisuuden ja yleisen liikennekurin sekä lain noudattamisen kannalta.

Suomessa on olemassa paljon tutkimus- ja tilastotietoa vuosikymmenten ajalta suomalaisten alkoholinkäytöstä, mutta tutkimuksia työn ja työpaikan näkökulmasta sekä tietoa siitä, miten alkoholinkäytön seuraukset näkyvät työpaikoilla on tehty vähän. Mielestäni olisi tarpeen lisätä tai suunnata tutkimuksia koskemaan alkoholinkäytön seurauksista työpaikoilla.

Lähteet

- Aalto, Mauri 2010: Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1. painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 7–15.
- Aalto, Mauri 2010: Alkoholiriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1. painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 39–41.
- Aalto, Mauri & Seppänen, Kati & Seppä, Kaija-Leena 2008: Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä, Kaija-Leena (toim.): Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon; teorias-ta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10/2008. Helsinki, 16–19. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2544-1>. Viitattu 24.2.2013.
- Aaltola J. & Valli R. 2001. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I ja II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Alko. Alkoholit ja liikenne – Alkoholit heikentää ajokykyä. <http://www.alko.fi/fi/F38D2FoB846C3DADC225755800429B50?opendocument&src=5,1>. Viitattu 17.2.2013.
- Alkoholukoesite 2009. Poliisi. [http://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/External-Files/alkolukoesite_s_2009/\\$file/alkolukoesite_s_2009.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/External-Files/alkolukoesite_s_2009/$file/alkolukoesite_s_2009.pdf). Viitattu 17.2.2013.
- AVI. Aluehallintovirasto 2012. Poikkihallinnolliset työryhmät. <http://www.avi.fi/fi/virastot/itasuomenavi/Poikkihallinnollisettyoryhmat/Sivut/Poikkihallinnollinenpaihdetyoryhma.aspx>. Viitattu 17.2.2013.
- Dahl, Päivi & Hirschovits, Tanja 2002: Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Youth Against Drugs ry (YAD ry). Helsinki.
- Elovaara, Ari-Pekka 2012: Alkoholukko. Liikenneturva. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/155-alkolukko>. Viitattu 17.2.2013.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.
- Fors, Raija & Heimala, Heli & Kejonen, Anne & Pitkänen, Marika & Strand, Teija & Tamminen, Irmeli & Tenkanen, Tuomas 2012: Yhteistä ponnistelua alkoholi-haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012–2015. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen raportti 73/2012. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Harkonmäki, Karoliina & Koskenvuo, Markku & Forma, Pauli 2008: Tahdon asia? Näkökulmia työssä jatkamiseen ja terveyteen. Kuntien eläkevakuutuksen raportti 3/2008. Helsinki. <http://mb.cision.com/Public/MigratedWp-py/84122/599845/accb152ff81ee332.pdf>. Viitattu 23.2.2013.
- Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen Airi (toim.) 2009: Päihdehoitotyö. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Helsingin Sanomat 6.10.2010. 17 % suomalaisista mieskuljettajista on kertonut ajaneensa viimeisen 12 kuukauden aikana autoa juopuneena. Viitattu 3.3.2013.

- Helsingin Sanomat 17.11.2012. Rattijuoppoja on Suomessa ennätysmäisen vähän. <http://www.hs.fi/kotimaa/Rattijuoppoja+on+Suomessa+ennätysmäisen+vähän/a1305618782725>. Viitattu 3.3.2013.
- Hirschovits, Tanja 2008: Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, Jan & Hirschovits, Tanja & Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille: sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 27–48.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2006: Tutki ja kirjoita. 12. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Holmberg, Jan 2010: Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy. Helsinki
- Huttunen Matti, psykiatrian erikoislääkäri. 22.10.2011 Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196. Viitattu 3.2.2013.
- Jokelainen, Kalle 2010: Alkoholimyrkytys. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1. painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 135–136.
- Juntunen, Juhani 2010a: Alkoholiriippuvaisen henkilön työkyvyttömyyskriteerit. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 68.
- Juntunen, Juhani 2010b: Alkoholiriippuvaisen potilaan työkyvyn arviointi ja eläkehakuprosessi. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 69.
- Jääskeläinen, Petri 2012: Rattijuoppous Suomessa. Liikenneturva. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/151-rattijuoppous-suomessa>. Viitattu 3.2.2013.
- Kaarne, Tiina & Juntunen, Juhani 2010: Työelämä ja alkoholi. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 87–93.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Kekki Tuula 2011: Poliisi on puuttunut päihteiden käyttöösi – tee sinä samoin. Tie selväksi -hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12. Helsinki, Finland. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80152/b2968ffa-4356-4cc8-a3a2-57e836db8d5c.pdf?sequence=1>. Viitattu 3.3.2013.
- Kiianmaa, Kalervo 2010: Alkoholin vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1. painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 17–30.
- Kivistö, Marketta & Jurvansuu, Hanna & Hirvonen, Leena 2010: Alkoholi ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisyn tarve ja käytännöt työpaikoilla. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 38. Työterveyslaitos Helsinki. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

- Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi (toim.) 2005: Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi. Helsinki.
- Kovanen, Anne & Leino, Maarit 2006: Päihteettömyyden puolesta: terveystasvatusmateriaali kouluterveydenhoitajalle ehkäisevän päihdekasvatuksen toteuttamiseen. Turun kaupungin painatuspalvelukeskus. Turku.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Liikenneturva 2009: Alkolukot estäneet 10 000 päihtyneen kuljettajan ajon. www-dokumentti. http://www.liikenneturva.fi/www/fi/?we_objectID=6059. Viitattu 17.2.2013.
- Liikenneturvan tiedote 5.10.2010: Suomen liikennekulttuurissa turvallisuusuhmaa. http://www.liikenneturva.fi/www/fi/?we_objectID=7329. Viitattu 17.2.2013.
- LINTU-julkaisuja 2/2009. Raskaan liikenteen onnettomuudet tutkijalautakunta-aineistossa. Riskit ja turvallisuusehdotukset. Liikenneturvallisuuden pitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelma.. Tämä raportti on julkaistu vain verkkojulkaisuna. <http://www.lintu.info/RASLON.pdf>. Viitattu 30.3.2013.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) 2010: Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Yliopistopaino. Helsinki:
- Optula 2012. Rikollisuustilanne 2011. Ilmestynyt 1.11.2012. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos OPTL:n tutkimuksia 262. <http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURIapptype=BlobServer&SSURIcontainer=Default&SSURIsession=false&blobkey=id&blob> <http://www.optula.om.fi/Etusivu/Tiedotus/1347273266133>. Viitattu 16.2.2013.
- Piironen, Ossi 2004: Alkoholihaitat työelämässä. Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen toimenpiteet ja suunnitelmat alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:19. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/cd1103533498355/passthru.pdf>. Viitattu 9.2.2013.
- Poliisi 2013. Rattijuoppous Suomessa 2013. <http://www.poliisi.fi/poliisi/home.nsf/pages/249DD1BCBDEE9739C2256BC7002E46AC?opendocument>. Viitattu 16.2.2013.
- Päihdelinkki 2013. Rattijuopon hoitoon ohjaaminen. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/152-rattijuopon-hoitoon-ohjaaminen>. Viitattu 16.2.2013.
- Päihdelinkki 2013. Rattijuoppous Suomessa. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/151-rattijuoppous-suomessa>. Viitattu 16.2.2013.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, Alkoholit ja huumeet. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80169/of25bfoa-adoc-4294-9e44-5ac2cf5fe544.pdf?sequence=1>. Viitattu 16.2.2013.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Alkoholit ja huumeet. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-805-6>. Viitattu 16.2.2013.
- Rauhala, Lauri 2005: Ihmiskäsitys ihmistyössä. Yliopistopaino. Helsinki.
- Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniikka Anna 2011. Tapaustutkimus. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html. Viitattu 2.2.2013.

- Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) 2010a: Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1.painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Seppä Kaija & Alho Hannu & Aalto Mauri & Kiianmaa Kalervo 2010b: Suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi. Duodecim 126 (11), 12.
- Soikkeli, Markku & Salasuo, Mikko & Puuronen, Anne & Piispa, Matti 2011: Se toimii sittenkin – kuinka päihdevalituksesta saa selvää. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Julkaisuja 116. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a2456786-95d8-446f-a767-8171af97956f>. Viitattu 2.2.2013.
- THL 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päihdekulttuurin haastaminen. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholihjelma/keinot/paihdekulttuurin_haastaminen. Viitattu 9.2.2013.
- Tillonen, J 2001: Alkoholin vaikutuksen elimistöön ja terveyteen. Alko Oy:n opas. F.G.Lönnberg.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Työmarkkinajärjestöt 28.3.2006. Suositus päihdeongelmien ennaltaehkäisystä, päihdeasioiden käsittelystä ja hoitoonohjauksesta työpaikoilla. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/02_henkilostohallinnon_asiakirjat/03_ohjeet/Paihdeasiasuositus.pdf. Viitattu 9.2.2013.
- Uudenmaan ratsiatutkimus vuosina 1990–2008: Rattijuopon profiili ja uusimisen riskitekijät. Tuloksia rattijuopumuksen esiintyvyydestä ja kehityksestä Uudenmaan ratsiatutkimuksesta vuosina 1990–2008. <http://www.lintu.info/RATTI-JUOPUMUS.pdf>. Viitattu 9.2.2013.
- Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Väkeväinen, Satu 2010: Asetaldehydi ja alkoholinkäytön aiheuttama ruuansulatuskanavan syöpäriski. Teoksessa Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim. 2010. 1.painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 179–181.
- YLE uutiset 2010. Suomalaisten liikennekäyttäytymisessä parantamisen varaa. http://yle.fi/uutiset/suomalaisten_liikennekayttaytymisessa_parantamisen_varaa/5644384. Viitattu 9.2.2013.

Virallislähde:

- Ajokorttilaki 29.4.2011/386
EU:n ajokorttidirektiivi 91/439/ETY. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:07:04:31991L0439:FI:PDF>
HE 75/2011: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta.
Laki alkoholikon hyväksymisestä liikenteeseen 10.12.2010/1109
Liikennelainsäädännön 23 luku 30.4.1999/545
Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41
Rattijuoppous 3 § 20.12.2002/1198
Rikoslaki 19.12.1889/39
Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 29.
Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valtioneuvoston asetus 27.12.2001/1484.

Julkaisemattomat lähteet

Valokuva kansilehdellä. Tekijän hallussa.

VI

**PÄIHDETYÖN PAIKALLISET KEHITTÄMISSTRATEGIAT
JA YHTEISTYÖN RAJAPINNAT**

27 Perehdyttäminen näkyväksi - Perehdytyskansion kokoaminen Raahen Seudun Hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla

Laura Manninen

Artikkeli kuvaa perehdyttämistyötä ja perehdyttämiskansion kokoamisprosessia Raahen hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla. Prosessin tavoitteena oli helppo- ja selkeälukuisen sekä tiiviin perehdyttämiskansion kokoaminen uusien työntekijöiden ja harjoittelijoiden perehdyttämistä varten

Kuntien resurssit tiukkenevat koko ajan yhä enemmän ja keskustelu sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisesta, eri rakenteista ja sisältöjen kehittamisestä on koko ajan tapetilla niin hallinnollisilla foorumeilla kuin julkisuudessaakin. Paine tuntuu kohdistuvan eritoten kuluihin, millä tuotetaan palveluja entistä halvemmalla. *Perehdyttäminen* on yksi konkreettinen keino vastata myös päihdetyön tulevaisuuden haasteisiin, rahallisten resurssien vähentyessä laatua voidaan koko ajan tehostaa ja toimintoja kehittää innovatiivisesti.

Pohdin työssäni perehdyttämisen merkitystä työyhteisössä: miksi perehdytetään ja miksi perehdyttäminen on niin tärkeää. Perehdytyskansiolle on ollut selkeä tarve myös Raahen hyvinvointikuntayhtymän A-klinikalla ja sen tekeminen on ollut esillä useissa toimistopalavereissa. Kansion tekeminen koettiin osaksi työyhteisön kehittämisprosessia.

A-klinikkatyön kehittämisellä on pitkät perinteet

Suomessa 1952 ilmestyi Pekka Kuusen kirja Väkijuomakysymys, joka jakoi alkoholin väärinkäyttäjät kolmeen eri ryhmään; juopottelijat, kausijuopot ja vakituiset juopot, aikaisemmin kaikkiin liikaa juoviin oli suhtauduttu

samalla tavoin. Samoihin aikoihin tapahtunut Jellinekin Suomen vierailu toi pontta sille suunnitelmalle, että Suomeen lähdetäisiin perustamaan a-klinikoita joissa potilaita hoidettaisiin. Kokeilut alkoivat Vaasassa ja Helsingissä 1952–53 Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön rahoituksella. (Toikko 2008, 182)

Vaasan ja Helsingin hyvien kokemusten pohjalta perustettiin 10.10.2055 Väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön aloitteesta A-klinikkasäätiö jonka tehtävänä oli vastata klinikkatoiminnasta. Perustajina oli 16 eri organisaatiota ja sääntöihin kirjattiin pyrkimys ”yhteistoiminnassa lakisääteisen alkoholistihuollon kanssa ja sitä tukien täydentämään alkoholiongelmiin joutuneiden henkilöiden vapaaehtoista hoidon ja huollon järjestämistä ja ylläpitämistä sekä tukemaan tähän päämäärään pyrkivien toimintojen kehittämistä. Vuosina 1957 A-klinikkatoiminta laajeni Lahteen, Tampereelle ja Turkuun. (Ahonen 2005, 79)

Oulun lääninhallitus lähestyi 1974 Raahen kaupunkia ja esitti, että kaupungin oli tehtävä jotain lisääntyneelle päihteidenkäytölle ja tarjota hoitoa omalla paikkakunnalla päihdeongelmallisille kaupunkilaisilleen, 15.12.1975 kaupungin hallintoprosessit oli läpikäyty ja uusi A-klinikka avasi ovensa virallisilla avajaisilla. Työ aloitettiin tyhjästä ja oppia haettiin lähikuntien A-klinikoiden toiminnasta, erilaisten koulutusten kautta sekä eri vierailijoilta. Infoa uuden palvelun tarjoamisesta levitettiin kuntalaisille erilaisten jaettavien mainosten ja ilmoitusten kautta joita A-klinikan toimistotyöntekijä jakoi pitkin seutukuntaa mm. nitoen esitteitä puhelintolppiin. Toiminta Raahessa alkoi hyvin kirjaimellisesti tyhjästä ja on hiljalleen laajentunut nykyisiin mittasuhteisiin. (Vähäkangas 2005, 4)

A-klinikoista muodostui alkoholiongelmiin joutuneiden hoitopaikka jonka toiminta perustui vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Lähtökohtana pidettiin potilaan omia tarpeita ja motiiveja. Hoito oli alusta asti avohoitoa jolloin potilaan ei tarvinnut irtaantua omasta arjestaan. Näin Suomeen syntyi päihdeterapiaan perustuva sosiaalityö ja sosiaalityöntekijöistä muodostui hoitotyötä tekeviä terapeutteja, hoitomuodoiksi vakiintuivat lääkinällinen, psykiatris-sosiaalinen ja psykiatrinen hoito. A-klinikoilla lähdettiin systemaattisesti kehittämään koulutus- ja työskentelymenetelmiä ja samalla sosiaalityö sai terapeuttisen muodon, enää ei mietitty pelkkää toimeentuloa tai aineellista hyvää. Sosiaalityön prosessi jaettiin tutkimukseen, diagnoosiin ja hoitoon ja lähtökohtana oli se, että potilaan asiakasprosessissa läpikäymät asiat voisivat ratkaisevasti muuttaa hänen omaa elämäntilannettaan ja suhtautumistaan toisiin ihmisiin. (Toikko 2008, 192)

A-klinikkatyö on siis 2000-luvulla päihdehuollon erityispalvelua, asiakkailleen maksuttomia, vapaaehtoisuuteen perustuvia hoitopaikkoja joihin hakeudutaan hoitoon alkoholi-, huume- ja muihin päihdeongelmiin johtuvien seikkojen takia. (Havio & Inkinen & Partanen 2009, 100).

Raahen A-klinikan yleisimmät työmuodot ovat motivoiva haastattelu sekä ratkaisukeskeinen ja kognitiivinen työote. Lähtökohtana motivoivassa haastattelussa pidetään oletusta siitä, että motivaatio ei ole vakiintunut olotila tai persoonallinen ominaisuus, vaan se syntyy henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa ja näin ollen motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa, vahvistaa tai tuhota dialogisen keskustelun kautta. (Koski-Jännes & Riittinen & Saarnio 2008, 112). Ratkaisukeskeisyydessä pyritään, nimensä mukaisesti, ratkaisemaan nyt ja tulevaisuudessa tapahtuvia ongelmia niin että niihin pyritään kiinnittämään mahdollisimman vähän huomiota vaan keskitytään tilanteisiin joissa ongelmaa ei ole ollut. Työntekijä korvaa ongelmapuheen onnistumispuheella ja tavoitteeksi asetetaan asiakkaan toimesta jokin konkreettinen tavoite jonka asiakas ja työntekijä yhdessä ovat määritelleet hyväksi. Tavoitteen määrittely tekee työstä tavoiteohjautuvaa ja samalla toiveikasta ja tämä kulkeminen kohti hyviä tavoitteita tuo työlle positiivisen näkökulman. Lähtökohtana pidetään ajatusta siitä, että ihmisellä itsellään on käsissään ratkaisun avaimet, resurssit ja voimavarat muutokseen. (Lappalainen-Lehto, Romu, Taskinen 2007, 209). Kognitiivisen työotteen tarkoituksena on tunnistaa uskomukset, muokata näitä haitallisia uskomuksia niin että addiktio saadaan loppumaan sekä korvata nämä haitalliset uskomukset hallintauskomuksilla. Vakiinnuttamalla asiakkaalle nämä uudet toimintatavat saadaan aikaan kestäviä muutoksia hänen elämäntapaansa. (Havio ym. 2009, 134)

Perehdytys

Perehdytys määritellään ohjausta ja muita toimenpiteitä sisältävänä prosessina, jonka tavoitteena on auttaa työntekijöitä tutustumaan, oppimaan ja harjaantumaan uusiin työtehtäviinsä. Perehdytys auttaa myös työntekijää tutustumaan työyhteisön toimintatapoihin, työtovereihin ja verkostoihin joiden kanssa työtä tehdään. (Frisk 2005, 41)

Perehdyttämisen tarkoituksena on valmentaa työntekijä tai harjoittelija työyksikön perusasioihin jolloin hän kykenee suoriutumaan työtehtävistään tai harjoittelustaan mahdollisimman hyvin. A-klinikalla on usein ollut esillä perehdyttämiskansion tekeminen ja on myös koettu selkeitä käytännön tilanteita joissa kansio olisi ollut tarpeellinen. Talossa on erimerkiksi harjoittelijoita säännöllisesti ja tiivis perehdyttämispaketti koettiin tarpeelliseksi heidän perehdyttämistään ajatellen. Sijaisia ei A-klinikalla ole käytännössä lainkaan, resurssien tiukennuttua hyvinvointikuntayhtymällä ei edes pitkiin poissaoloihin palkata sijaisia vaan työtehtävät jaetaan työpaikan muiden työntekijöiden kesken.

Perehdyttämiskansio toimii myös vanhoille työntekijöille tietopakettina, josta on helppo ja nopea tarkastaa erilaisia työhön liittyviä asioita. Kan-

sion lisäksi tärkeä merkitys on vuorovaikutuksella, kansio ei itsessään riitä vaan se on käytävä läpi harjoittelijan tai uuden työntekijän kanssa vuorovaikutuksellisesti niin, että esille nouseviin kysymyksiin voidaan vastata heti.

Perehdyttämistä tarvitaan erityisesti ennen uuden työtehtävän aloittamista mutta myös jos työntekijän työtehtävät tai työnkuva muuttuu. Myös pitkän poissaolon jälkeen perehdyttämisellä saadaan töihin palaavan työntekijän työhön paluuta helpotettua. Perehdyttäminen nähdään nykyisin myös osana rekrytointia ja siten se on osa työntekijän ammatillista kasvua. Perehdytyksellä voidaan vaikuttaa henkilöstön pysyvyyteen, sitoutumiseen ja ammatilliseen kehitykseen. (Peltokoski & Perttunen 2006, 131)

Perehdyttäminen luo mielestäni työyhteisöön tulevalle uudelle työntekijälle tunteen siitä, että hänet toivotetaan tervetulleeksi työyhteisöön ja hänelle tarjotaan kaikki mahdolliset resurssit siihen, että hän hoitaa tulevat työtehtävänsä mahdollisimman hyvin. Perehdyttäminen osoittaa, että työntekijästä välitetään ja, että hänen hyvinvointinsa on tärkeää työnantajalle.

Myös lain kautta tulee velvoite perehdyttämiseen, työturvallisuuslaki velvoittaa työntekijän perehdyttämiseen. Lain mukaan työnantaja on velvollinen antamaan työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävien muuttuessa. Työntekijä tulee perehdyttää työhön, työpaikan työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaoppiseen käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Toimihenkilöiden keskusjärjestön STTK:n informaationsivuston mukaan perehdyttämisellä on siis myös työturvallisuuden kannalta suuri rooli, hyvä perehdytys ehkäisee tapaturmia ja työstä aiheutuvaa rasitusta.

Perehdyttämisen merkitys

Perehdyttäminen on jatkuvaa toimintaa työpaikalla ja kasvattaa parhaimmillaan kaikkien osaamista. Hyvän perehdyttämisen hyödyt näkyvät innostumisena, kiinnostuksena työtä kohtaan ja kyseessä olevaa työpaikkaa kohtaan, sitoutumisena, osaamisen lisääntymisenä, kiinnostuksena alaa kohtaan sekä haluna oppia enemmän. (Työterveyslaitos, perehdyttämisen prosessi 15.4.2013)

Henkilöstön hyvästä perehdyttämisestä hyötyvät kaikki, asiakas, työyhteisö ja työntekijä itse. Työn sujuvuus ja palvelun laatu paranevat perehdyttämisen myötä ja työn riskit vähenevät. Työelämän jatkuvat muutokset edellyttävät entistä enemmän kykyä ja halua itsenäiseen vastuunottoon ja aktiivisuuteen sekä yhteistyöhön muiden työpaikan työntekijöiden kanssa. (TTK:n opas, 3.) Perehdytyksessä uudelle työntekijälle annetaan hänen

työssä tarvitsemaansa tietoa ja tutustutetaan hänet työnantajan organisaatioon, työympäristöön ja tehtäviin. Perehdytyksen avulla työntekijä omaksuu nopeammin työtehtävänsä ja tehdyt virheet vähenevät (Helsilä 2002, 51).

Perehdytys voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; työpaikan organisaatioon, työpaikkaan ja työhön liittyvään perehdytykseen. Organisaation esittelyssä käydään läpi toiminta-ajatus, toiminta periaatteet ja -tavat. Mitkä ovat työpaikan arvot ja tavoitteet sekä työtä ohjaavat strategiat. Työpaikkaan liittyvään perehdytykseen kuuluu tutustuminen työympäristöön, henkilökuntaan ja työpaikan yhteisiin sääntöihin. Työhön liittyvässä perehdytyksessä käydään läpi työhön liittyvät asiat. (Helsilä 2002, 51)

Itse perehdytysprosessia voidaan pitää pitempiaikaisena prosessina joka voidaan jakaa viiteen vaiheeseen:

1. Tulokkaan informointi ennen työhön tuloa. (työpaikkailmoitus, haastattelu, valinnasta ilmoittaminen)
2. Toimintayksikköön perehdyttäminen. (ensimmäiset työpäivät, tutustumiskierros, esimiehen ja alaisen välinen keskustelu, perehdyttämisohjelma)
3. Työtehtäviin perehdyttäminen, tärkein osa perehdyttämistä (yleisluontoiset asiat, työmenetelmät, ohjeet, määräykset, vastuukysymykset, toimivallan ylittämisen ja laiminlyöntien seuraamukset)
4. Hallintoon perehtyminen (ensimmäisten kuukausien aikana, miten hallinto toimii, tärkeimmät toimintatavat, luottamushenkilöasiat)
5. Muu perehdyttäminen (työsuojelu, henkilöstöpolitiikka, ammattiyhdistykset)

(Rauman kaupunki 2004, 5)

Perehdyttämisen tavoitteena ovat siis työpaikan perustietojen antaminen, myönteisen asennoitumisen mahdollistaminen työyhteisöön sekä hyvän yhteistyön luominen uuden henkilön, esimiehen ja muiden työntekijöiden välille. Perehdyttämisen avulla uusi työntekijä pääsee nopeammin sisälle työhönsä, virheet vähenevät ja työyhteisön toimivuus turvautuu. (Lepistö 2000, 65) Hyvä perehdyttäminen on myös pitkällä tähtäimellä kustannustehokasta, ylimääräiset poissaolot vähenevät hyvän perehdytyksen avulla. (TKKn opas, 4)

Työpaikoilla tapahtuu myös virallisen perehdyttämisen ohella epävirallista perehdyttämistä. Epävirallinen perehdyttäminen voi olla esimerkiksi uuden työntekijän sopeutumista työpaikan kirjoittamattomiin sääntöihin, miten työyhteisössä käyttäydytään, mistä saa puhua, mitä saa tehdä, mitä

ei. Virallisen organisaation lisäksi työpaikoilla on epävirallisia organisaatioita esim. kahviporukoiden muodossa. Virallisen organisaation tunteminen ei siis aina riitä, vaan on myös opittava toimimaan ja tuntemaan työpaikan epäviralliset organisaatiot. (Elovainio 1992, 11.)

Perehdytyskansion tuottamisen prosessi Raahen A-klinikalla

Perehdytyskansion tekeminen alkoi työntekijäkyselyllä. Jokainen työntekijä sai sähköpostin, jossa hänen tuli nimetä pääkohdat niihin asioihin, joihin hän kokee ja toivoo perehdyttämiskansion vastaavan. Kyselyn tarkoitus oli myös sitouttaa henkilökuntaa prosessiin ja saada jokaisen ääni kuuluville. Perehdytyskansio toimii vanhoille työntekijöille ns. muistilistana josta tarvittaessa voi varmistaa ja tarkistaa erilaisia työhön liittyviä seikkoja.

Sähköpostikyselyyn tuli todella niukasti vastauksia, kysely lähti kaikille A-klinikan viidelle työntekijälle ja vain yksi vastasi kyselyyn. Suullisella haastattelulla läpikävin muut neljä työntekijää ja sain kerättyä tärkeimpiä asioita, joita kansiossa haluttiin tuotavan esille. Kommentit suullisessakin haastattelussa olivat niukkoja ja asia ohitettiin hyvin nopeasti. Koska kansiolle oli selkeä tilaus ja sen puuttumista oli kritisoitu usein, hämmennyin suuresti innostuksen puutteesta, johon törmäsin.

Toisaalta jo aikaisemmin olin törmännyt siihen tosiasiaan, ettei A-klinikan prosesseja ole käyty läpi vuosiin ja on lukemattomia prosesseja joista ei kerta kaikkiaan ole yhdessä sovittuja linjauksia, vaan suorittamisen prosessi riippuu siitä kuka työntekijä kulloinkin työn suorittaa. Hyvänä esimerkkinä tästä voidaan ottaa huumeseuat, joiden ilmoittamisesta esim. lastensuojelulle on hyvin erilaisia käytäntöjä. Osa työntekijöistä ilmoittaa heti positii-visen seuratuloksen lastensuojelulle, osa ns. ”antaa armoa” ja mahdollisuuden puhdistaa seulan esimerkiksi viikon kuluessa. Ei ole myöskään selkeästi määritelty puhutaanko asiakkaista vai potilaista, tämä heijastelee sairaanhoidollisen ja sosiaalihuollollisen työn piirteitä, osa talon työntekijöistä on koulutettu hoitamaan potilaita ja taas osa on koulutettu työskentelemään asiakkaiden kanssa. Nämä kaikki prosessit joiden yhtenäistämistä työntekijät peräänkuuluttavat eivät lopputyöni valmistumisen aikana selvinneet eli perehdytyskansio jäi näiltä osin hyvin vajavaiseksi.

Esille toiveissa nousi selkeästi kaksi pääasiaa; henkilökunta toivoi kansioon selkeitä perusohjeita työn ”pikkuasioihin” kuten avainten kuittamiseen jne. Toiseksi asiaksi nousi selkeästi se, että A-klinikan tarjoamat palvelut esitellään kansiossa lyhyesti ja ytimekkäästi. Kansiota myös toivottiin mahdollisimman tiivistä, liian laajan paketin katsottiin jäävän hyödyntämättä hyllyjen kätköihin. Monista tehdyistä strategioista, malleista ja suunnitelmista koettiin olleen vain lähinnä ylimääräistä vaivaa sen sijaan

että ne olisivat olleet hyödyksi työyhteisölle. Työntekijät kokivat myös, että terapiatyötä tehdään niin vahvasti työntekijälähtöisesti jokaisen työntekijän omista vahvuuksista lähtien, ettei sille voi rakentaa selkeää ohjeistusta.

Kansion kokoamisvaiheen alussa yksi pitkäaikaisimmista työntekijöistä jäi pitkälle sairauslomalle, joka aiheutti A-klinikalla pienimuotoisen kaaoksen asiakkaiden kasaantuessa töissä oleville työntekijöille. Käytännössä A-klinikkaa pyöritettiin koko kevät 2013 vajaamiehityksellä. Jouduin siis työstämään prosessin loppuun niin, että koetin kuormittaa henkilökuntaa mahdollisimman vähän tilanteen ollessa välillä hyvinkin kaaosmainen.

Prosessin haasteet ja eteneminen

Suurimpana haasteena nousi esille jo edellä mainittu lähtökohta, jossa informaation kerääminen alkoi hyvin puhtaasti nollapisteestä ja perehdytyskansion tekeminen osoittautui hyvin haastavaksi tehtäväksi. Aloitin prosessin keräämällä kansion karkean sisällysluettelon, jonka työyhteisö hyväksyi ilman muutoksia. Tämän jälkeen alkoi raaka työ, jossa sisällysluettelon jokainen kohta oli sisällötettävä ja tämä tapahtui puhtaasti haastattelujen ja muiden tiedonkeräämismenetelmien avulla, sillä valmiita vastauksia ei ollut.

Perehdytyskansion ulkopuolelle jätettiin tarkoituksella korvaushoito ja Vihannin A-klinikkapalvelut, koska todettiin, että niiden erillinen fyysinen sijainti tuo toimintaan niin paljon erityispiirteitä, että sama perehdytyskansio ei käytännössä toimi. Vihannissa työskentelee A-klinikan työntekijä, jonka työaika koostuu päihdetyön lisäksi mielenterveystyöstä, vaikka hän hallinnollisesti on A-klinikan tiimiä, on hän käytännössä hyvin erillään klinikan toiminnasta. Korvaushoidolla on oma strategiansa ja toimintamallinsa, myös korvaushoito toimii fyysisesti eri tiloissa.

Hyvinvointikuntayhtymällä on laaja, sähköinen perehdytysmateriaali sisäisessä verkossa, joten A-klinikan kansiosta pyrittiin jättämään pois informaatio, joka on löydettävissä yleisistä, kaikkia koskevista ohjeistuksista, kuten työaikaan liittyvät seikat sekä esimerkiksi kuntayhtymän työntekijöiden virkistystoimintaa koskevia asioita. A-klinikalla on työntekijöitä, sairaanhoitajia, joiden lähiesimies on mielenterveyspuolen osastonhoitaja ja työntekijöitä, sosiaalialan koulutuksen saaneet, joiden esimies vt. A-klinikan johtaja on ja tämä aiheuttaa pieniä eroavaisuuksia käytännön työsuhteisiin liittyvissä toiminna ja näitä ei ole perehdytyskansiossa erikseen läpikäyty. Käytännön osaaminen ja neuvonta näihin työhön liittyviin asioihin tulee hyvinvointikuntayhtymän henkilöstöhallinnon kautta

Kohta kohdan jälkeen kansion sisältö alkoi muotoutua ja toivottua niukkuuden linjaa mukailien rajaaminen osoittautui hyvin tärkeäksi sei-

kaksi, mitä kuvata perehdyttämiskansiossa ja miten laajasti. Perehdyttämiskansion yksi lähtökohta on, että jokainen A-klinikalle töihin tuleva osaa jo ammattinsa sisällöt eli kansio perehdyttää enemmänkin nimenomaan käytännön rutiineihin. Kansiontekoprosessin aikana selvisi että alun alkaen visiona ollut kehittämistyö ei perehdytyskansion teon aikana pääse alkamaan. Lääkehoitosuunnitelman ajantasaistaminen onnistui työpaikkapalaverin aikana, mutta muut kehittämisprosessit jäivät ajatuksen tasolle. Koska en omaa aikatauluani voinut enää venyttää yhtään pidemmälle, jäi kansio siihen muotoonsa missä se nyt on. Prosessi alkoi jo ennen joulua 2012 mutta A-klinikka ei kyennyt reilusta aikataulusta huolimatta sitoutumaan tämän enempää.

Pohdinta

Kansio tehtiin A-klinikalle paperiversioksi kansioon sekä sähköiseen muotoon, jotta sen muokkaaminen tulevana vuosina on helppoa ja nopeaa, kansiota on työyhteisön toiveiin mukaan tarkoitus päivittää jatkossa vähintään kerran vuodessa. Kansion aineistosta tehtiin tarkoituksella hyvin rajattu, pelkästään Raahen A-klinikkaa koskeva ja perusasioihin keskittyvä.

Kansiosta toivottiin suppeaa ja mahdollisimman konkreettista. Kaikki oleellinen tieto, jolla A-klinikkatyössä pääsee alkuun, on kansiossa. Itse jäin pohtimaan kansion tarjoamia mahdollisuuksia, olisin toivonut, että kansiossa olisi käytännön asioiden lisäksi avattu myös päihdetyötä laajemmin, päihdetyön terapiamuotoja, työn ominaispiirteitä jne. Sairaanhoidaja voi tulla työskentelemään koulutuksella, johon ei sisälly päihdetyön opintoja. Toisaalta jokainen joutuu hakemaan työhönsä oman työmuotonsa ja läpikäymään sen prosessin itse osana ammatillista kasvuaan. Kaikki työntekijät kävivät läpi perehdytyskansion ja hyväksyivät sen. Perehdytyskansio helpottaa uusien työntekijöiden ja harjoittelijoiden sisälle pääsyä A-klinikkatyön käytäntöihin. Siitä on apua moniin konkreettisiin asioihin. Koskaan aikaisemmin ei pieniä arjen asioita, joilla on työn sujuvuuden kannalta suuri merkitys, ole kerätty yksiin kansiin.

Lähteet

- Ahonen, Jukka 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955-2005. Raportti nro 51.
- Elovainio, Marko 1992: Perehdyttäminen ja tiimityö: sosiaali ja terveydenhuollon kehittämismahdollisuuksia. STM raportti.
- Frisk, Tarja 2005: Ohjaaminen työssä. Euroopan yhteisön rakennerahastot. Helsinki
- Havio, Marja-Liisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2009: Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Helsilä, Martti 2002: Käytännön henkilöstötyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki. Tammi.
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki. WSOY.
- Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) 2011: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL.
- Peltokoski, J. & Perttunen J. 2006: Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Raahen hyvinvointikuntayhtymä 2009. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän mielenterveys- ja päihdestrategia.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki.
- Toikko, Timo 2008: Sosiaalityön ideat. Vastapaino
- Työturvallisuuskeskus 2006. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoiva työsuojelu.
- Vähäkangas, Kirsti 2005: Räntättyä Raaheksi. Artikkelikoti Kotikaupunkimme Raahe esitteestä.

Sähköiset lähteet

- www.rauma.fi/hallinto/saaduskokoelma/01828.doc, Viitattu 15.4.2013.
- www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/perehdyttaminen/sivut/default.aspx . Viitattu 15.4.2013.
- Penttinen Aulikki, Mäntynen Juha 2009. Työturvallisuuskeskuksen julkaisu. Painojussit Oy. http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf Viitattu 15.3.2013.

28 Taivalkosken päihdetyön menetelmällinen ja käytännöllinen kehys sekä kehittämisen tarpeita

Mervi Pihlaja

Artikkeli kuvaa Taivalkosken päihdepalveluita ja menetelmiä eri yksiköissä sekä mallintaa päihdeongelmaisen aikuisasiakkaan kuntoutuksen polku Taivalkoskella. Työ on osa Taivalkosken kunnan tulevaa mielenterveys- ja päihdestrategiaa ja lisäksi työtä voidaan käyttää oppaana paikallisiin päihdepalveluihin. Työtä varten on haastateltu eri yksiköiden työntekijöitä: työterveyshoitajaa, psykiatrista sairaanhoitajaa, työttömien terveydenhoitajaa, johtavaa sosiaalityöntekijää, vuodeosaston hoitajaa, osastonhoitajaa, päivystyksen sairaanhoitajia ja projektityöntekijää, jotka kertovat omista menetelmistään tunnistaa päihdeongelmaiset ja millaista päihdetyötä he tekevät yksiköissään. Tekijä pohtii myös paikallisen päihdetyön kehittämisen tarpeita.

Päihdehuollon laatusuosituksissa (STM 2002) määritellään päihdepalveluiden palvelujärjestelmä. Sen mukaan kuntien tehtävänä on järjestää monipuolisia päihdepalveluita aina varhaisvaiheen toteamisesta ja akuuteista päivystyspalveluista alkaen pitkäaikaiskuntoutukseen. Resursoinnissa tulee huomioida päihteiden käytössä tapahtuneet laadulliset ja määrälliset muutokset. Päihteiden käytön varhaisvaiheen tunnistaminen kuuluu eri sosiaali- ja terveyshuollon palveluihin.

Laatusuosituksissa (STM 2002) määritellään myös kiireelliset tai kriisitilanteet, jolloin asiakkaan tulee saada välitöntä hoitoa tai asiakkaan tulee päästä hoitoon ilman ajanvarausta. Katkaisu- ja vieroituspalveluiden tulee olla joustavat ja niiden tarpeessa olevan asiakkaan tulee päästä hoitoon välittömästi. Kunnassa tulee olla päihdepalveluita, joihin asiakas voi hakeutua myös päihtyneenä ja avohuollon erityispalveluihin mahdollisuus hakeutua nimettömänä.

Henkilöstön osaamisesta ja työssä jaksamisesta laatusuosituksissa (STM 2002) painotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävää kouluttautumista päihdeongelmien varhaiseen toteamiseen, hoidon tarpeen arviointiin, päihdeasiakkaan ammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen. Työntekijöiden jaksamisesta huolehditaan esimerkiksi työnohjauksen avulla ja työntekijöillä tulee olla mahdollisuus konsultaatioon. Työntekijöillä tulee olla valmiudet ottaa puheeksi päihteiden käyttö ja heillä on erilaisia hoito- ja interventiokeinoja käytettävissä. Palveluissa tulee olla vähintään yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä. Hänen tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa muita oman yksikön työntekijöitä ja tehdä yhteistyötä eri päihdetyötä tekevien tahojen ja viranomaisten kanssa.

Päihdepalveluissa on asiakaslähtöinen näkökulma ja vuorovaikutukseen kuuluu empaattisuus, kunnioittaminen ja asiakasta motivoiva lähestymistapa. Asiakassuhde perustuu luottamuksellisuuteen, joka on huomioitava myös yhteistyössä. Päihdetestauksia tehdään asiakkaan luvalla ja niitä käytetään hoidon tukena, tarvittaessa positiivinen testitulos varmennetaan. Hoitomenetelmät perustuvat tieteelliseen näyttöön tai laajaan käytännön kokemukseen. Moniammatillisuus ja verkostotyö ovat keskeisiä elementtejä päihdetyössä. Asiakkaalle annetaan tietoa eri hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoista ja yhdessä asiakkaan kanssa laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota päivitetään tarpeen mukaan ja sovitaan tarpeen mukaisista jatko-, hoito- ja tukitoimenpiteistä. (STM 2002)

Alkoholiongelmaisen (2011) ja huumeongelmaisen (2012) hoidon käypä hoito suosituksen mukaan päihdepalveluiden määrä ja laatu vaihtelevat eri kunnissa. Hoito aloitetaan siinä yksikössä, jossa asia tulee esille ja koko hoitoverkoston käytetään tarkoituksenmukaisesti. Jotta sekä ammattitajut että asiakkaat pystyvät käyttämään alkoholiongelmaisen hoitojärjestelmää sujuvasti, pitää sen olla selkeä. Tavoitteena on monipuolinen hoito niin alkoholiongelmaisen kuin huumeongelmaisen hoidossa. Huumeongelmallisille pyritään järjestämään pitkäaikainen avohoito lähelle asuinpaikkaa. (Alkoholiongelmaisen hoito käypä hoito suositus 7.2.2011; Huumeongelmaisen hoito käypä hoito suositus 5.9.2012.)

Päihdehoitopaikan laadun arvioimiseksi voidaan käypä hoito suosituksen mukaan esittää hoidon laatua testaavia kysymyksiä. Esimerkiksi onko päihdeongelman ehkäisyn ja seulonnan mahdollisuudet hyödynnetty terveystarkastusten ja hoitokontaktien yhteydessä? Onko katkaisuhoidon ympärivuorokautista? Onko henkilökunta ja johto koulutettu ja motivoitunut päihdeongelmaisten hoitoon ja onko hoito-ote kokonaisvaltainen ja morali-soimaton? Onko mahdollisuus psykiatrin konsultaatioon? Ovatko yhteydet eri ryhmiin ja vertaisverkostoihin kunnossa? (Alkoholiongelmaisen hoito käypä hoito suositus 7.2.2011; Huumeongelmaisen hoito käypä hoito suositus 5.9.2012.)

Paras hoitotulos saavutetaan, mikäli kehittyvään päihdeongelmaan päästään puuttumaan sen alkuvaiheessa ja sen vuoksi terveydenhuollon runsaat terveystarkastukset antavat mahdollisuuden keskustella päihteidenkäytöstä. Avokatkaisua käytetään päihdeongelmaisten hoidossa, mutta se ei aina riitä, vaan tarvitaan katkaisuhuolto laitoksessa, jossa on mahdollisuus hoitaa motivoitunutta asiakasta pitkäjänteisesti ja kokonaisvaltaisesti. Asiakkaat vaistoavat herkästi työntekijöiden kielteisen tai moralisoivan asenteen. Asenteita pystytään muuttamaan koulutusten ja keskusteluiden avulla. Päihdeongelmiin liittyy usein psykiatrisia ongelmia ja vaativat erityisosaimista eli psykiatrin käyntejä tai konsultaatioita. Yhteydet eri ryhmiin ja vertaisverkostoihin sekä järjestöihin tulee olla kunnossa, jotta asiakkaalla on halutessaan helppo siirtyä terveydenhuollon hoitopaikasta AA-liikkeen kokouksiin tai kolmannen sektorin palveluihin. (Alkoholiongelmaisen hoito käypä hoito suositus 2011; Huumeongelmaisen hoito käypä hoito suositus 2012.)

Päihdepalvelujärjestelmä Taivalkoskella

Päihdetyötä ohjaavat monet lait ja asetukset. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä sekä kohdeltava ihmisiä yhdenvertaisesti, eikä ihmisiä saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Näin säädetään Suomen perustuslaissa (731/1999). Päihdehuoltolaissa (41/1986) säädetään, että kunnan on järjestettävä päihdehuolto sisällöltään ja laadultaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuoltolain mukaan pyritään ehkäisemään ja vähentämään päihdeongelmia ja siitä aiheutuvia terveys- ja sosiaalisia haittoja sekä edistämään asiakkaan ja hänen läheistensä toimintakykyä. Palveluiden kehittämistä päihdehuoltolaissa todetaan, että palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein ja palveluiden tulisi olla joustavia, monipuolisia ja tavoitettavia. Palvelut on järjestettävä niin, että asiakas voi niihin hakeutua oma-aloitteisesti. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731; Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Päihdepalveluita tarjonta Suomen eri kunnissa on monenkirjavaa, vaikka eri laeilla, asetuksilla ja suosituksilla päihdepalveluiden tarjontaa ohjeistetaan. Päihdeidenkäyttäjät leimaamista tapahtuu joka puolella ja heihin kohdistuu monenlaisia, yleensä negatiivisia asenteita, mikä puolestaan vaikuttaa siihen, että päihdeongelmaisen tai päihderiippuvaisen on vaikea hakea apua. Erityisesti pienillä paikkakunnilla, joissa ihmiset tuntevat toisensa, avun hakeminen voi olla hankalaa. Toisaalta päihdeongelmaiset, lä-

heiset, omaiset saati ammatti-ihmiset tai päättäjät eivät aina tiedä, millaisia palveluita kunnassa on tarjolla

Olen haastatellut tai kysynyt sähköpostilla Taivalkosken eri hoitoyksiköiden ja sosiaalipuolen henkilöstöltä, millaisia menetelmiä eri yksiköissä käytetään päihdeasiakkaiden tunnistamiseen ja mitä menetelmiä on käytössä asiakkaiden kuntouttamiseksi. Haastatteluiden tarkoitus on ollut saada materiaalia, jotta voin mallintaa päihderiippuvaisen asiakkaan kuntoutuksen polun Taivalkoskella ja kartoittaa eri päihdepalvelut Taivalkoskella. Haastateltavat hoitoyksiköt ovat työterveyshuolto, mielenterveystoimisto, vuodeosaston sairaanhoitaja ja osastonhoitaja, päivystyksen sairaanhoitajia, työttömien terveydenhoitaja, johtava sosiaalityöntekijä ja Virta-hankkeen projektityöntekijä. Lisäksi kuvaan päihdetyöntekijän työtä ja menetelmiä päihdeasiakkaiden hoidossa. Havainnollistan haastatteluiden keskeisiä kohtia kuviolla.

Hoidon tarpeen arvio

Päihdetyöntekijä koordinoi päihdetyötä. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että päihdetyöntekijä toimii eri yhteistyötahojen yhteyshenkilönä ja suunnittelee asiakkaalle yhdessä yhteistyötahojen kanssa tarvittavat päihdepalvelut. Päihdetyöntekijä tekee asiakastyötä ja vastaa moniammatillisen päihdetyön toiminnasta.

Audit-kyselyä käytetään alkoholinkäytön puheeksioton helpottamiseksi niin sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollossa. Audit-kysely on kehitetty liiallisen juomisen arviointivälineeksi tunnistamaan henkilöitä, joille olisi hyötyä juomisen vähentämisestä tai lopettamisesta. Se on tilastollisesti osoitettu luotettavaksi ja päteväksi asiakkaan sukupuolesta, iästä ja kulttuuritaustasta riippumatta. Audit-kysely auttaa tunnistamaan, onko asiakas kohtuukäyttäjä, riskikäyttäjä, haitallisesti juova vai onko hänellä mahdollisesti alkoholiriippuvuus. Audit arviointi on alkoholinkäytön puheeksiottoa, tilannekartoitusta ja asiakkaan auttamista. Vastuu alkoholinkäytön vähentämisestä on asiakkaalla itsellään ja siksi asiakkaan tukeminen muutokseen on tärkeää. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, AUDIT-testi alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla, oppaita ja työkirjoja 2007:4)

Työterveyshuollossa kaikille asiakkaille tehdään audit-kysely ja päihdeidenkäyttö otetaan puheeksi, jotta päihdeidenkäyttö tunnistettaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tarvittaessa toteutetaan mini-interventio. Verikokeilla tarkastetaan mm. asiakkaan maksa-arvot. Asiakas saa ohjausta ja neuvontaa esimerkiksi päihdeidenkäytöstä, riskirajoista, terveysriskeistä ja paikallisista palveluista. Tarvittaessa asiakas ohjataan jatkohoitoon päihdetyöntekijälle. Eri työpaikoilla on oma hoitoonohjausmallinsa ja

sen mukaan tapahtuu asiakkaan hoitoonohjaus, mikäli työterveyshuollon asiakas on ollut päihtyneenä töissä tai hänen epäillään käyttävän päihteitä liiallisesti ja se tulee esille luvattomina poissaoloina tai töistä myöhästymisinä. Yleensä työnantajan kanssa pidetään palaveri ja asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma, jossa määritellään toimenpiteet ja tavoitteet. Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja työterveyshuolto tekee yhteistyötä päihdetyön kanssa.

Mielenterveystoimistossa audit-kysely tehdään asiakkaille, jos herää epäily, että asiakas käyttää päihteitä tai tulee päihtyneenä vastaanotolle. Joskus keskusteluissa voi tulla pitkänkin ajan jälkeen esiin, että asiakas käyttää päihteitä liiallisesti ja tilannetta kartoitetaan tuolloin audit-testillä. Mikäli audit-testin mukaan asiakas näyttää olevan suurkuluttaja, hänelle tehdään SADD- eli riippuvuustesti. Mielialakartoitus eli BDI tehdään tarpeen mukaan. Mikäli asiakkaan testitulokset näyttävät sille, että asiakkaalla on päihdeongelma, ohjataan hänet päihdetyöntekijälle. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan selvitetään, onko hän jatkossa mielenterveystoimiston vai päihdetyön asiakas vai sekä että. Mielenterveystoimistossa on käytössä erilaiset terapeuttiset menetelmät.

Terveyskeskuksen päivystyksessä *käy erilaisia päihdeasiakkaita. Mikäli* asiakas tarvitsee tai haluaa katkaisuhuhoitoa, esimerkiksi alkoholinkäyttö on jatkunut pidempään, eikä saa itse sitä katkaistua tai alkoholinkäytöstä on tullut seuraamuksia, kuten harhoja tai kouristeluita, asiakas ohjataan vuodeosastolle katkaisuhuhoitoon. Katkaisuhoidon tarpeen arvion tekee päivystyksen lääkäri. Päihtymystilaa voidaan päivystyksessä arvioida alkometrillä tai huumeselulla.

Opiattikorvaushoitoasiakkaiden lääkitys ja huumeselujen otto tapahtuu päivystyksessä. Tätä työtä sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- korvaus- ja ylläpito- hoidosta erilaisilla lääkkeillä (33/2008). Asetuksen mukaan hoito tulee järjestää lähellä asiakkaan asuinkuntaa sen pitkäkestoisuuden vuoksi, hoito arvioidaan korvaushoitoon perehtyneessä yksikössä ja hoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoito, hoidon tavoite, muu lääketieteellinen hoito, psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

Korvaushoitojen osalta yhteistyötä tehdään päihdetyöntekijän kanssa. Päivystyksessä on nimetty päihdehoidon vastuuhoitaja, joka toimii yhteyshenkilönä ja tiedottaa korvaushoitoon liittyvistä muutoksista muille hoitajille. Korvaushoitoasiakkaiden hoito on haasteellista ja vaativaa ja sen vuoksi asiakasasioita käydään läpi yhdessä päihdetyöntekijän kanssa tarpeen mukaan. Korvaushoito perustuu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatusuositukseen ja hoitajien tehtävänä on valvoa, että asiakkaat noudattavat korvaushoitosopimusta. (Laine 2011.)

Lastensuojeluasiakkaiden huumeselonnat suoritetaan myös päivystyksessä *lastensuojelusta* tulleen pyynnön perusteella. Tarvittaessa seurat

laitetaan laajaan erittelyyn, jotta saadaan tarkempi selvitys tai seurataan asiakkaan pistosjälkiä. Seulavastaukset ilmoitetaan päihdetyöntekijälle, joka puolestaan tekee lastensuojelun kanssa yhteistyötä päihdeperheiden kanssa.

Vuodeosastolla tapahtuu asiakkaiden katkaisuhoido, kun asiakas on sinne päivystyksestä ohjattu. Katkaisuhoidosta on laadittu oma erillinen malli. Katkaisuhoido kestää 5-7 päivää ja ensimmäisinä päivinä huomioitava asioita ovat mm. somaattisen terveydentilan hoitaminen, Audit-testaus, laboratoriotutkimukset ja perustarpeiden turvaaminen. Katkaisuhoidossa toteutetaan lääkehoito ja hoitaja keskustelee asiakkaan kanssa mm. haitoista ja hyödyistä ja antaa asiakkaalle Vähennä vähän oppaan. Myös sosiaalipalvelut huomioidaan katkaisuhoidon aikana, mikäli asiakkaalla on esimerkiksi toimeentuloon liittyviä ongelmia. Katkaisuhoidon aikana mietitään jatkohoitoa, ollaan yhteydessä päihdetyöntekijään ja järjestetään tapaaminen päihdetyöntekijän kanssa. Lääkäri tekee hoitajakson lopulla arvion hoidosta ja mietitään sairausloma-asiaa ja työkykyä. Asiakasta ohjataan vertaisryhmiin, kuten AA-ryhmään. Viikonloppuisin (sunnuntaina ja arki-tyhjinä) korvaushoitoasiakkaiden lääkkeenhaku tapahtuu vuodeosastolta.

Työttömien terveydenhoitaja ottaa päihteet puheeksi ja tekee aina audit-kyselyn terveystarkastusten asiakkaille. Vastaanotolla keskustellaan alkoholin terveysvaikutuksista. Usein myös ylipainonhallinnan asiakkaiden kanssa otetaan päihteet puheeksi, koska heidän kanssa keskustellaan kalorimääristä ja alkoholissa on kaloreita. Tarvittaessa vastaanottokäynnillä käytetään mini-interventio-ohjausta, yleensä keskustellaan alkoholin käytön rajoista mini-intervention kautta. Mikäli asiakkaan audit-pisteet ovat korkeat ja hän antaa luvan, asiakas ohjataan päihdetyöntekijän vastaanotolle. Asiakkaalle kerrotaan päihdetyöntekijän palveluista mm. korvaakupunktiosta.

Sosiaalityö tarkastelee asiakkaan elämäntilannetta kokonaisuutena. Tavoitteena on toimia ns. yhden oven periaatteella, jolloin käytetään palveluohjauksellista työmenetelmää. Asiakasta ohjataan, neuvotaan ja tuetaan yksilöllisesti hänen tarpeidensa mukaan. Keskeinen työmenetelmä päihdesosiaalityössä on ongelman puheeksiottaminen ja sitä kautta mahdollisiin ongelmiin pureutuminen. Myös Audit-testejä tehdään sosiaalitoimessa.

Päihdesosiaalityössä on ominta asiakkaan osallisuus ja subjekttiluonne sekä autonomian kunnioittaminen ja ihmisen voimavaroihin perustuva näkemys. Sosiaalityön konkreettisena työmenetelmänä on verkostotyö. Asiakas on mukana määrittelemässä verkoston kokoonpanoa. Verkoston avulla selvitetään esimerkiksi asiakkaan taloudellista tilannetta tai verkoston mahdollisuutta muuten tukea asiakasta elämän hallinnassa. Taloudelliset huolet voivat olla iso kuormitustekijä päihdeongelmaisen elämässä. Sosiaalityöntekijä selvittelee yhdessä asiakkaan kanssa hänen mahdollista toimeentulotukioikeuttaan, velkajärjestelyn mahdollisuutta, asuntoasioita

ja päivä- ja työtoimintaa. Taloudellisten huolien selvittämisen ohella psykososiaaliseen tukeen kiinnitetään erityistä huomiota ja pyritään löytämään tukikeinoja yhdessä asiakkaan kanssa. Sosiaalityöntekijä tekee tiivistä yhteistyötä päihdetyöntekijän kanssa ja ohjaa asiakkaan tarvittaessa päihdetyöntekijän vastaanotolle. Lastensuojeluperheiden kohdalla tehdään yhteistyötä sosiaali- perhe- ja päihdetyöntekijän kesken. Sosiaalityöntekijä voi velvoittaa asiakasta käymään huumeseuoloissa, mikäli on epäilyä päihteiden käytöstä.

Taivalkosken kunnan päihdeongelmien hoidon tavoitteena on taata hoito mahdollisimman pitkälle omassa kunnassa. Tarvittaessa asiakkaalle voidaan kuitenkin tarjota mahdollisuus ostopalveluina hankittavaan kaupungin ulkopuoliseen hoitoon. Kyse on tällöin pääasiassa laitostuntoutuksesta. Sosiaalityöntekijä tekee päätöksen laitostuntoutuksen maksusitoumuksen osalta ja täyttää kelalle KU114-lomakkeen.

Kaikissa edellä mainituissa paikoissa tapahtuu asiakkaan kuntoutuksen tarpeen arviointia ja hänet ohjataan tarvittaessa päihdetyöntekijän vastaanotolle. Myös asiakas itse tai hänen läheisensä tai omaisensa voivat olla yhteydessä päihdetyöntekijään, mikäli herää huoli asiakkaan päihteiden käytöstä.

Alkukartoitus ja avohoito

Päihdetyöntekijä tekee asiakkaan kanssa yhdessä *alkukartoituksen*, jossa kartoitetaan päihteidenkäyttöä erilaisin testein, kuten *Audit-testillä*, *SADD riippuvuustestillä*, *juomatapatestillä*, *SDS-huumeriippuvuustestillä* ja *DAST huumeiden- ja lääkkeidenkäyttöä kartoittavalla testillä*. Ensimmäisellä käyntikerralla tehdään kirjallinen päihdehuollon palvelusuunnitelma, jossa määritellään asiakkaan taustatiedot, nykytilanne terveyden ja sosiaalisen tilanteen suhteen, päihteidenkäyttö, tavoitteet päihteiden käytön suhteen ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi sekä milloin arvioidaan hoidon vaikuttavuutta. Alkukartoitus voidaan tehdä päihdetyöntekijän vastaanotolla, vuodeosastolla tai asiakkaan kotona. Joskus asiakas ei halua avokuntoutusta ja tuolloin tapaaminen voi olla kertaluonteinen päihteidenkäyttötilanteen arviointi. Asiakkaan avohoitoon kuuluu päihdetyöntekijän antama päihdeterapia, psykososiaalinen tuki, ohjaus ja neuvonta, korva-akupunktio, laboratoriotutkimukset ja lääkityksen seuranta ja arviointi sekä vertaistuki. Päihde-seuranta ajokorttiasioissa tapahtuu päihdetyöntekijän luona.

Päihdeterapiassa käydään erilaisin terapeuttisin menetelmin läpi asiakkaan päihderiippuvuuteen kuuluvia asioita. Menetelminä ovat mm. *kognitiivinen ja ratkaisukeskeinen terapia* ja *motivoiva haastattelu*. Asiakas pyritään saamaan sitoutumaan hoitoon ja tuolloin menetelmänä käytetään

motivoivaa haastattelua, koska siinä pyritään pääsemään asiakkaan kanssa ”samalle puolelle” ilman tuomitsevaa asennetta. Hänen kanssaan käydään läpi muutoksen vaiheet ja mietitään yhdessä, missä vaiheessa asiakas on. Vaihe määrittää, millaisia asioita asiakkaan kanssa käydään läpi. Esimerkiksi harkintavaiheessa olevan asiakkaan kanssa mietitään päihteiden käytön hyötyjä ja haittoja, ylläpitovaiheessa olevan asiakkaan kanssa käydään läpi retkahduksen ehkäisyä. Terapiassa kiinnitetään huomiota asiakkaan ajatuksiin ja uskomuksiin, koska ne ovat yleensä virheellisiä tai vääristyneitä ja asiakkaalla voi olla kielteinen käsitys omasta itsestään. Esimerkiksi asiakas ajattelee, että hänen ahdistukseen auttaa ainoastaan lääkehoito, hän ei pysty itse tekemään asialle mitään tai viranomaiset ovat häntä vastaan, eikä kehenkään ihmiseen voi luottaa. Asiakas voi ajatella, että hänestä ei ole mihinkään, eikä mistään hoidosta ole mitään hyötyä. Terapiassa pyritään käymään läpi asiakkaan voimavaroja, mitkä asiat elämässä on hyvin, mietitään vaihtoehtoja päihteidenkäytölle esimerkiksi olisiko jotain harrastusta, mikä kiinnostaa. Myös asiakkaan elämänkaarta ja sukupuuta käydään läpi ja asiakkaalle annetaan kotitehtäviä. Kaikkinensa tarkoitus on saada aikaiseksi prosessointia asiakkaassa, jotta hän lähtisi miettimään omaa päihteidenkäyttöä ja mihin hän sitä tarvitsee. Asiakas ei välttämättä lopeta heti juomista, kun hän tulee terapiaan, vaan siinä voi mennä aikaa ja retkahduksia voi tapahtua, ne käsitellään oppimiskokemuksina ja pyritään motivoimaan uudelleen lopettamaan tai vähentämään juomista.

Korvaushoitoasiakkaiden *psykososiaalinen kuntoutus* ja *terapeuttiset keskustelut* sekä *korvaushoidon seuranta* tapahtuvat päihdetyöntekijän vastaanotolla. Korvaushoitoasiakkaiden hoidossa noudatetaan PPSHP:n laatimaa laatukäsikirjaa korvaushoidon toteuttamisesta (Laine 2011.) Psykososiaalista kuntoutusta pidetään Laineen (2011) mukaan välttämättömänä korvaushoitoasiakkailta. Sisältö vaihtelee asiakkaan erityispiirteiden mukaan. Motivoiva haastattelu on tärkeä menetelmä, osa asiakkaista tarvitsee kontrolloivaa struktuuria ja osa asiakkaista tarvitsee tukevaa rakennetta persoonallisuuden eheyttämiseksi ja sosiaalisen ja ammatillisen kehityksen tukemiseksi. Asiakas käy sovitun työntekijän luona ja käynnit vaikuttavat kotilääkeoikeuksiin. Käynnejä voidaan sopia myös akupunktioon, lääkärille, fysioterapeutille tms. Asiakkaan kaoottiseen elämään tulee järjestystä korvaushoidon tarkan struktuurin ansiosta. (Laine 2011.) Asiakkaiden kanssa pidetään yhteisiä hoitoneuvotteluja päihdepsykiatrin kanssa ja tarvittaessa päihdetyöntekijä konsultoi joko terveystieteiden nimettyä päihdelääkäriä tai päihdepsykiatria korvaushoitoasiakkaiden hoidosta.

Lääkehoitoa esitetään asiakkaille yhtenä avohoidon tukikeinona päihteiden käytön lopettamiseen. Mikäli asiakas on halukas tai valmis ja maksarvot sallivat, niin lääkehoito aloitetaan seurannassa. Päihdetyöntekijä konsultoi terveystieteiden lääkäriä lääkityksen aloittamisesta. Asiakkaalle kerrotaan eri lääkevaihtoehtoista ja annetaan kirjanen ”Voittajana peril-

le”, jossa kerrotaan eri lääkityksistä ja mahdollisista sivuoireista. Kirjasessa on lisäksi erilaisia tehtäviä, joita asiakas voi tehdä kotona ja niitä käydään läpi vastaanotolla. Verikoeseuranta kuuluu etenkin lääkehoidossa oleville asiakkaille mutta myös muilta asiakkailta voidaan tarkistaa verikokeita, jotka liittyvät päihteiden käyttöön, kuten maksa-arvot, perusverenkuva ja kolesteroliarvot.

Päihdeseuranta päihdetyöntekijän vastaanotolla tapahtuu pääasiassa ajokorttiasioissa. Poliisi ohjaa asiakkaan olemaan yhteydessä terveyskeskukseen tai päihdetyöntekijään, kun asiakas on jäänyt kiinni rattijuopumuksesta tai putkapidätyksiä on ollut useita vuoden aikana. Asiakkaan kanssa laaditaan seurantasopimus, jossa määritellään tavoitteet seurannalle ja kirjataan seurannan toimenpiteet. Seuranta kestää joko kolme tai kuusi kuukautta ja siihen vaikuttaa rattijuopumusten laatu. Asiakas käy päihdetyöntekijän luona kahdesta neljään käyntiä ja lääkäriellä yksi tai kaksi käyntiä. Käynneillä tehdään asiakkaalle mm. päihdekartoitus ja keskustellaan riippuvuudesta sekä juomisen vaikutuksesta ajamiseen ja käydään läpi, millaisissa tilanteissa asiakas on syylistynyt rattijuopumukseen. Päihteiden käyttöä seurataan verikokein ja/tai huumeeseuloin. Terveyskeskuksen nimetty päihdelääkäri tekee ajokorttilausunnon päihdeseurannasta poliisille.

Asiakkaille voidaan antaa *korva-akupunktiota* hänen halutessaan vastaanottokäynneillä tai asiakas voi osallistua korva-akupunktioryhmään, joka kokoontuu viikoittain. Korva-akupunktio on päihdekuntoutuksessa käytettävä tukihoido. Se on lääkkeetön vaihtoehto vieroitusoireisiin, uni-ongelmiin, ahdistukseen, levottomuuteen ja mm. korkeaan verenpaineeseen.

Taivalkoskella toimii vertaistukena *AA-ryhmä*, joka kokoontuu viikoittain. Asiakkaita ohjataan AA-ryhmään eri sosiaali- ja terveyspalveluista. *A-kiltatoiminta* on käynnistynyt pikkuhiljaa vuoden 2012 aikana ja syyskuussa 2012 Taivalkoskelle perustettiin A-kiltayhdistys nimellä Taivalkosken A-kilta. A-killassa painoarvo on toiminnallisuudessa ja sen ohella keskustelemisessä ja A-kilta järjestää erilaisia toimintapäiviä, kuten makkarapaistoa laavuilla. A-kiltayhdistyksessä on hallitus, jonka A-killan jäsenet ovat valinneet. Yhdistystoiminta tukee asiakkaan osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia. Jäsenillä on mahdollisuus osallistua A-kiltojen liiton järjestämiin koulutuksiin ja tapahtumiin.

Taivalkoskella aloitti toimintansa *päivä- ja kuntouttavan työtoiminnan* paikka Tolokun tupa syyskuussa 2012. Päihdeongelmaisilla asiakkailla on mahdollisuus hakeutua päivätoimintaan, mikäli he ovat eläkkeellä tai sairaslomalla. Kuntouttavaan työtoimintaan voi hakeutua toimeentulotulella tai päivärahalla oleva työttömänä työnhakijana oleva asiakas. Kuntouttavaan työtoimintaan tuleville tehdään edeltävästi aktivointisuunnitelma TE-toimiston ja sosiaalitoimen kanssa. Sekä päivä- että kuntouttavasta työtoiminnasta laaditaan sopimus, joka tehdään joko työpaikoilla tai Tolokun

tuvalla riippuen siitä, minne asiakas menee töihin. Tolokun tuvalla voi olla tällä hetkellä kahtena päivänä viikossa, muissa paikoissa sopimuksen mukaan. Muita kuntouttavan työtoiminnan paikkoja ovat kunnan eri yksiköt, seurakunta sekä järjestöt. Taivalkoskella toimii myös nuorten työpaja, jossa on omat ohjaajat. Kuntouttava työtoiminta ja päivätyö ovat yksi osa päihdekuntoutusta avopuolella. Ne tukevat asiakkaan elämänhallintaa ja tuovat elämään sisältöä ja laatua. Samalla asiakas saa vertaistukea muilta toimijoilta.

Asiakkaan työkykyä voidaan kartoittaa neuropsykologin tutkimuksilla. Tällä hetkellä neuropsykologi käy Taivalkoskella kerran kuukaudessa. Tutkimuksen jälkeen asiakkaan ja neuropsykologin kanssa pidetään *verkostoneuvottelu*, johon kutsutaan mukaan hänen kuntoutumisprosessissaan mukana olevia työntekijöitä mm. sosiaali- ja terveystoimesta ja työllistämisyksiköstä. Verkostoneuvottelussa sovitaan jatkotoimista ja mihin asiakas pyrkii, haluaako hän koulutautua vai mennä töihin vai onko hänen tarpeen hakeutua eläkkeelle. Neuropsykologin tutkimus toimii pohjana keskusteluilla ja verkostossa pyritään miettimään, mikä on kunkin asiakkaan kohdalla realistista ja mahdollista.

Moniammatillinen päihdetiimi ja laituskuntoutus

Päihdetiimi on moniammatillinen tiimi, jossa on osallistujana päihdetyöntekijä, psykiatrian sairaanhoitaja mielenterveystoimistosta, sosiaalityöntekijä, päivystyksestä ja vuodeosastolta sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja työllistämisyksiköstä työntekijä ja tarvittaessa hoitotyön johtaja. Päihdetiimi kokoontuu kerran kuukaudessa. Päihdetiimin tehtävänä on suunnitella ja kehittää Taivalkoskelaista päihdetyötä, päivittää kaupungin päihdestrategiaa ja tehdä myös ehkäisevää päihdetyötä. Lisäksi päihdetiimissä käsitellään asiakasasioita asiakkaan luvalla tai asiakas voi itse tulla kertomaan omasta tilanteestaan.

Mikäli *avohoito* ei riitä asiakkaalle, päihdetiimissä harkitaan *laituskuntoutusta* tai laituskuntoutuksen käyneelle *intervallijaksoa* laitoksessa. Intervallijakso on lyhyt kuntoutusjakso jo pidemmän kuntoutuksen käyneille, jonka tarkoituksena on tukea asiakasta pysymään raittiina. Taivalkoskella käytettyjä laitospaikkoja ovat mm. Ventuskartano Kokkolassa, Päihde Hjelpi Kemissä, Karvoshovi Nivalassa ja Suvantoyhteisö Pudasjärvellä. Asiakas saa kuntoutusjakson ajalta kuntoutusrahaa ja sitä varten sosiaalitoimesta kirjoitetaan lausunto kelalle.

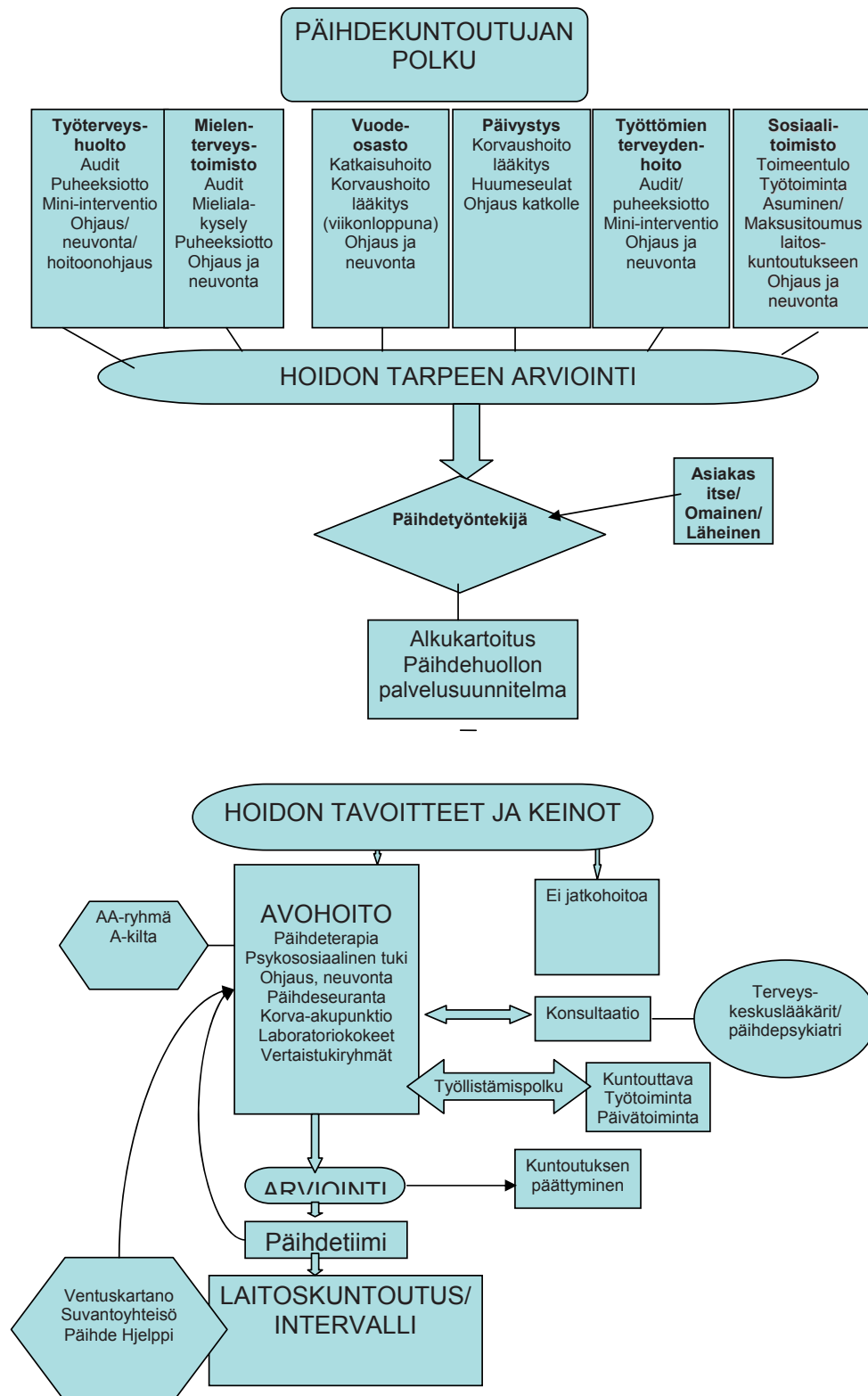
Ventuskartanossa päihdeongelma nähdään riippuvuusongelmana. Muutokset päihdeidenkäyttötavoissa liittyvät muutoksiin omissa ajatuksis-

sa ja sosiaalisissa suhteissa. Ventuskartanossa pidetään tärkeänä läheis- ja viranomaisverkostotyötä sekä ennen että jälkeen kuntoutuksen. Käytettäviä menetelmiä ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, verkostotyö ja yhteisöhoito. Ventuskartanossa on myös mahdollisuus saada perhekuntoutusta.

Päihde Hjelpin toiminta-ajatuksena on tuottaa alueelle hoitoketjua täydentävää palvelua. Päihde Hjelpissä jokaiselle asiakkaalle nimetään oma hoitaja. Käytettäviä menetelmiä ovat mm. korva-akupunktio, taideterapia, ratkaisukeskeiset menetelmät, rentoutuminen, motivoiva haastattelu ja liikunta. Päihde Hjelpiin voi tulla päihdekatkaisuun tai päihdekuntoutukseen. Päihdeongelma nähdään päihderiippuvuutena. Verkostotyö on keskeistä. Päihde Hjelpissä voidaan kuntouttaa sekä mielenterveys- että päihdeongelmaisia (kaksoisdiagnoosiasiakkaita).

Suvanto-yhteisö tarjoaa tehostettua asumispalvelua ja päihdekuntoutusta. Päihdeongelma nähdään sairautena ja kuntoutuksessa käytetään sosiaalisia että terapeuttisia menetelmiä. Yhteisöllisen kuntoutuksen pohjana on Minnesota-malli, joka tähtää transformatiiviseen asenne ja tapa muutosprosessiin tiellä mielekkääseen elämään eli tällä tarkoitetaan oppimista pois vanhoista tavoista ja asenteista. Vertaistuki on päihdetyön keskeinen elementti ja asiakkailla on mahdollisuus osallistua erilaisiin ryhmiin mm. NA:han ja AA:han. Asiakas osallistuu myös arjen työtoimintaan. Päihdekuntoutuksen tukena käytetään lisäksi Bemer-terapiaa, joka vaikuttaa monin tavoin kuntoutumiseen mm. aineenvaihduntaan, rentouttaa ja vähentää stressiä, lievittää kipua, parantaa unen laatua ja helpottaa vieroitusoireita. Bemer-terapia perustuu magneettikenttiin. Suvanto-yhteisössä asukkailla on mahdollista käydä lepäämässä Bemer-terapiassa patjalla, jossa on magneettikenttiä.

Laitoskuntoutusjakson lopussa pidetään hoitoneuvottelu yleensä kuntoutuspaikassa. Hoitoneuvottelussa ovat mukana päihdetyöntekijä ja sosiaalityöntekijä. Asiakas voi kutsua mukaan hoitoneuvotteluun perhettään, työnantajan tai ystävän. Joissakin kuntoutuspaikoissa, kuten Ventuskartanossa on mallina pitää kahden – kolmen kuukauden kuluttua seurantalaveri. Hoitoneuvottelussa mietitään asiakkaan itselle asettamia tavoitteita ja keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi ja suunnitellaan jatkohoittoa. Tarkoitus on kuitenkin, että kuntoutuksen jälkeen asiakas sitoutuu avohoitoon, koska asiakkaan kuntoutumisprosessi päihteiden ongelmakäytöstä tai riippuvuudesta on pitkä prosessi.



Kuvio 1.

Päihdetyön kehittämisen tarpeita

Mallinnuksessa määritellään yhteistyötahot ja heidän tekemänsä työ päihdekuntoutujan polulla, päihdetyöntekijän työ ja lisäksi jatkohoitomahdollisuudet, mikäli avohoito ei riitä. Jotta mallinnuksen tekeminen onnistui, olen haastatellut eri sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijöitä heidän roolistaan päihdetyössä. Taivalkoskella päihdetyötä tehdään monien palveluiden piirissä ja positiivista on se, että päihteidenkäyttö otetaan puheeksi ja Audit-testejä tehdään monissa eri paikoissa. Kehittämistä kuitenkin päihdetyössä on edelleen näissäkin asioissa. Esimerkiksi mielenterveys-toimiston psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa keskustellessa heräsi kysymys, että olisiko syytä tehdä Audit-kysely kaikille asiakkaille eikä vain niille, joilla epäilee olevan päihteiden käytössä ongelmaa. Jatkossa hän pyrkii tekemään kyselyn kaikille uusille asiakkaille.

Audit-testi on kuitenkin mittari, jolla mitataan alkoholinkäyttöä. Huumeiden käyttöä Taivalkosken eri palveluissa aikuisasiakkailta ei testata muualla kuin päihdetyöntekijän vastaanotolla, ainakaan näiden haastatteluiden pohjalta. Tänä syksynä huumeiden käyttöön on tullut uusi, Auditia vastaava testi DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test), jonka avulla voi saada kokonaiskuvan huumeiden käyttöön liittyvistä ongelmista, haitoista ja niiden asteesta. DUDIT-E-testiä voidaan käyttää silloin, kun halutaan tutkia huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia tarkemmin. DUDIT-E:n avulla pystytään muodostamaan käsitys asiakkaan huumeidenkäytön laaja-alaisuudesta ja yleisyydestä, mitä myönteisiä ja kielteisiä seurauksia huumeidenkäytöllä asiakkaalle on sekä millä tavoin asiakas on motivoitunut muuttamaan huumeidenkäyttöään ja mahdollisesti ottamaan vastaan hoitoa. (Päihdelinkki 17.11.2012.) Näiden testien käyttöönotto Taivalkosken päihdepalvelujärjestelmässä lienee jatkossa perusteltua, koska huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö on yleistynyt myös maaseutupaikkakunnilla.

Taivalkoskella järjestetään katkaisuhoidon vuodeosastolla, mikäli lääkäri arvio katkaisuhoidon tarpeen ja katkaisuhoidosta on tehty erillinen mallinnus, jota tekemässä oli vuodeosaston henkilökuntaa ja osastonhoitaja, johtava hoitaja ja päihdetyöntekijä. Mielestäni mallinnus on monipuolinen ja käyttökelpoinen mutta sitä ei ole jostain syystä otettu vuodeosastolla käyttöön. Mallinnuksen juurruttaminen vuodeosaston työhön vaatii siis vielä jatkotyöstämistä ja yhteistyötä vuodeosaston henkilöstön kanssa. Usein päihdekatkaisuasiakkaat koetaan lisätyönä hoitotyössä ja heihin kohdistuu paljon negatiivista asennetta. Kuitenkin perustuslaissa (731/1999) määritetään, että ihmisiä on kohdeltava yhdenvertaisesti, eikä ihmisiä saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Toisaalta päihdehuoltolaissa (41/1986) todetaan, että palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. Näin ollen voisi olla perusteltua kehittää kunnassa avokatkaisua, jolla asiakkaan päihdekierre saadaan poikki. Avokatkaisussa asiakas hakee katkaisuhoido-

lääkkeet päivittäin terveyskeskuksesta ja on väliajat kotona. Avokatkaisu ei välttämättä toimi kaikkien asiakkaiden kohdalla mutta joidenkin asiakkaiden kanssa voi olla toimiva vaihtoehto.

Päihdepalveluiden koordinoinnista, kehittämisestä, yhteistyöstä ja varsinaisesta asiakastyöstä vastaa Taivalkoskella päihdetyöntekijä, mikä mielestäni turvaa asiakkaiden oikeuksia päihdepalveluiden suhteen ja myös auttaa muita sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä kehittämään omaa päihdetyötään. Kun on nimetty ihminen näitä asioita hoitamaan, tiedetään, mihin ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia tai herää kysymyksiä. Aiemmin Taivalkoskella päihdetyö oli pirstaleista ja kokonaisvastuuta päihdeasioista ei ollut kellenkään. Mielenterveystoimistosta apua sai mielenterveysongelmiin mutta kaikki päihdeasiakkaat eivät halua käydä mielenterveystoimistossa, koska eivät koe niitä palveluita tarvitsevan. Tässä suhteessa palveluissa siis on tapahtunut positiivinen muutos. Huono puoli siinä on se, että päihdetyöntekijä voi saada osakseen negatiivisia asenteita, kun hän vie asiakkaiden oikeuksia eteenpäin tai yrittää päihdetyötä kehittää ja saada aikaan muutosta.

Päihdehuoltolaissa edellytetään eri viranomaisten ja yhteisöjen tiivistä yhteistyötä. Taivalkosken päihdepalvelujärjestelmässä se toteutuu moniammatillisen päihdetiimin muodossa. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hänen asioistaan voidaan keskustella moniammatillisessa työryhmässä, koska yleensä asiakkaat ovat moniongelmaisia, heillä on päihteisiin liittyen ongelmia niin terveyden, ihmissuhteiden, asumisen, toimeentulon kuin työtoimintojen suhteen. Jokainen työntekijä tarkastelee asioita omalta näkökantiltaan ja kun niistä keskustellaan yhteistyössä, saadaan asioista ja asiakkaan tilanteesta monipuolinen näkemys ja näin pyritään häntä sitten auttamaan eri tavoin. Päihdetiimi on foorumi, jossa voidaan muuttaa asenteita positiiviseen suuntaan ja huomioida asiakkaiden oikeuksien toteutuminen. Asioita pystytään parhaiten kehittämään, kun on useita eri työntekijöitä yhdessä ja he vievät viestiä omaan yksikköön. Se, että päihdepalveluita kehitetään auttaa asiakkaita saamaan erilaisia päihdepalveluita ja yhteistyössä tekeminen puolestaan helpottaa asioiden juurruttamista, kun se ei jää yhden ihmisen harteille.

Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (STM 2002) on listattu päihdepalvelujärjestelmältä vaadittavia asioita. Sen mukaan Taivalkoskelta puuttuu ruotsinkielisten palvelut, päihdepalvelut, joihin voi hakeutua päihtyneenä (tosin katkolle otetaan nykyisellään myös päihtyneenä, samoin päihdetyöntekijän vastaanotolla voi käydä päihtyneenä – mutta mitään suunnitelmia tai terapiaa ei tuolloin tehdä), nimettömät avomuotoiset päihdepalvelut ja läheisten palvelut.

Asiakkaan kannalta olisi tarkoituksenmukaista saada nimetöntä palvelua. Varsinkin isoissa kaupungeissa on tarjolla ns. matalan kynnyksen palveluita, terveysneuvontapisteitä, joihin asiakas voi hakeutua nimettömänä.

Tällaisia palveluita olisi hyvä järjestää myös pienemmillä paikkakunnilla, koska myös niissä on huumeongelmia. Asiakkaan voi olla vaikea tulla hakemaan apua ja nimenomaan matalan kynnyksen palveluilla saadaan ihmiset hakemaan apua ja saamaan tietoa erilaisista asioista, kuten terveystarpeista, sairauksista (hepatiitista, hivistä), palveluista, hoitomahdollisuuksista ja sinne voi tulla myös päihtyneenä. Tällaisen terveysneuvontapisteen järjestäminen onkin yksi tavoite tulevaisuuden tavoite Taivalkosken päihdepalveluissa, jotta saataisiin ehkäistyä hepatiittitartuntoja ja nuoret avun piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Läheisten palveluita ei Taivalkoskella ole erikseen järjestetty, eikä Taivalkoskella ole perheneuvola. Perheneuvola palvelut järjestetään tarvittaessa Kuusamon perheneuvolaan mutta sinne otetaan vain perheitä, joilla on alaikäisiä lapsia. Perheet, joissa on huolta aikuisesta päihdeongelmallisesta – tai riippuvaisesta henkilöstä, valitettavasti jäävät usein palveluiden ulkopuolelle. Läheisiä pyritään ohjaamaan olemaan yhteydessä mielen-terveystoimistoon tai päihdetyöntekijään tai sosiaalitoimeen, että voivat kertoa huolestaan. Aina tämä ei riitä, kun läheisillä on huoli oman perheenjäsenen päihteiden käytöstä ja he voivat tämän puolesta tehdä asioita, jotka voivat mahdollistaa päihteiden käytön jatkumisen. Tämä asia vielä vaatii kehittämistyötä Taivalkoskella.

Asiakkaiden mukaan otto palveluiden suunnittelemisessa olisi myös jatkossa miettimisen arvoinen asia. Asiakkaat tosin ovat tuoneet monia vinkkejä päihdepalveluihin, kuten neulojen ja ruiskujen vaihtopisteideaa mutta, että he olisivat konkreettisesti mukana palveluiden suunnittelussa, on vielä ajatustasolla. Sosiaalityön professori Aila-Leena Matthiesin (2011) mielestä asiakkaiden osallistaminen vaikuttaa päihdepalveluiden laatuun. Hänen mukaansa asiantuntijat tarvitsevat asiakkaiden kokemustietoa, jotta he voivat suunnitella oikein toimivia palveluita. Asiakkaat voisivat käytännön tasolla toimia asiakasedustajina, asiakasneuvostoissa ja kokemuskehittäjinä ammatillisten asiantuntijoiden rinnalla tai asiakkailta voidaan kerätä tietoa asiakaspaneelissa tai netin kautta. Asiakkaiden käyttäminen palveluiden kehittämisessä voi vaikuttaa säästöihin, kun palveluista saadaan karsittua hukkakäyntejä ja ne voidaan kohdentaa tarkemmin. Asiakkaista saadaan myös tuki palveluiden säilymiselle. Taivalkoskella asiakkaiden osallistaminen on toteutunut siinä, kun sinne on perustettu A-kiltayhdistys ja toiminnan suunnitteluun on asiakkaat otettu mukaan ja itse asiassa tällä hetkellä asiakkaat itse huolehtivat A-kiltatoiminnan järjestämisestä, työntekijät toimivat tukijoina mukana.

Lopuksi haluaisin sanoa, että vaikka hoitohenkilökunnalla on negatiivisia asenteita päihdeasiakkaita kohtaan, ovat he kuitenkin hyväksyneet kaiken suunnitellun kehittämistyön ja osallistuneet kehittämiseen mukaan. Minusta se kertoo henkilöstön hyvästä ammattitaidosta, halutaan tehdä oma työsarkansa hyvin. Sosiaali- ja terveystieteiden johto on suhtautunut hy-

vin kehittämis ehdotuksiin ja antanut niille tukensa, mikä varmasti auttaa jatkossakin kehittämään palveluita asiakkaiden hyväksi.

Lähteet

- Aarninsalo, Pekka & Alakahri, Elisa 2009: Korva-akupunktion käyttö päihde- ja mielenterveystyössä koulutusmateriaali.
- A-kiltojen liitto ry 2012. www.a-kiltojenliitto.fi. Viitattu 24.9.2012.
- Asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- korvaus- ja ylläpito-hoidosta erilaisilla lääkkeillä 17.1.2008/33.
- Berg, Insoo Kim & Miller, Scott 1992: Ihmeitä tapahtuu. alkoholi-ongelman ratkaisukeskeinen hoito. Järvenpää. Lyhytterapiainstituutti.
- Bertolino, Bob 1991: Ratkaisukeskeinen nuorisoterapia. Opaskirja ongelmanuorten kanssa työskenteleville. Helsinki. Lyhytterapiainstituutti.
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
- Furman, Ben & Ahola, Tapani 1993: Muuttuset – terapiasta ratkaisuihin. Järvenpää. Lyhytterapiainstituutti.
- Hakanen, Armi 2009: Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. Kähkönen Seppo, Karila Irma, Holmberg Nils. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, AUDIT-testi alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla, oppaita ja työkirjoja 2007:4
- Hirvihuhta, Harri & Litovaara, Anneli 2003: Ratkaisun taito. Helsinki. Tammi.
- Holmberg, Nils 2009: Addiktiot. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. Kähkönen Seppo, Karila Irma, Holmberg Nils. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Inkinen, Maria 1999: Mini-interventio: kysymällä ja motivoimalla muutokseen. Stakes. Helsinki.
- Järvenpään sosiaalisairaala. Motivoiva haastattelu. Koulutusmateriaali. www.sosiaalisairaala/koulutus/koulutusmateriaalia
- Koski-Jännes, Anja 2007: Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohditi muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi. Helsinki: 41–64.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kuntoutusrahalaki (kumottu) 27.3.1991/611.
- Kuusinen, Kirsti-Liisa 2009: Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. Kähkönen Seppo, Karila Irma, Holmberg Nils. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Käypä hoito suositus 2011. Alkoholi-ongelman hoito 7.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s11> Viitattu 20.10.2012.
- Käypä hoito suositus 2012. Huume-ongelman hoito 5.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041#s12>. Viitattu 20.10.2012.
- Laimio, Anne & Karnell, Sonja 2010: Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö Aspa. http://intra.aspa.fi/files/2817/Vertaistoiminta_kannattaa.pdf Viitattu 10.11.2012.

- Laine, Pekka 2011: Laatukäsikirja: Opioidella tapahtuva vieroitus- ja korvaushoito. \\yhtdata\tulosyksikot\PSYKIATRIA\LAATUKÄSIKIRJA\VASTUUYKSIKÖIDEN LAATUKÄSIKIRJAT\Psykiatrian poliklinikka\PÄIHDEPOTILAAN HOITOPROSESSI.doc
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007: Haasteena päihteen. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.
- Leminen, Anni 2011: Etelä-Saimaan A-kilta päihdekuntoutujan tukena. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, sosiaalialan koulutusohjelma. Opin näytetyö. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34944/Leminen_Anni.pdf?sequence=1 Viitattu 10.11.2012.
- Matthies, Aila-Leena 2011: Kansalaisosallistumisella laatua ja demokratiaa palveluihin. Promo (3), 16–17.
- Miller, William & Rollnick, Stephen 1991: Motivaatio ja muutos. Suom. alkuperäisestä teoksesta “Motivational Interviewing Preparing people to change addictive behaviour”. Guilford Press. New York.
- Miller, William 2007: Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi. Helsinki: 16–40.
- Murphy, John 2008: Solution-Focused Counseling in Schools. USA Alexandria. American Counselling Association.
- Nimettömät alkoholistit 2010. Suomen AA-kustannus R.Y. Vantaa.
- Putkisaari, Hilikka 2011: Mitä on ratkaisukeskeinen terapia? Viitattu 21.10.2012. http://www.artera.info/files/MITA_ON_RATKAISUKESKEINEN_TERAPIA.pdf
- Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/> Viitattu 17.11.2012.
- Rautio, Päivi 2011: Motivoiva haastattelu. Luennot.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.
- Soikkeli, Markku 2004: Miten puhua huumeista. Stakes. Jyväskylä.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
- STM 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuosituksset.
- Yliniemi, Paula 2012. Ratkaisukeskeinen työmenetelmä. Luennot.

Haastattelut:

Psykiatrian sairaanhoitaja Kaija Kauhanen
Päivystyksen sairaanhoitaja Leena Räisänen
Vuodeosaston sairaanhoitaja Pirkko Paloniemi
Hoitotyön johtaja Elsa Nurkkala

Johtava sosiaalityöntekijä Birgitta Ojala
Työttömien terveydenhoitaja Merja Turpeinen
Työterveyshoitaja Leila Lehtola
Virta-hankkeen projektityöntekijä Johanna Kurtti

29 Päihdehuollon ja virkavallan välinen yhteistyö opioidikorvaushoidossa

Pirjo Tomperi

Artikkeli kuvaa korvaushoitoyksikön ja poliisin välisen yhteistyön kehittämistä. Kirjoittaja pohtii millä tavalla lainsäädännön antamin oikeuksin ja edellytyksin on mahdollista muuttaa hoitotyön käytäntöjä niin, että yhteistyö poliisin kanssa voisi olla hoidollisesti vaikuttavaa. Työ esittää kehitysehdotuksia, joita voitaisiin siirtää käytäntöön.

Päihdehuoltolain yhdeksäs pykälä kehottaa päihdehuollon alalla olevien viranomaisten ja yhteisöjen keskinäiseen yhteistyöhön. Kuten laissa mainitaan, erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön. Tätä lakia lukiessani ajattelin tyytyväisenä, kuinka moniammatillista yhteistyötä teemme myös päihdetyössä. Olemme yhteydessä koulujen, sosiaalitoimen, vankiloiden, rikosseuraamusviraston, terveyskeskuksen vastaanoton, vuodeosaston, erikoissairaanhoidon yksiköiden, yksityisten palveluntarjoajien, mielenterveystoimiston, neuvolan, aikuis-sosiaaliryöön kanssa. Mutta poliisi ja päihde eivät esiinny työssämme muuten kuin asiakkaittemme kertoman kautta.

Yhteistyön kehittäminen suoraan poliisin kanssa on tärkeää. Sitä myötä ilmeisen kielteinen asenneilmasto korvaushoitolaisia kohtaan vähenisi, ja yhteistyö antaisi poliisille uusia näkökulmia myös huumeongelman hoidollisiin ongelmiin.

Huumeiden ongelmakäyttäjillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Noin kaksi kolmasosaa päihdehuollon asiakkaista on työttömiä ja joka kymmenes on asunnoton. Koulutustaso asiakkailla on matala. Hoidolta ja kuntoutukselta odotetaan kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä otetta sekä moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. (THL-julkaisu 75/2012. 2012, 105.)

Tilastoitu huumausainerikollisuus kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla. Samoin huumeiden käyttöön liittyvä rikollisuus, kuten omaisuusrikokset ja liikennejuopumuksien määrä kasvoi. Vuonna 2011 tilastoitiin yli 20 000 huumausainerikosta, ja määrä on ollut vuosi vuodelta korkeampi. (THL-raportti 2012.)

Suomessa suuret huumausainerikokset ovat yhä jäsentyneemmän, järjestäytyneen rikollisuuden hallussa. Huumausainekauppa Suomessa on yhä tarkemmin organisoitua, ja erityisesti moottoripyöräjengeillä on tärkeä rooli huumausainekaupan kotimaisessa roolissa. Järjestäytyneen rikollisuuden toiminta on laajentunut omaisuusrikoksiin, sekä talous- ja petosrikollisuuteen, koska tavoitteena on mahdollisimman nopea hyöty ja kasva-va vaikutusvalta. (THL-raportti 2012, 111.)

Huumausainerikollisuus on tuonut haasteita sen kansainvälistymisen myötä Suomessa. Keskusrikospoliisin raportissa vuodelta 2013 todetaan huumausaineen salakuljettajien ja maahantuojien olevan yhä useammin ulkomaalaisia. Törkeistä huumausainerikoksissa tekijä on usein nigerialainen, hollantilainen, irakilainen, marokkolainen, ruotsalainen tai liettualainen. Suomalaisen osuus huumausainerikollisuudessa on usein tavaran vastaanottamisessa ja eteenpäin myynnissä. (KRP 2013.)

Hoitotyö ja huumeet

Suomalaisen huumausainepolitiikan lähtökohtana on huumeista aiheutu-
vien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäiseminen. Lainsäädän-
nöllä, yhteiskuntapoliittisilla toimilla sekä kansainvälisillä sopimuksil-
la pyritään tavoittamaan keinoja, joiden avulla voidaan rajoittaa käyttöä
ja kokeilua, sekä tarjota matalan kynnyksen palveluita ja riittävää tukea
huumeongelmallisille. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ohjeistaa hoi-
toon hakeutumisessa, hoitoon pääsystä sekä hoidon sisällöstä. (Sosiaali- ja
terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidos-
ta eräillä lääkkeillä, 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan hoidon on perustut-
tava hoitosuunnitelmaan, jota tarkistetaan säännöllisin väliajoin. Hoitoa
tarjoavalla yksiköllä on oltava riittävää osaamista opioidikorvaushoidon to-
teuttamiseksi. Asetuksessa ohjeistetaan luomaan tarkat tavoitteet hoidossa,
ja tavoitteita on päivitettävä aika ajoin. Haittojen vähentämisen tulee olla
tavoitteena erityisesti henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopetta-
maan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan toden-
näköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja
joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita voidaan valmentaa vaa-
tivampaan kuntouttavaan korvaushoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön

asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008.)

Heroinin käytön yleistyttyä ja HIV-tartuntojen lisääntyttyä 1990-luvun loppupuolella Suomessa syntyi äkillistä tarvetta hoitojärjestelmän kehittämiseksi neulanvaihto-ohjelmiseen ja korvaushoitoineen, mutta silloisesta asenneilmastosta ja huonosta valmiudesta johtuen hoitojärjestelmän kehittäminen viivästy vuosilla. Nykyisinkin opioidiriippuvaisille tarkoitettuun hoitoon voi joutua jonottamaan eri kaupungeissa kuukausia. Hoidon tarve on edelleen huomattavasti hoitopaikkoja suurempi. Tältä osin päihdeasiakkaan oikeus hoitoon ja kuntoutukseen ei näytä toteutuneen. Tämä tarkoittaa sitä, että osa hoitoa tarvitsevista jää hakeutumatta hoitoon ja että koska korvaushoitolääkitykseen käytettävää buprenorfiinia joudutaan hakemaan omatoimisesti Ranskasta tai Virosta, lisää tämä väärinkäyttöön ja katukauppaan päätyvien lääkkeiden määrää. Ulkomailta tuodun buprenorfiinin väärinkäyttö on Suomessa yleistä ja 2000-luvulla buprenorfiini on syrjäyttänyt heroinin lähes kokonaan. Tämä on kansainvälisesti verraten ainutlaatuinen tilanne. Väärinkäyttöön liittyy suonensisäisen käytön aiheuttamia tartuntatauteja, yliannostuksia ja rikollisuutta. (Kinnunen, A. 2008.)

Päihdeongelmaiset joutuvat usein kohtaamaan hoitavien tahojen ja muiden apua järjestävien instanssien puolelta asennoitumisongelmia. Nämä suhtautumistavat hidastavat ja joskus jopa estävät asiakkaan hoitoon pääsyä ja avun saantia. Mielellään päihdeongelmaisen ongelmat kategorioidaan ainoastaan päihteidenkäytöstä johtuviksi, mikä poissulkee mahdollisuuden saada apua mahdolliseen päihdeongelman jo taustalla olevaan mielenterveysongelmaan. Tutkimusten mukaankin usein päihde- ja mielenterveysongelmat kulkevat rinnatusten, ja toisinaan on vaikeaa erottaa, kumpi tuli ensin, muna vai kana.

Päihdeongelmaisen hoitopolku voi olla varsin pitkälti niin sanottua pyöröovihoitoa. Päähtyneenä mielenterveysongelmat saattavat akutisoitua, tai pitkän päihdetaustan myötä heikentynyt sosiaalinen asema ja yhteiskunnasta eristäytyminen lisää riskiä sairastua mielenterveysongelmaan. Usein pitkäaikaisen päihteenkäyttäjän ympäristö ja verkosto muodostuu muista päihteenkäyttäjistä, joka tuo mukanaan epävakaa ympäristön ja usein päihteidenkäyttäjien toimintamallit muotoutuvat ympäristönsä mukaisiksi.

Opiaattikorvaushoito

Opiaattiongelman tutkimuksellisesti vaikuttavin hoitomuoto on lääkkeellinen korvaushoito. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteena on kuntoutuminen ja päihdeettömyys tai haittojen vähentäminen ja

asiakkaan elämänlaadun parantaminen. (THL- Raportti 75/2013, 67–79) Suomessa on lähes 2000 korvaushoitoasiakasta. Ennen korvaushoidon alkamista edeltää arviointijakso, jolloin arvioidaan hoidon tarvetta sekä selvitetään huume- ja lääkeriippuvuuden laajuuden rinnalla myös psykososiaalisen tuen tarvetta. Hoidon arviointi- ja aloitusjakso toteutetaan siihen erikoistuneessa yksikössä, jonka jälkeen hoito toteutetaan päihdehuollon avopalveluissa tai terveyskeskuksessa. Lääkkeellinen korvaushoito kuuluu hoitotakuun piiriin. Vuonna 2008 annetun uuden asetuksen opiaattikorvaushoidosta tavoitteena on helpottaa lääkkeelliseen korvaushoitoon pääsyä. (THL-Raportti 75/2013, 67–79.)

Oulun seudulla toteutetaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin mallia opiaattien vieroitus- ja korvaushoidossa. Malli on saanut pohjansa Helsingin korvaushoitopoliklinikalta. (PPSHP 2012.) Korvaushoidon arviointi ja hoidon toteutus sisältää neljä vaihetta: 1. Polikliininen arviointi, 2. Osastojakso, 3. Avohoito ja 4. Hoidon toteutumisen seuranta. Ohjeistuksen mukaan strukturoitujen haastattelujen ja polikliinisen arvion avulla selvitetään päihdeongelman laaja-alaisuutta sekä psykopatologiaa.

Ohjeistuksessa mainitaan, että tarvittaessa voidaan esimerkiksi päihdeanamneesin varmistamista varten käyttää poliisin arkistotietoja. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan korvaushoito suositellaan tehtäväksi polikliinisesti, mutta ppshp:n ohjeistuksessa perustellaan pääosin osastolosuhteissa tehtävät aloitukset korvaushoidon uutena hoitomuotona.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistuksessa hoito suositellaan toteutettavan buprenorfiini-naloksoni- lääkityksellä, koska se on turvallisempi, sitä voidaan annostella harvemmin, ja siitä vieroittautuminen on helpompaa kuin metadonista. Naloksonin merkitys buprenorfiinihoidossa on sen euforiaa leikkaava merkitys, mikä sitä suonensisäisesti käytetään. Näin ollen lääkkeen väärinkäyttöriski pienenee. Subutexia käytetään ainoastaan raskaudenaikaisessa korvaushoidossa. Temgesiciä käytetään osastolosuhteissa pienten annosten titrauksessa.

Avohoitoa ja seurantaa varten asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen, jonka noudattamatta jättäminen johtaa hoidon lopettamiseen. Hoitosopimuksessa on määritelty oheiskäytön seurantaa, seuraukset oheiskäytöstä, kotilääkityksestä ynnä muusta hoidon sisällöstä. Hoitosopimuksella on mielestäni varsin suuri merkitys kuntoutumiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Hoidossa on suhteellisen tarkkaan määrätyt rajat esimerkiksi sovituista ajoista myöhästymiseen ja muihin vastaaviin hoidon sisältöön kuuluviin, konkreettisiin asioihin. Rajojen määrittäminen tarkkaan on koettu tarpeelliseksi, ottaen huomioon huumeiden käyttäjän elämän epävakaisuuteen, sekä persoonallisuushäiriöiden yleisyyteen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Kaoottiseen elämään tuodaan sääntöjen avulla seesteisyyttä.

Psykososiaalinen kuntoutus on yksi tärkeä osa korvaushoitoa. Taloudellisten asioiden hoitaminen, oman asunnon etsiminen, elämänhallinta

arkirutiineineen, aiemmasta rikollisesta elämäntavasta seuranneiden tuomioiden suorittaminen vankilassa, yhdyskuntapalvelussa tai valvontarangaistuksessa, sekä koulutus ja työ kuntouttavine muotoineen tehdään yhdessä sosiaalitoimen, työ- ja elinkeinotoimiston, mielenterveystoimiston, lastensuojelun, neuvolan, rikosseuraamusviraston ja vankilan kanssa.

Usein korvaushoitoasiakkaat kärsivät psyykkisestä oirehdinnasta, ja korvaushoidon myötä voidaan arvioida psyykkisen oireilun patologiaa, ja suunnitella asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta terapeuttisin menetelmin ja oikean lääkehoidon avulla.

Haastavissa tilanteissa korvaushoito voi olla ylläpitohoitoa, jonka tavoitteena on päihteidenkäytön aiheuttamien haittojen vähentäminen. Tavoitteita on muun muassa tartuntatautien leviämisen ehkäiseminen, sekä potilaan elämän laadun parantaminen. Tällöin psykososiaalinen tuki on vähäisempää, koska tavoite on kiinnittää henkilö hoitoon, korjata pahimpia sosiaalisia ongelmia ja vähentää huumeiden käytöstä johtuvia vakavia terveyshaittoja. Ylläpitohoidon jatkuttua, mikäli tilanne korjautuu, voidaan siirtyä takaisin kuntouttavaan hoitoon. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2013.)

Korvaushoito ja rikollinen toiminta

Korvaushoitoasiakkaiden rikollisuuden jatkaminen korvaushoidosta huolimatta on yksi merkittävä haaste, mikä saattaa korvaushoidon herkästi huonoon valoon niin päihteidenkäyttäjien, läheisten ja virkamiesten kesken.

Korvaushoitotosopimuksessa asiakas sitoutuu rikoksettomaan elämään hoidon aikana. Mikäli rikollinen toiminta hoidon aikana jatkuu, voidaan hoito lopettaa. Haasteena onkin ollut, miten asiakkaan rikollinen toiminta päättyy hoitavan tahon tietoon.

Syksyllä 2012 Savon-sanomat toivat esille Kuopion seudulla vuosia jatkuneen korvaushoidossa käytettävien kotilääkkeiden myynnin eteenpäin. Miehet tienasivat 80 000 euroa käyttäen hoitojärjestelmää hyväkseen. Kuusi asiakasta jäi siitä kiinni, ja heitä syytetään törkeästä huumausainerikoksesta, jossa rangaistuksena voi olla vankeutta 1–10 vuotta. (Tenhunen, A. 2012.)

Myös päihtyneenä ajaminen, väkivaltarikokset, velan perintä ja muu huumeiden käyttöön liittyvä rikollinen toiminta pyritään korvaushoidon aikana kitkemään, mutta asiakaskunnan laajentuessa myös riski hoidon väärinkäyttäjille on suurempi, ja siksi otetta korvaushoidon suhteen on tiukennettava.

Yhteistyön aloittaminen

Joulukuussa 2012 kokoonnuimme Haukiputaan Roadissa, jonne paikalle saapui Oulun poliisilaitokselta rikosylikonstaapeli Markku Apell, jonka kanssa mietimme puutteita päihdetyön ja poliisin välillä. Keskustelimme siitä, kuinka paljon poliisin katukuvassa näkyy samoja asiakkaita, joita päihdehuollossa tapaamme ja pyrimme auttamaan. Toisinaan tilanne saattaa olla varsin erilainen, kuin mitä asiakas itse tuo esille. Hoitoon hakeutuessa asiakkaan psyykkisen ja fyysisen tilanteen ohella kartoitamme sosiaalisia ongelmia. Toisinaan asiakkaat tuovat esille asiointinsa virkavallan kanssa varsin rehellisesti, mutta toisinaan saattaa pimentoon jäädä sellaisia asioita asiakkaan päihteisiin liittyvää toimintaa, jotka vaikuttaisivat hoitoon. Luulisin, että yksi syy, miksi asiakkaat eivät rehellisesti tuo taustaansa esille, johtuu häpeästä ja syyllisyydestä. Toisaalta pelkona saattaa olla hoidon viivästyminen tai pelko siitä, että asiakas jäisi jopa ilman hoitoa.

Myös hoitoonohjaukseen liittyen keskustelussamme tuli esille puutteita. Poliisi saattaa tavata nuoria rikosentekijöitä, joiden elämäntilanne saattaa päihteidenosalta olla varsin kaoottinen. Tässä tilanteessa hoitoon ohjaus saattaa olla mahdollisuus puuttumiseen ennen kuin tilanne kroonistuu. Apell toikin esille toimintatavan, jota useita vuosia sitten käytettiin; tällöin ensirikoksen tekijän tuomioon saattoi vaikuttaa se, onko hän aloittanut päihdehoidon ja siihen sitoutunut Toki siinä haasteena on motivaatio, mutta toisaalta mahdollisuus interventioon ja ongelman pahenemisen ehkäisemiseen on parempi, kuin silloin jos nuori ilman oikeanlaista tukea jäisi. Esimerkiksi päihtyneenä ajamiseen liittyy poliisiviranomaisen suositus ajo-oikeusseurantaan.

Suomen rikoslain 50 luvun 7§ mukaan ”Huumausaineen käytöstä ja huumausaineen käyttöön liittyvästä muusta mainitusta rikoksesta voidaan, sen lisäksi mitä oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetussa laissa tai tässä laissa säädetään, jättää syyte nostamatta tai rangaistus tuomitsematta, jos rikosta on huumausaineen määrä ja laatu, käyttötilanne sekä olosuhteet muutoinkin huomioon ottaen pidettävä kokonaisuutena arvostellen vähäisenä. Syyte voidaan myös jättää nostamatta tai rangaistus tuomitsematta, jos tekijä on hakeutunut sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymään hoitoon.” (Finlex)

Käyttörikosuudistuksen myötä 2000-luvulla vaihtoehtoisiksi seuraamuksiksi syyttämättä jättämisen lisäksi lisättiin puhuttelu tai hoitoonohjaus. Tutkimus osoittaa, että vaihtoehtoisia seuraamuksia on varsin vähän käytetty menetelmä, vaikka huumausaineiden käyttörikoksissa sille varmasti olisi tarvetta. Heini Kainulaisen (2009) mukaan poliisi on ollut haluton toteuttamaan tätä, koska huumausaineiden käyttäjien toimintaan puuttuminen on ollut ensisijaista.

Valtakunnansyyttäjä vuonna 2006 teki ohjeistuksen, joka tarkoituksena oli kannustaa syyttäjiä tekemään syyttämättä jättämispäätöksiä hoitoon hakeutuneista huumeiden ongelmakäyttäjistä. Vuonna 2010 valtakunnan syyttäjäviraston keräämien tietojen mukaan syyttämättä jättämispäätöksiä tehtiin Suomessa 38 (VKS 2006:1.)

Kuten jo aiemmin todettiin, päihdehuoltolaki kehottaa päihdepalveluiden ja poliisin väliseen keskinäiseen yhteistyöhön. Oltuani puhelinyhteisessä Oulun poliisilaitoksella toimivan syyttäjän Sari Kemppaisen kanssa, totesimme että poliisivirkamiehiä koskevat lait sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat lait ovat tarkkaan määriteltyjä, niillä tavoitellaan asiakkaan tietojen turvallista säilytystä, ja ehkäistään yksityisten tietojen turhaa levittämistä lain voimin. Kuitenkin lait antavat mahdollisuuden viranomaisten väliseen tiedonsiirtoon, mikäli asiakas siihen antaa kirjallisen luvan. Tiedon siirto koskee toki viranomaisen työtehtävässä tarvittavaa tietoa, joka on tietoja pyydettyä määriteltävä täsmällisesti potilaan oikeuksien toteutumiseksi ja luottamuksellisen suhteen syntymiseksi.

Esitutinnan aikana poliisiviranomainen ei saa luovuttaa tietoja rikokseen liittyen. Esitutkinta päättyy, kun esitutkintamateriaali toimitetaan syyttäjälle syyteharkintaan. Poliisilain 43 §:ssä määritellään poliisiviranomaisen salassapitovelvollisuutta, ja 5. pykälässä määritellään poliisin oikeutta selvittää epäilystä tietoja tämän päihdeidenkäytön, terveydentilan tai muun merkittävään asiaan liittyen. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten yhteistyö poliisin kanssa perustuu viranomaisten keskinäiseen virka-apuun. Myös muilla viranomaisilla on velvollisuus antaa virka-apua poliisille, (Poliisilaki 41 §.)

Poliisilain 43 § määrittelee poliisien salassapitovelvollisuuden. ”Poliisin henkilöstöön kuuluva tai muu 1 momentissa tarkoitettu henkilö ei saa tehtäviensä hoitoon kuulumattomalla tavalla käyttää hyödykseen eikä luvatta muille ilmaista sellaisia henkilön yksityisyyteen kuuluvia seikkoja, jotka hän on saanut tässä tehtävässään tietoonsa ja joiden ilmitulo voi aiheuttaa henkilölle vahinkoa tai haittaa.” Kuitenkin poliisiviranomainen voi luovuttaa tietoa viranomaiselle tai julkista tehtävää hoitavalle taholle, jolla on tarve saada tieto salassapidettävästä seikasta, henkilön luotettavuudesta tai sopivuudesta.

Hoitotyössä laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä määritellään salassapitovelvollisuus 17 §:ssä: ”Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.”

Julkisuuslain tarkoituksena on lisätä avoimuutta ja yhteistyötä viranomaisten kesken. Salassa pidettävien tietojen luovuttaminen on julkisuuslain 29 §:n mukaan mahdollista, mikäli ”se, jonka etujen suojaamiseksi salassapitovelvollisuus on säädetty, antaa siihen suostumuksensa ”

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee myös potilasasiakirjoihin liittyvää salassapitoa. Terveystieteiden ammattihenkilö, tai muu toimintayksikössä työskentelevä henkilö ei saa luovuttaa potilasasiakirjassa sisältävää tietoa sivulliselle ilman potilaan kirjallista suostumusta. Mikäli potilas ei itse ole kykenevä tiedonsaantia arvioimaan, kirjallinen suostumus on pyydettävä potilaan lailliselta edustajaltaan. Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä.

Päihdehuollossa hoito toteutetaan moniammatillisesti, ja usein hoitoon osallistuu eri tahoja. Myös poliisiviranomaisia. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan sosiaali- ja terveystieteiden viranomaisten yhteistyö poliisin kanssa perustuu viranomaisten keskinäiseen virka-apuun, joka poliisilaissa tarkemmin määritetään.

Yhteistyön kehittämishaasteita

Mieli 2009 -projektin tavoitteena vuoteen 2015 mennessä on kehittää päihdeongelmaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä kunnissa tasa-arvoisesti. Sosiaali- ja terveystieteiden työryhmä on tuonut ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä, ja yhteisenä tavoitteena on mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tasavertainen kohtelu verrattuna muihin terveystieteiden ongelmiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 2009, 17.)

Korvaushoidossa asiakasryhmään kuuluu henkilöitä, jotka ovat keskimääräistä yleisemmin olleet osallisina rikoksiin. Tämä kertoo asiakkaan hankaloituneesta sosio-ekonomisesta asemasta, mielenterveys- ja päihdeongelmien laajuudesta sekä myös kestosta. Siksi korvaushoitoon kuuluvien asiakkaiden tilanteen arviointiin liittyy tärkeänä osana rikostausta, sekä rikollisesta toiminnasta ja ympäristöstä eroon pääseminen. Säännöt, ja tiedossa olevat sanktiot korvaushoidossa ehkäisevät epäsosiaalisen elämän jatkamista. Siksi korvaushoitotosopimuksessa mainitaankin erikseen rikolliseen toimintaan liittyvä kielteisyys. Korvaushoidon aikana yhteistyö rikosseuraamusviraston kanssa edesauttaa asiakkaiden kuntoutumista, ja tieto asiakkaan hoitoon kuulumisesta voi vaikuttaa hoidon suunnitteluun ja tavoitteisiin.

Tulevaisuuden haasteena mielestäni on merkittävänä viranomaisten ja terveystieteiden kiinteä yhteistyö juurikin tarvittavan tiedon kulkemisen sekä hoitoonohjauksen suhteen.

Eettisesti hankalia tilanteita syntyy, kun asiakas luottamuksellisesti tuo esille rikollista toimintaansa esimerkiksi korvaushoitoon liittyvän arvio-

jakson aikana. Terveysthuollon viranomaisilla kun on velvollisuus laissa määrättyissä tilanteissa viedä tieto poliisille. Kokemukseni mukaan lastensuojeluun liittyvä tiedonsiirto ei niinkään ole hankala, koska sen asiakkaat kokevat itsestäänselvyytenä, kun ovat korvaushoitoon hakeutuneet, mutta pelko rikoksesta kiinnijäämiseen on suuri. Tämä hankaloittaa luottamusuhteen syntymistä hoidon alkuvaiheessa. Haasteena siis olisi avoin ja asiakkaillekin selvä yhteistyökuvio päihdehuollon ja poliisiviranomaisten kesken.

Helmikuussa 2013 Oulun poliisilaitoksella tutkinnanjohtajana toimiva kihlakunnansyyttäjä Sari Kemppainen kokosi poliisilaitoksen rikosylikomisario Antti Luodon kanssa palaverin, jonne osallistui Oulun kaupungin lakimiehiä, sekä Oulun poliisilaitoksen lakimiehiä miettiäkseen, onko mahdollista saada luotua lupakaavake, jonka avulla korvaushoitoasiakkaan mahdollisesta rikollisesta toiminnasta on saada luotettavaa tietoa.

Tuloksena oli kaavake, jonka myötä asiakas antaa luvan saada poliisilaitokselta tietoa rikoksista, joita asiakas on korvaushoidon aikana tehnyt. Kaavakkeeseen täytetään asiakkaan nimen ja henkilötunnuksen lisäksi ajanjakso, jolta asiakkaan rikollista toimintaa selvitetään. Kaavake täytetään yhdessä asiakkaan kanssa, ja lähetetään Oulun poliisilaitokselle. Tieto tulee kirjallisena pyytävään yksikköön.

Tarkoituksena on, että tietoa pyydetään tarvittaessa, mikäli korvaushoidon aikana herää epäily asiakkaan systemaattisesta rikollisesta toiminnasta herää. Tarkoitus ei siis ole pyytää kaikkea tietoa kaikista, vaan ainoastaan silloin, kun sille on tarvetta, ja sillä on hoidon suunnittelussa merkittävä osuus. Mainittakoon vielä, että kyseessä ei ole huumausaineiden käyttörikokset, jotka liittyvät retkahduksiin tai hallussapitoon. Enemmänkin kansallisesti on puhetta korvaushoitolaisten lääkkeiden myynnistä katukäyttöön hoidon aikana.

Keväällä 2013 kaavaketta olen työssäni käyttänyt kaavaketta kerran, koska epäily asiakkaan rikollisesta toiminnasta kasvoi ajan mittaan. Kävi ilmi, että asiakas teki korvaushoidon rinnalla laitonta Subutex-kauppaa. Asiakkaan hoidossa aloitettiin koeaika, jota asiakas ei ollut motivoitunut suorittamaan loppuun, vaan hoito päätettiin keskeyttämään.

Lähteet

- Carpentier, Chloe 2007: Huumeet ja rikollisuus – monimutkainen suhde. Tavoitteena huumeisiin liittyvän rikollisuuden määrittelyminen. Tiedote Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskukselta. Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto. Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Viittaus 11.9.2012, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_FI_Dif16FI.pdf.
- Kekki, Tuula 2005: Elämyksen hakua vai taloudellinen välttämättömyys? Huumeiden käyttäjien rikollinen toiminta poliisirekistereiden valossa. Julkaisusta Yhteiskuntapolitiikka 70 (2006): 6. Sivuilta 667–677. Viitattu 11.9.2012. <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/F31238D8-2F79-4DA8-B1EB-1ED9FDF0389B/0/056kekki.pdf>
- Kinnunen, A. 2008: Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumeaine-rikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Viitattu 27.3.2013. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23541/kriminaa.pdf?sequence=2>
- Kivivuori, J. & Lindenberg H. 2009: Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. 4. Luku. Potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä materiaali. 13§. Finlex. Viitattu 30.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P13>
- Partanen, A. 2013: Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapalvelut. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Viitattu 16.4.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/371-huumeiden-kayttajien-terveysneuvontapalvelut>
- Poliisilaki. Finlex. Viitattu 12.2.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950493#P41>
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin korvaushoito-ohje. 2012.
- Päihdehuoltolaki. Finlex. Viitattu 10.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Rikoslaki. 50. luku, 7§. 19.12.1889/39. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 27.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 17. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Tenhunen, A. 2012: Miehet möivät korvaushoidon lääkkeitään muille. Savon sanomat. 23.10.2012.
- THL-raportti 75/2012. 2012. Huumehoito. Teoksessa Varjua, V. & Tanhua, H. & Forsell, M. & Perälä, R.: Huumetilanne suomessa 2012, s. 69–77. Suomen yliopistopaino oy.
- THL-raportti 75/2012. 2012. Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa. Teoksessa Varjua, V. & Tanhua, H. & Forsell, M. & Perälä, R.: Huumetilanne Suomessa s. 111–139. Suomen yliopistopaino oy.

VKS 2006:1. Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Yleinen ohje syyttäjille. 2006. Valtakunnansyyttäjävirsto. Viitattu 27.2.2013. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnohjeet/Huumausainerikokset/VKS-20061Seuraamuksenmaaraaminenhuumausaineenkayttorikoksesta>

Liitteet

Liite 1 Korvaushoidon hoitosopimus

Liite 2 Suostumus poliisille tietojen luovuttamiseen

Liite 1

KORVAUSHOIDON HOITOSOPIMUS

Hoitosopimukseen sisältyy kirjallinen hoitosuunnitelma, joka tarkistetaan puolivuositain. Hoitoon kuuluu lääkehoito, psykososiaalinen kuntoutus ja jatkuva hoidon arviointi. Korvaushoidon aikana tehdään tarvittaessa lastensuojeluilmoitus viranomaisten toimesta, jos perheen lasten terveys tai kehitys on uhattuna.

Psykososiaalinen kuntoutus

Psykososiaalinen kuntoutus tapahtuu A-klinikalla, mielenterveystoimistossa, terveyskeskuksessa tai muussa sovitussa. Psykososiaalinen kuntoutus voi sisältää seuraavia asioita:

- Hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointi kyselylomakkeilla (EuropAsi- ja Pompidoukysely)
 - Omahaohjauksen keskustelut tai psykoterapia
 - Kuntouttava työtoiminta, työkokeilu, työharjoittelu tai opiskelu
 - Ryhmähoidot (esim. toiminta-, liikunta- ja erilaiset teemaryhmät, kannabis-, retkahduksenestoryhmät)
 - Kotikäynnit, pari- ja perhetapaamiset
 - Palveluohjaus (avustaminen erilaisten asioiden hoidossa)

Lääkehoito

- Lääkehoito tapahtuu korvaushoitopoliklinikalla
- Vastuu lääkehoidosta on hoitavalla lääkärillä ja vain hän voi tehdä muutoksia lääkkeiden annostuksiin
- Jokaisen potilaan hoito on yksilöllinen. Toisen potilaan hoidon erityispiirteet eivät merkitse yleistä oikeutta tai velvollisuutta samoihin asioihin

Korvaushoitolääkkeen jakaminen

- Korvaushoitolääkkeen otto tapahtuu valvotusti
- Lääkkeenjakoilanteessa ei saa olla ulkopuolisia henkilöitä läsnä. Potilaan lapsi voi olla läsnä, jos lääkkeenjakoilanteessa on kaksi hoitajaa.
- Puhelimen käyttö lääkkeenjakoilanteessa on kielletty

- Lääkkeenottoon täytyy tulla sovitulla ajalla, poikkeustilanteissa voidaan erikseen sopia uusi lääkkeenottoaika
- Omat tärkeät menot on ilmoitettava hyvissä ajoin, viimeistään edellisenä päivänä
- Toistuvista lääkkeenottoaikaan vaikuttavista menoista, täytyy tuoda kirjallinen todistus korvaushoidon henkilökunnalle
- Myöhästyminen ilmoittamatta korvauslääkkeenotosta yli 15 minuuttia johtaa päivän lääkkeen menettämiseen
- Lääkkeenoton jälkeen ei korvaushoitopaikan tiloihin saa jäädä tarpeettomasti

Huumeiden, alkoholin ja anabolisten steroidien oheiskäytön valvonta

- Huumeiden oheiskäyttö on kielletty korvaushoidon aikana.
- Valvotut virtsatestit on annettava säännöllisesti ja pyydettyessä
- Pistosjäljet tarkistetaan tarvittaessa
- Virtsanäytteistä ilmenevä oheiskäyttö aiheuttaa lääkannoksen puolittamisen
- Amfetamiinin kohdalla puolittaminen jatkuu, kunnes seula on puhdas
- Kannabispositiivinen näyte puolittaa annoksen vain yhdeksi päiväksi johtuen aineen pitkästä erittymisestä virtsaan. Viikon kuluttua lääkkeen puolittaminen voi jatkua, ellei seula puhdistu ja samalla menettää toisenkin kotilääkepäivän tai oikeus siirtyy toisen kuukauden kauemmaksi.
- Alkoholin suhteen on nollatoleranssi. Mikäli hengitysilmassa on alkoholia, siirtyy lääkkeenotto myöhempään ajankohtaan korvaushoitopaikan aukioloaikana tai päivän hoitoannos voi jäädä kokonaan saamatta
- Mikäli potilas vaikuttaa kahden henkilön arvioimana muutoin päihtyneeltä, voi hoitohenkilökunta evätä lääkkeen antamisen ko. päivältä
- Antamaton testi lasketaan positiiviseksi ellei samana päivänä saa annettua uutta puhdasta laboratoriolle sopivana aikana. Uusi testi vaaditaan kuitenkin seuraavana päivänä
- Liian niukan näytteen antajalta voidaan vaatia uusi näyte 2 tunnin kuluttua

Kotilääkeoikeus

- Kotilääkeoikeuden ja kahden päivän lääkannoksen kerrallaan antamisen myöntämistä arvioidaan, kun hoito on tasapainossa (ei merkittäviä vieroitusoireita, PKV- lääkkeiden käyttö asianmukaista, muu psykososiaalinen kuntoutuminen edistyy).

- Puolen vuoden rikkeettömän hoidon jälkeen potilas voi saada oikeuden kotilääkkeisiin.
- Viikoittaisten kotiannosten määrää lisätään pääsääntöisesti kuukausittain.
- Kahden päivän lääkeannos voidaan antaa myös kerrallaan.
- Kotilääkkeet luovutetaan henkilökohtaisesti kotilääkeoikeuden saaneelle potilaalle tai nimetylle hoitoprosessissa mukana olvalle tukihenkilölle.
- Kotiin luovutettuja lääkkeitä tulee säilyttää asianmukaisesti ja huolellisesti, mieluiten lukitussa paikassa.
- Mikäli korvaushoitolääkkeet katoavat, ei uusia lääkkeitä anneta tilalle.
- Kotilääkkeet voidaan tarvittaessa pyytää nähtäväksi hoitopaikkaan niiden jälleenmyynnin kontrolloimiseksi.
- Korvaushoitopotilailla - täytyy olla apteekkisopimus korvaushoidosta vastaavan lääkärin kanssa. Potilaat hakevat PKV -lääkkeensä apteekista apteekkisopimuksen mukaan. Hoidossa edistynyt potilas voi saada myös korvaushoitolääkkeet reseptillä apteekkisopimuksen nojalla kun koko viikon kotilääkeoikeus on ansaittu.

Kotilääke- ja kahden päivän liuotusoikeuden menettäminen ja hoidon uudelleen arviointi

Hoitopaikassa asioidessa potilailta edellytetään normien mukaista käyttäytymistä, joka ei häiritse muita potilaita tai hoitopaikan työrauhaa. Häiritsevä käytös, huutaminen, haukkuminen, ovien tai tavaroiden paiskominen voivat henkilökunnan harkinnan mukaan aiheuttaa sen päivän lääkeannoksen puolittamisen tai menettämisen. Jos päivän lääkeannos on jostain syystä jo menetetty, voi tämän jälkeinen häiriökäyttäytyminen johtaa seuraavan päivän lääkeannoksen puolittamiseen tai menettämiseen.

- Uhkailu, väkivaltainen käytös tai muu rikollinen toiminta johtavat välittömään hoidon lopettamiseen
- Hoidon uudelleen arviointiin johtavat sääntörikkomukset käsitellään korvaushoitopaikassa ja sääntörikkomus kirjataan sairauskertomukseen
- Kotilääke- ja kahden päivän liuotusoikeuden menettämiseen vaikuttavat mm. oheiskäyttö, sääntörikkomukset ja hoitosuunnitelman toteutumattomuus.
- Lääkkeen jemmaamisyritystä seuraa lääkkeen jauhaminen kuukauden ajaksi ja kotilääkeoikeuden siirtyminen kuukaudella eteenpäin

- Yksittäinen rikkomus siirtää kotilääkkeiden aloitusta kuukaudella tai vähentää viikossa kotiin annettavien lääkeannosten määrää yhdellä
- Jos potilas jättää yhden lääkkeenottokerran väliin, hän menettää kotilääkeoikeuden viikoksi.
- Rikkomuksen vakavuuden perusteella hoidon seuranta voidaan tihentää, edellyttää osastojaksoa, ryhtyä lääkityksen alasajoon tai lopettaa lääkitys kerralla.
- Jos tarkistettavaksi pyydettyjä kotilääkkeitä puuttuu, menetetään kotilääkeoikeus, kunnes toisin päätetään.
- Hoidon uudelleen arviointiin vaikuttavat: huumeiden oheiskäyttö, päihtyneenä lääkkeenottoon tuleminen, lääkevilppi, sovitulle tapaamiselle tulematta jättäminen (lääkkeenotto, omahoitajakeskustelut tai ryhmätapaaminen) ja hoitosopimuksen rikkominen
- Hoidon uudelleen arvioimisesta tai sen toteuttamisesta kieltäytyminen johtaa korvaushoidon lopettamiseen.

Sitoudun noudattamaan edellä olevaa hoitosopimusta ja annan luvan tietojen vaihtoon minua aikaisemmin hoitaneiden ja jatkossa minua hoitavien henkilöiden- ja eri yhteistyötahojen kanssa.

_____ / _____ 20 _____

Potilaan allekirjoitus

Korvaushoitopaikan puolesta

Hoitosopimuksia on allekirjoitettu kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi potilaalle ja yksi sairauskertomukseen.

Liite 2

Suostun siihen, että poliisiviranomainen voi luovuttaa minua koskevia tietoja poliisin rikosilmoitusjärjestelmästä Oulun kaupungin korvaushoitoa järjestävälle yksikölle korvaushoitoa toteuttamista varten.

Tietoja pyydetään ajanjaksolta ____ . ____ . 20____ - ____ . ____ . 20____

Korvaushoidon järjestäjä:

Palvelua järjestävä yksikkö:	
Yhteyshenkilön nimi:	
Yhteystiedot:	

Suostumuksen antaja täyttää

Pvm:	
Henkilötunnus:	
Omakätinen allekirjoitus:	
Nimenselvennys	

30 Kempeleen kunnan päihdepalveluiden kehittäminen

Heli Antikainen

Artikkeli kuvaa Kempeleen kunnan päihdepalvelujärjestelmää ja sen kehitystä viime vuosina. Kuntaliitokset ovat tuoneet myös muutoksia Kempeleen kunnan päihdepalveluihin. Nämä muutokset ovat käytännössä tarkoittaneet sitä, että Kempele ei enää ole voinut käyttää Oulun kaupungin päihdepalveluita, vaan on joutunut ostamaan palveluita muilta paikkakunnilta. Kempeleessä päihdepalveluita on pyritty viime vuosien aikana kehittämään ja asiakkaiden tarpeeseen vastaamaan mahdollisimman hyvin. Kirjoittaja tarkastelee palvelujärjestelmän kehittämistä uudessa tilanteessa sairaanhoitajan näkökulmasta.

Vuoden 2009 alusta Kempeleen kunnassa siirryttiin *sopimusohjausmalliin*, jossa kunnan ja palveluntuottajien välisillä palvelusopimuksilla ohjataan tuotannon laatua, määrää ja kustannuksia. Kunnan palvelut järjestetään asukaslähtöisesti siten, että hallinnolliset rajat eivät vaikeuta palveluiden käyttöä ja luontevaa asiointia. Kempeleen uusi toimintamalli on rakennettu niin, että se on yhteensopiva seudullisen ja tarvittaessa myös laajemman alueellisen palveluyhteistyön kanssa. Palveluorganisaation perusrakenne mahdollistaa myös palveluprosessien kokonaishallinnan.

Kehittämistyön pohjana toimii Seudullinen päihdepalvelut (SePä)-hankkeen tekemä Seudullista päihdepalvelusuunnitelma (2005–2006). Tässä hankkeessa olivat mukana Hailuoto, Ii, Haukipudas, Kempele, Kii-
minki, Liminka, Lumijoki, Muhos, Oulu, Oulunsalo, Tyrnävä, Yli-Ii ja Ylikii-
minki. SePä-hankkeen tavoitteena oli tehdä Oulun seudun kunnille selkeä
suunnitelma päihdepalveluiden järjestämisestä ja parantaa seudulla an-
nettavaa päihdehoidon laatua, saatavuutta ja kustannustehokkuutta. Tämä
tavoite ei kuitenkaan kaikilta osin toteutunut suunnitelman mukaisesti ja
yhtenä syynä tähän oli nykyiset kuntaliitokset ja niiden mukana tuomat hal-

linnolliset muutokset. (Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma, Oulun seutu, 2006.)

Kempeleen kunnassa päihdestrategiaa ei ole tehty

Päihdestrategia on osa kunnan hyvinvointistrategiaa. Sen tarkoituksena on olla päihdetyön palvelukäytäntöä ohjaava asiakirja sekä ohjata päätöksentekijöitä päihdepalvelujen organisoinnissa. Strategia on yleistasoinen asiakirja eikä siinä korosteta mitään erityistä ikäryhmää tai päihteidenkäyttäjär ryhmää. Strategiasta käy ilmi kunnan eri viranomaisille heidän osuutensa päihdehaittojen hoidossa ja strategiassa mallinnetaan päihdeasiakkaan kulku kunnan palveluverkostossa.

Kempeleen oman selkeä päihdestrategian puuttuminen voi todennäköisesti vaikuttaa nykyhetken päihdepalveluiden ja toimintamallien yhteensopimattomuuteen. SePä-hankkeen suunnitelmassa korostettiin, että jokainen kunta määrittelee oman päihdehoitomallin ja kirjaa sen omaan päihdestrategiaan. Näin ei kuitenkaan Kempeleessä ole toimittu. Yksi syy tähän on ollut, että aiemmin Kempele osti päihdepalvelut Oulun A-klinikalta ja sitä kautta asiakkaiden hoitoa suunniteltiin ja toteutettiin heidän ohjeiden mukaan. Kuitenkin viime vuosina kunta on joutunut järjestämään päihdeasiakkaiden arviointia ja hoitoa myös omalla paikkakunnalla, joten päihdepalvelut ovat vielä kehittämis- ja kokeiluvaiheessa. (Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma, Oulun seutu 2006, 5.)

THL:n (ent. Stakes) Kuntapalvelut julkaisee kunnille hyvinvoinnin edistämisen tukiaineistoa mm. päihdetyöhön. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa aineisto on erityisen ajankohtaista. Esimerkiksi laadukkaan päihdetyön ehkäisy ja hoito-aineistossa korostetaan, että päihdestrategiaan sisällytetään koko päihdetyö ehkäisystä hoitoon. Sen työstämisen ja päivittämisen avuksi on tuotettu useita laatuasiakirjoja. Esimerkiksi ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit, päihdepalvelujen laatusuositukset, terveyden edistämisen laatusuositukset sekä Käypä hoito -suositukset (Ehkäisy ja Hoito, Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus 2007, 5, 14).

Kempeleen kunnan organisaatioiden keskuudesta löytyy kuitenkin erillinen ehkäisevän päihdetyön strategia, joka kuuluu nuorisotoimen palvelustrategian alaisuuteen. Tässä mainitaan, että nuorisotyö sisältää päihdevalistusta sekä valistustapahtumien järjestämistä ja organisoimista. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään alakoululaisille tupakkavalistuksena sekä yläkoululaisille erilaisina alkoholi- ja huumevalistuksina. Lasten- ja nuortentaloilla keskustellaan päihteettömyydestä. Nuorisotaloilla kannustetaan nuoria tupakoimattomuuteen tukemalla ja keskustelemalla tupakattomasta vaihtoehdoisesta elämästä. Ala-aste ikäisten tupakointiin puutu-

taan heti. Nuorisotyöntekijät pyrkivät lasten päihdeiden käyttöön liittyvissä asioissa ottamaan välittömästi yhteyttä vanhempiin.

Kempeleen kunnan päihdetyö vuosina 2009-2012

Kempeleessä päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitoonohjauksessa vuoteen 2009–2010 ei ollut selkeää käytäntöä. *Hoitoonohjausmalli* oli lähinnä sellainen, että asiakkaat ohjautuivat sosiaalitoimistossa työskentelevän sosiaalityöntekijän juttusille terveyskeskuslääkärin kautta tai terveyskeskuksen vuodeosastolla tapahtuvan katkaisuhoidon jälkeen. Asiakkaat hakeutuivat myös omatoimisesti suoraan sosiaalitoimistoon, joskus jopa pienessä ”hiprakassa”. Päihdeongelmaisia asiakkaita ohjautui myös mielen-terveysneuvolaan itsenäisesti sekä eri viranomaisten lähettäminä.

Laitoshoitopaikkoina käytettiin aiempina vuosina kolmannen sektorin palvelun tuottajia. Näitä olivat Oulussa sijaitsevaa Kiviharjun ja Merimajakan päihdehoidon yksiköt sekä Kokkolassa oleva Ventuskartano ja Nivalan Karvoshovi. Päihdeasiakkaiden kohdalla tehtiin lähes viikoittain yhteistyötä sosiaalitoimiston ja mielen-terveysneuvolan henkilökunnan välillä. Esille nousi useasti se kuinka vaikeaa on yhden henkilön päättää mihin päihdeongelmainen ohjataan hoitoon ja minkälaista apua tarvitaan. Näissä tapauksissa päättävä henkilö oli kunnan sosiaalityöntekijä, jolla ei ollut työparia päihdeasiakkaiden hoitoonohjauksessa. Asiakkaat kävivät aiemmin päihdearvioinneissa ja hoidossa yksityisissä palveluyksiköissä ympäri Suomea. Järjestelmä oli hyvin sekava. Useat eri viranomaiset suunnittelivat, ohjasivat, arvioivat ja tekivät ns. päällekkäistä työtä. Asiakas määrät kasvoivat ja ongelmien vakavuusaste alkoi olla sitä luokkaa, että hoitoon ohjauksessa ja arvioinnissa tarvittiin jo moniammatillisen työryhmän osaamista.

Päihdepalveluiden kehittämisen aloittaminen

Kempeleessä kehitettiin vuonna 2011 yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen kanssa päihdetyötä ohjaava päihdeasiakkaiden hoitopolku. Tässä mallissa ei enää kuormiteta yhtä viranomaista, vaan päihdetyötä tekee kokonainen työryhmä. Myös päihdeongelmaisen asiakkaan hoitoa pyritään suunnittelemaan pidemmällä tähtäimellä tavoitteellisemmaksi ja kuntouttavaksi toiminnaksi.

Hoitopolun kehittämisen tarve lähti liikkeelle siitä, kun asiakkaita ohjattiin useisiin eri hoitoyksiköihin. Tällöin tiedon kulku viranomaisten välillä oli ajoittain hankalaa. Myös asiakkailta tuli palautetta, että heitä ”palloteltiin” paikasta toiseen. Kun päihdeasiakkaan hoitopolkua lähdettiin kehit-

tämään, niin samalla perustettiin sosiaali- ja terveystoimen viranomaisista koottu päihdetyöryhmä, joka käyttää nykyisin nimitystä *päihdetiimi*. Tämä tiimi muodostuu tällä hetkellä sosiaalityöntekijästä, psykiatrian erikoislääkäristä ja psykiatrisesta erikoissairaanhoidajasta. Tiimi kokoontuu noin 4 viikon välein, jolloin käsitellään uudet potilaslähetteet. Tiimin kautta potilaat ohjataan oikein kohdennettuihin arviointi-, hoito- ja kuntoutuspaikkoihin. Tällä toimintatavalla lähdetään rakentamaan jokaiselle potilaalle yksilöllistä hoitopolkua.

Sosiaalityöntekijän mukaan päihdetyö on muuttunut yksin tehtävästä työstä moniammatilliseksi tiimityöksi. Tämän on mahdollistanut päihdetiimin perustaminen. Muita hyviä muutoksia on ollut selkeämmin organisoitu päihdetyö. Lastensuojeluperheiden kohdalla on hyötyä ollut siitä, että päihdearviot ja hoito tapahtuvat paikkakunnan mielenterveysneuvolassa. Ajantasainen tiedonkulku viranomaisten välillä on asiakkaan edun mukaista. Laitoshoidossa yhteistyösopimus on tehty Järvenpään sosiaalisairaalan kanssa. Tämä sopimus on ollut voimassa vuodesta 2010. Asiakkaita on ollut helpompi ohjata ja neuvoa, kun on selkeät toimintatavat. Sosiaalityöntekijä on tiimityön avulla saanut enemmän työvälineitä omaan työhönsä ja asiakkaiden hoitoon ohjaukseen. Päihdetiimi on tehnyt selkeän ohjeistuksen siitä miten päihdeongelmaisen asiakkaan hoitopolku etenee. Tiimityön sisältöä kehitetään edelleen, joten toiminta jatkuu aktiivisena. Se on löytänyt paikkansa kunnan palvelujärjestelmässä. Laitospalvelut Järvenpään sosiaalisairaalan kanssa sisältää katkaisuhoidon, korvaushoidon aloituksen sekä kuntoutuksen. Päihdetiimin jäsenet kävivät opintokäynnillä keväällä 2012 Järvenpään sosiaalisairaalassa. Opintokäyntien ja päihdetyön täydennyskoulutuksilla päihdetiimi on pyrkinyt lisäämään asiantuntemustaan ja näin tietyiltä osin turvaamaan päihdeongelmaisen asiakkaan hoidon laatua.

Nykyinen päihdeongelmaisen asiakkaan hoitopolku on selkeä ja yksinkertainen. Asiakkaita ei enää ”pompotella” paikasta toiseen, vaan pyritään siihen, että hoidon arvio ja kuntouttava hoito tapahtuisi samassa paikassa. Kempele on pyrkinyt siihen, että käytetään vain muutamaa yksityisen sektorin palveluntuottajaa. Tämän lisäksi mielenterveysneuvolassa päihdeasiakkaiden hoito kuuluu yhden työntekijän vastuualueeseen. Päihdetyö on selkeytynyt sekä asiakkaiden että palvelujärjestelmän näkökulmasta. Päihdetiimi on saanut hyvää palautetta työstään. Paljon on vielä tehtävää ja kehitettävää. Motivaatio työn tekemiseen ei onneksi vielä ole loppunut, joten uskon, että Kempeleessä tullaan vielä uudistamaan ja kehittämään päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitoonohjausmallia.

Puhtaasti alkoholin käyttäjiä vieroitettiin terveystieteiden vuodeosastolla. Potilaat ohjautuvat katkaisujaksolle lääkärin vastaanoton kautta. Katkaisujakson jälkeen ennen kotiutusta osaston lääkäri ohjaa ja kertoo kunnassa toimivasta päihdetiimistä ja antaa potilaille tiimin yhteyshenki-

löiden yhteystiedot. Yhteydenotto jää tämän jälkeen potilaan omalle vastuulle. Ajoittain katkaisujaksolla olevat potilaat pyytävät henkistä tukea ja apua raittiina pysymiseen. Tarvittaessa osaston lääkäri on yhteydessä päihdetiimin sairaanhoitajaan. Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitaja pystyy hyvin satunnaisesti käymään potilaan luona vuodeosastolla, joka on hyvin harmillista. Kempeleen mielenterveysneuvolassa ei ole käytössä päivystystoimintaa. Päivystystoiminnalla pystyttäisiin mahdollisesti vastaamaan katkaisujaksolla olevien potilaiden avun tarpeeseen. Kaikki muut laitoshoidon vaativat päihdeongelmat ja riippuvuudet hoidetaan katkaisuhoidon ja kuntoutuksen osalta Järvenpään sosiaalisairaalassa. Järvenpään asiakkaat ohjautuvat eri tavalla kuin alkoholikatkaisupotilaat. Päihdetiimi on tehnyt ohjauksesta erillisen ohjeistuksen hoitohenkilökunnalle.

Korvaushoidon järjestäminen

Mäkinen ja Tuominen (2011) ovat tutkineet opiaattikorvaushoidon vaikutuksia. Keskeinen korvaushoidon hyöty on asiakkaan oman elämän hallinta. Korvaushoidolla on myös myönteisiä terveysvaikutuksia sillä somaattiset ja psykosomaattiset sairaudet tulevat hoidettua. Korvaushoidon myötä asiakkaiden taloudellinen tilanne kohenee. Tutkimuksessa hyötynä nähtiin myös laittomien huumeiden käytön loppuminen ja lääkehoidon jatkuminen pienellä annoksella, joka mahdollistaa lopullisen vieroittautumisen. Keskeinen osa korvaushoidon on kouluttautuminen ja työllistyminen, sillä korvaushoidon avulla kynnyksen palata työelämään madaltuu. Tärkeä osa-alue hoidossa on sosiaalisten suhteiden parantuminen ja uudelleen rakentaminen.

Tärkeäksi kehityskohteeksi tutkimuksessa nousi korvaushoidon sisällön kehittäminen. Tämä sisältää erilaisten hoitoväylien ja hoitoarvioinnin kehittämisen sekä arviointikriteerien yhdenmukaistamisen. Korvaushoidon toteuttavien yksiköiden yhteistyötä tulisi kehittää, samaten psykososiaalisen tuen määrää ja laatua itse hoidossa. Korvaushoitoon pyrkivät asiakkaat sekä jo korvaushoidon piirissä olevia asiakkaita on Kempeleessä ollut ja hoidettu vuodesta 2007 lähtien. Aiemmin korvaushoitoon pyrkivät asiakkaat arvioitiin hyvin lyhyellä aikataululla. Tästä johtuen esimerkiksi hoitoon sitoutuvuutta ei pystytty arvioimaan ja korvaushoidot asiakkailla ns. epäonnistuivat. PPSHP:n korvaushoidon ohjeistuksessa mainitaan, että sitoutumista avohoitoon suositellaan jo ennen korvaushoidon aloittamista, jotta esimerkiksi tulevankorvaushoidon merkitystä ja sitovuutta voidaan työstää sekä arvioida ja seurata asiakkaan kuntoa.

Asiakkaat ovat ohjautuneet korvaushoidon arviointeihin pääasiassa ottamalla itsenäisesti yhteyttä mielenterveysneuvolaan. Asiakkaita on harvem-

min ohjautunut lääkärin läheteellä. Aiemmin korvaushoitoon pyrkivien asiakkaiden arvioinnit kestivät noin 2–3 kk. Nykyään arvioinnit kestävät vähintään 5–6 kuukautta. Arviointeihin nykyisellään kuuluu haastattelujen lisäksi säännölliset huumeeseulat. Arviointien jälkeen varataan mielen-terveysneuvolaan lääkäriaika, jossa psykiatri tekee kartoituksen potilaan tilanteesta ja päättää jatketaanko hoitoon sitoutuvuutta mielen-terveysneuvolan sairaanhoitajan käyntien muodossa vai laittaako psykiatri lähetteen korvaushoidon aloitukseen. Aiemmin korvaushoidon aloitukset on tehty OYS:n psykiatrian osastolla 78, mutta nykyään muutamia asiakkaita on ohjattu Järvenpään sosiaalisairaalaan, jossa korvaushoito on aloitettu kolmen viikon hoitojakson aikana.

Arvioinnit ovat aiemmin olleet lähinnä esitietojen keräämistä ja päih- teiden käytön historian kartoitusta. Viime vuosien aikana on muutoksia py- ritty tekemään ja löytämään yhteneväisiä käytäntöjä työntekijöiden kesken. Arvioinnin runkona käytetään Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Oulun yliopistollisen sairaalan, psykiatrian tulosalueen laatimaa korvaus- hoito-ohjetta, sekä muita päihderiippuvuuden arvioinnissa hyödynnettä- viä välineitä. Käytäntönä on ollut, että korvaushoitoverkostoja on pidetty pääsääntöisesti 3–4 kk välein. Kempele on ostanut konsultoivan päihde- lääketieteen erikoislääkärin palveluita, jotka on liitetty pääasiassa verkos- topalavereiden yhteyteen. Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma ohjeis- taa opiaattikorvaushoidon toteutuksen kuuluvan peruspalveluiden piiriin. Kunnat huolehtivat tarvittavista järjestelyistä omiin palveluihin, esim. henkilökunnan koulutuksesta, asianmukaisista tiloista, aikaresursseista ja muista tarpeellisista järjestelyistä (Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma, Oulun seutu, 2006, 30). Kempele on kehittänyt tätä asiaa ja korvaushoito- asiakkaiden hoitojärjestelmä toimii hyvin.

Mielen-terveysneuvolassa on aiemmin korvaushoitoon pyrkivien asiak- kaiden arviointeja tehnyt lähes kaikki ammattiryhmät. Nykyisin pyritään siihen, että kaikki päihdeasiakkaat ohjautuvat yhdelle työntekijälle ja tässä tapauksessa kyseinen työntekijä on mielen-terveysneuvolan ja päihdetiimin psykiatrinen sairaanhoitaja. Järjestely toimi jonkin aikaa hyvin, mutta asiakasmäärien kasvaessa olemme ohjanneet päihdeasiakkaita arviointei- hin myös muille mielen-terveysneuvolan työntekijöille. Päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitoon ei erityisemmin ole ollut halukkaita työntekijöitä, joten haastetta on päihdetyöhön tuonut henkilökunnan motivoiminen.

Päihdetyön moniammatillisen erikoistumisopintojen antamaa sisältöä olen pystynyt hyödyntämään nykyisessä työssäni erittäin paljon. Koulutuk- sen avulla olen pystynyt jakamaan eri toimijoille tietoa päihdeistä ja niiden vaikutuksista sekä antamaan välineitä päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Sosiaalityöntekijän haastattelussa tuli esille, että huumeiden käyttäjiä on tullut viime aikoina yhä enemmän hoidon piiriin. Asiakkaat itse ovat uskal- tautuneet puhumaan omasta huumeiden käytöstään ja vastaavasti viran-

omaiset ovat alkaneet yhä enemmän velvoittamaan asiakkaitaan käymään huumeeseuloissa. Seulojen avulla on saatu useasti selville asiakkaiden päihdeiden ja/tai lääkkeiden väärinkäyttöä. Kempeleessä päihdeasiakkaiden arviointiin sisältyy mm. huumeeseulassa käynnit. Näihin seuloihin asiakkaat ovat pääsääntöisesti suostuneet, mutta poikkeus tapauksiakin löytyy.

Päihdeasiakkaiden määrän lisääntyminen työllistää yhä enemmän mielenterveysneuvolan henkilökuntaa ja hoitojonot ovat pidentyneet. Henkilökuntaa ei ole lisätty, joten työ on yhä haastavammaksi ja aiheuttaa työntekijöille lisäpainetta.

Näkökulmia Kempeleen päihdepalvelujen kehittämistarpeisiin

Mielestäni ensisijaisena kehittämisen tarpeena on Kempeleen kunnan laatima korjaavan päihdetyön strategia, joka tietyiltä osin on jo olemassa, mutta sitä ei ole kirjattu kunnan strategioihin. Paikallisen päihdetyön perusta on kaikkien keskeisten toimijoiden yhdessä valmisteleva päihdestrategia, johon on kirjattu päihdetyön tavoitteet, sisältö, vastuu, resurssit ja seuranta. Kunnanvaltuusto tai -hallitus voi käsitellä päihdestrategian joko erillisenä asiakirjana tai osana laajempaa hyvinvointiohjelmaa. On tärkeää sovittaa se yhteen muiden keskeisten strategioiden tai ohjelmien kanssa (Stakes, 2007, s. 14).

Stakesin kuntapalveluiden (2007) julkaisemassa aineistossa todetaan, että kunnissa ei ole tarpeeksi varattu resursseja ehkäisevään päihdetyöhön. Hyvänä esimerkkinä tästä on Kempeleen kunnan yksi ainoa nuorisotyöntekijä, joka toimii nuorisotyön ohella myös raittiussihteerin työtehtävissä. Mahdollisesti tämä on yksi selittävä tekijä, minkä vuoksi ennalta ehkäisevää päihdetyötä Kempeleessä tehdään pienessä mittakaavassa.

Päihdetyön erikoistumiskoulutukseni aikana on minulle tullut kunnan eri organisaatioista konsultaatio- ja koulutuspyyntöjä. Nämä ovat liittyneet päihdeasiakkaan kohtaamiseen, päihdeongelmien hoitoon ja hoidon ohjaukseen sekä päihdeisiin liittyvän tiedon puutteeseen. Yksi organisaatioista on ollut nuorisotoimi, jossa olen käynyt konsultoimassa sekä ohjaamassa kunnan ja seurakunnan nuorisotyöntekijöitä. Koulutustilaisuuksien aiheet valitsi henkilökunta. Aiheita olivat mm:

- ”Päihdeasiakkaan jatkopolku Kempeleessä”
- ”Uhkaavan päihdeasiakkaan kohtaaminen”
- ”Kuinka tunnistaa päihdeitä käyttävä nuori ja mistä/ miten apua voi nuorelle saada?”

Toinen organisaatio, joka myös pyysi apua lisääntyneeseen päihdeasiakkaiden määrän hallintaan oli vanhustyön yksikkö. Valitettavaa on, että vanhus-

ten alkoholin käyttö on lisääntynyt viime vuosien aikana todella runsaasti.

Kävin muutamia kertoja kouluttamassa suurehkoa määrää vanhustyön ammattilaisia. Koulutuksen aiheet ja tarpeet tulivat henkilökunnalta itseltään. Aiheina oli mm:

- ”Päihteitä käyttävän asiakkaan kohtaaminen asiakkaan kotona”.
- ”Missä menee rajat hoidossa”.
- ”Tuetaanko asiakkaan juomista huolehtimalla juomisympäristön siisteydestä mm. miten eritteiden siivoukset ulosteet oksennukset, tuleeko niistä mahdollista erityiskorvausta, koska itseaiheutetusta sotkemisesta on kysymys”.
- ”Hoitohenkilökunnan ilmoitus velvollisuus omaisille?”
- ”Asiakkaan sitoutuminen päihdehoitoon, onko virallisia kaavakeita?”
- ”Miten toimitaan asiakkaan rikkoessa sopimusta? Itsemäärämis-oikeus?”
- ”Lakipykälät”

Koin tämän tapaisen kunnan sisällä tapahtuvan tiedon jakamisen ennaltaehkäisevänä päihdetyönä ja sain todella hyvää palautetta koulutuksien sisällöstä. Kunnan työntekijät kokivat saaneensa arvokasta lisätieto päihteistä ja siitä miten päihteistä voi keskustella syyllistämättä päihteiden käyttäjää.

Korvaushoitoasiakkaiden hoitoon liittyvissä asioissa olimme mielen-terveysneuvolan psykiatrin kanssa pitäneet yhteistyöpalaverin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kanssa. Tässä tapauksessa yhteistyön kehittämisen tarve tuli terveyskeskuksen henkilökunnalta, joka koki ongelmien lisääntyneet nimenomaan korvaushoitoasiakkaiden parissa. Näen tällaisella konsultaatiotyyppisellä yhteistyöllä olevan hyvin paljon tarvetta, sillä useat ongelmat johtuvat työntekijöiden negatiivisista asenteista päihdeasiakkaita kohtaan. Edellä mainitun yhteistyöpalaverin anti oli hyvä ja hoitohenkilökunta koki, että yhteistyötä on hyvä jatkaa ja mieltä askarruttavista asioista keskustella avoimesti. Kunta- ja palvelurakennemuutos avaa uusia mahdollisuuksia lähikuntien kesken. Esimerkiksi usean kunnan yhteisen ehkäisevän päihdetyön koordinaattorin palkkaamisesta kunnat tulisivat hyötymään hyvin paljon.

Toisena kehittämisen alueena näen resurssien yhdistämisen paikkakunnalla. Hyvänä esimerkkinä on ”Oulun mallin” ideointi liittyen masennuspotilaiden hoitoon. Oulun hyvinvointipalvelut palkittiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin haastekilpailussa, jossa etsittiin masennuspotilaiden hoidon hyviä käytäntöjä ja kehittämissuunnitelmia. Hyvinvointipalvelut nousi jaetulle ykkössijalle Oulun mallilla eli kokonaisuudella, jossa psykiatriset sairaanhoitajat toimivat ennaltaehkäisevässä työssä terveysasemilla ja opiskelijoiden ja koululaisten parissa. Eri tahojen yhteistyön tuloksena syntyi masennuksen hoidon Oulun malli, jossa 16 psy-

kiatrasta sairaanhoitajaa toimii terveysasemilla, opiskelijaterveysasemalla, kouluterveydenhuollossa, perhepalveluissa ja nuorten palveluissa Byströmin talolla Oulussa. Psykiatriset sairaanhoitajat tarjoavat kahdenkeskistä keskusteluapua, ohjaavat erilaisia ryhmiä ja työskentelevät koululuokkien kanssa.

Mielestäni tällaista toimintatapaa voisi hyödyntää myös päihdetyön saralla, eikä pelkästään masennuksen ennaltaehkäisyssä. Näkisin tällaisella kehitystyöllä mahdollisuutta rakentaa Kempeleeseen matalan kynnyksen hoitopaikka. Tänne asiakkaat voisivat tulla päivittäin ajanvarauksella ja päivystys käyntinä ilman ajanvarausta. Tällaisen matalan kynnyksen hoitopaikan ylläpitäminen ei välttämättä vaatisi erityistyöntekijöiden resurssointia, vaan se pystyisi toimimaan esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien voimin, joilla olisi päihdetyön erikoistumisopinnot suoritettuna ja työkokemusta päihdepotilaiden hoidosta. Matalan kynnyksen hoitopaikalla pystyttäisiin lyhentämään päihdeasiakkaiden hoitonoja, ohjaamaan kunnan eri yksiköistä asiakkaat joustavammin hoidon piiriin sekä tukemaan ja kannattelemaan asiakkaita, jotka odottavat laitospaikan vapautumista. Matalan kynnyksen hoitopaikassa nimenomaan motivoivan haastattelun työtavalla on suuri merkitys päihdeasiakkaan jatkohoitoa ajatellen.

on kuvattu raskaana olevan päihdeäidin hoitopolkua ja -prosessi. Tämän asiakasryhmän hoitopolun kehittäminen on juuri nyt Kempeleen kunnassa työn alla ja olemme perustaneet työryhmän, jonka tehtävänä on suunnitella raskaana oleville päihdeäideille toimiva hoitopolku.

Seudullisessa päihdepalvelusuunnitelmassa esitettiin, että perustettaisiin seudullinen yhteistyöverkosto kuntien nimeämien päihdetyön vastuuhenkilöiden ja päihdehoitajien kesken. Tämä ehdotelma ei valitettavasti ole toteutunut. Kolmantena muutosehdotuksena oli, että muodostettaisiin seudullinen ehkäisevän päihdetyön yhteistyöverkosto, johon nimetään seudullinen ehkäisevän päihdetyön koordinaattori. Neljäntenä ehdotuksena oli Oulun seudun päihde-erityishoitoon ohjattujen asiakkaiden arviointi ja hoitopaikan määrittely. Näiden asiakkaiden hoito keskitettäisiin A-klinikalle ja Redi 64:ään. Viidentenä ehdotuksena oli, että Oulun seudulla opiaattikorvaushoidon toteuttaminen yhtenäistetään siten, että opiaattikorvaushoidon tarpeen arviointi tapahtuu yhdessä yksikössä (Redi 64 ja A-klinikka). Hoidon aloittaminen ja lopettaminen tapahtuu Kiviharjun kuntoutumisklinikan yksikössä. Lääkehoidon toteutuminen tapahtuu perusterveydenhuollon yksikössä terveyskeskuksissa. Opiaattikorvaushoidon pelisäännöt sovitaan yhteneväisiksi koko seudulla. Tarkoituksena oli, että Kiviharju määrittelee kuntiin ohjeet mm. hoidon keskeyttämiskäytännöistä käypähoitosuosituksen mukaisesti. Kuitenkin kunnat ovat hyvinkin pitkälti itse soveltaneet Oulun kaupungin ja PPSHP:n ohjeistuksia. Edelleen on kuntia, joissa ei ole juuri minkäänlaisia opiaattikorvaushoito-ohjeistuksia (Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma, Oulun seutu, 2006,42). Osa SePä-hankkeen kehittä-

misehdotuksista on selkeästi otettu kehittämistyön alle ja osaa ehdotuksista on jouduttu muokkaamaan tai mahdollisesti hautaamaan kuntaliitosten myötä.

Lähteet

- Mäkinen, Karoliina & Tuominen, Pirita 2011: Opiattikorvaushoidon hyödyt ja kehittämismahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmasta. Laurea-ammattikorkeakoulu. Porvoo.
- Niskala, Aila 2011: Päihdepolitiikka ja lainsäädäntö. Päihdetyön moniammatilliset erikoistumisopinnot materiaalia v. 2011–2013.
- Seudullinen päihdepalvelusuunnitelma. Oulun seutu 2006. Asiakirja.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 2007. Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Helsinki.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistollinen sairaala, psykiatrian tulosyksikkö. Korvaushoito-ohje 2011. http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27549_opioidiohje1.pdf viitattu 13.5.2013
- Kempeleen nuorisotoimen toimintasuunnitelma 2013. <http://www.kempele.fi/media/files/docs/nuoriso/toimintasuunnitelma-2013.pdf> viitattu 13.5.2013
- Oulun kaupungin terveystalvelut. Ehkäisevän mielenterveystyön Oulun-malli 2012. http://www.ouka.fi/oulu/terveystalvelut/ajankohtaista/-/asset_publisher/2fVr/content/id/320990 viitattu 13.5.2013
- Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> viitattu 13.5.2013

31 Päihde- ja mielenterveysongelmaisten tukiasuminen ja asumispalvelut Kuusamossa

Hanna Jormakka-Keränen

Artikkeli tarkastelee Kuusamon päihde- ja mielenterveysongelmaisille tarjottua tukiasumista ja asumispalveluita. Päihdeongelmaisten tukiasumistoimintaa suunniteltaessa, koko toiminnan lähtökohtana pitäisi olla ajatus siitä, että päihdeongelmaiselle ei tarjota pelkästään asumismahdollisuutta vaan tavoitteena olisi myös tarvittavan ja riittävän tuen suunnitteleminen ja antaminen asiakkaalle. Yksinkertaisuudessaan tukiasumisen tarkoituksena tulisi olla, että tarvittava tuki mahdollistaisi itsenäisen selviytymisen ja elämänhallinnan lisääntymisen. Tämä haastaa kehittämään uusia tukiasumisen muotoja kuten esim. sosiaalisen isännöinnin. Kuusamossa on suhteellisen pitkät juuret tukiasumisen tiimoilta ja erityisesti mielenterveyskuntoutujien kuntoutuspolkuja on kehitetty vuosien varrella.

Elämänhallinnan puutteet ja sosiaalinen syrjäytyminen ovat nyky-yhteiskuntamme sosiaalisia ongelmia. Yhtenä tyypillisenä tämän ajan ongelmana voimme nähdä päihde- ja mielenterveysongelmat. Päihde- ja mielenterveysongelmat voivat olla pitkässä juoksussa asunnottomuuden, taloudellisten vaikeuksien ja monien muiden sosiaalisten ongelmien taustalla. Toisaalta elämänhallinnan puutteet voivat johtaa eristäytymiseen ja syrjäytymiseen. Elämänhallinnan määrittelemisessä on kyse jokaisen henkilökohtaisista arviosta omasta elämänhallinnasta. Elämä koetaan hallinnassa olevaksi, vaikka se toisten silmissä ei sitä ehkä olisikaan.

Asuminen kuuluu keskeisiin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin ja on yksi hyvinvoinnin peruspilari. Asuminen mahdollistaa myös muiden yksilön hyvinvointiin kuuluvien asioiden, kuten työn, opiskelun, perhe-elämän ja vapaa-ajan, toimivuuden. Itse asiassa asuminen on lähes perusedellytys muulle elämiselle. Jos asumiseen liittyy ongelmia tai uhkana on asunnot-

tomaksi joutuminen, saattaa yksilön koko perusturvallisuus järkkyy. Siksi onkin tärkeää, että on löydettävissä keinoja ja menetelmiä, joiden avulla asumisongelmia voidaan helpottaa ja poistaa. Monet ihmiset tarvitsevat mitä erilaisimmista syistä ainakin jossakin elämänsä vaiheessa erityisratkaisuja ja tukea asumiseensa. (Väisänen 2011, 11.)

Kuusamon kaupungin tukiasumisen olennainen yhteistyökumppani on Kiinteistö Oy Kuusamon Vuokratalot. Yhtiö on muodostettu fuusioimalla Kiinteistö Oy Kuusamon Vatro, - Apajatie, - Nilontupa, Kuusamon Opiskelija-asunnot Oy, Kiinteistö Oy Kuusamon Myllylä. Fuusioituminen tapahtui 1992. Vuonna 1995 kaupungin omistukseen oli ostettu vähemmistöosakkaiden osakkeet ja yhtiöön sulautettiin vielä Kiinteistö Oy Kuusamon kartano ja Kiinteistö Oy Rukavatro.

Tällä hetkellä Kiinteistö Oy Kuusamon Vuokratalojen omistuksessa on 991 rivi- ja kerrostalohuoneistoa. Kiinteistö Oy Kuusamon Vuokratalot on osakeyhtiö, jonka koko osakekannan omistaa Kuusamon kaupunki. Vuokratalojen hallinto määräytyy osakeyhtiölain mukaan. Ylimpänä päättävänä elimenä on yhtiökokous. Käytännön asioiden päätöksenteko kuuluu yhtiön hallitukselle, jonka ohjeiden mukaisesti toimitusjohtaja (isännöitsijä) hoitaa ns. juoksevat asiat. Laajakantoisista asioista päättää hallitus. Taloyhtiön hallituksessa on viisi jäsentä, joista kolme tulee omistajan ja kaksi asukkaiden nimeämistä ehdokkaista. Valinnat tekee yhtiökokous.

Artikkeli perustuu eläkkeellä olevan entisen Kuusamon raittiusseuran työntekijän Kirsti Karvosen haastatteluun. Karvonen on ollut aikanaan laittamassa alulle tukiasumista päihdeongelmaisten parissa Kuusamossa. Lisäksi on haastateltu Kuusamon kaupungin tytäryhtiön Kuusamon Vuokratalot Oy:n toimitusjohtaja, isännöitsijä Osmo Törmänen sekä asumispäällikkö Jukka Matelan. Kuusamon vuokratalot tekevät yhteistyötä Kuusamon kaupungin perusturvan kanssa, asumisongelmista kärsivien asukkaiden kohdalla.

Huono-osaisuus ja asunnottomuus

Granfeltin 1998 mukaan asunnottomuus voidaan määritellä suhteelliseksi tai absoluuttiseksi. Suhteellisesti asunnottomia ovat erilaiset hoito- ja turvakodeissa, laitoksissa sekä tuttavien luona asuvat. Suhteellisesti asunnottomilla voi olla asunto, mutta he eivät voi palata sinne esimerkiksi perheväkivallan uhan vuoksi. Absoluuttinen asunnottomuus käsittää metsissä, kaduilla, rappukäytävissä ja yömajoissa oleskelevat henkilöt. Absoluuttisesti asunnottomilla ei ole asunto.

Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat asunnottomuuden riskiryhmää. Jo pelkkä päihteiden käyttö altistaa hallitsemattomaan elämäntilanteeseen

sekä kyvyttömyyteen pitää huolta itsestään ja asioistaan. Päihteiden käyttöön liittyy usein myös erilaisia mielenterveysongelmia, impulsiivisuutta, henkilökohtaisia menetyksiä ja välinpitämättömyyttä suhteessa itseensä ja omiin asioihin. (Manninen & Tuori 2005, 10.)

Suomessa syrjäytyminen on ymmärretty sosiaalisesti huono-osaisuudeksi. Syrjäytymiskäsitteellä on haluttu korostaa ilmiön moniulotteisuutta, prosessimaisuutta ja usein myös kasautuvuutta vaikka käytännössä käsite usein ilmaisee vain prosessin lopputulosta, hetkeä, jolloin on jouduttu reunalle joko sysätyinä tai oman toiminnan kautta. (Vuokkila-Oikkonen & Mantela 2010, 4.)

Monet tutkijat ovat kuitenkin samaa mieltä siitä, että syrjäytyminen on tapahtumien ketju ja siihen liittyy kasautuvan huono-osaisuus. Erityisesti köyhyys ja pienituloisuus sysäävät liikkeelle prosessin, jonka myötä ihmiset ajautuvat huono-osaisuuden kierteeseen. Huono-osaisuuden kierteeseen ajautuneet yksilöt muodostavat ryhmiä, kuten pitkäaikais- ja toistuvasti työttömät, vammaisia ja vajaakuntoisia, päihdeongelmaisia, väkivaltaa kokeneita, prostituoituja, ylivelkaantuneita, asunnottomia tai rikoksen tekijöitä. Alueellisia syrjäytymisen uhkia liitetään taantuviin maaseutupaikkakuntiin tai kasaantuneiden sosiaalisten ongelmien kaupunginosiin. Syrjäytymisriskit liitetään määrättyihin ryhmiin, joihin yhteiskunnallinen huoli ja toimenpiteet kohdistuvat. (Juhila 2006, 52–54, 55–57.)

Päihteiden käyttö aiheuttaa psyykkistä pahoinvointia ja psyykkinen pahoinvointi taas altistaa liialliselle päihteiden käytölle. Toisinaan mielen-terveys- ja päihdeongelmaa on vaikea erottaa toisistaan, sillä voi olla vaikea määritellä ensisijasta ongelmaa. (Seinä 2010, 16.)

Päihteiden ongelmakäytön tunnusmerkillinen piirre on se, että päihteiden käyttö on edennyt asteelle, jossa päihteet hallitsee käyttäjänsä. Viime kädessä tämä voi tarkoittaa perhesiteiden katkeamista, työttömyyttä, velkaantumista, asunnottomuutta, yrityksiä hallita päihteiden käyttöä ja retkahtamista, sekä niin fyysisiä kuin psyykkisiä sairauksia. (Manninen & Tuori 2005, 10.)

Mielenterveydellä on vaikutusta moniin asioihin, se vaikuttaa sekä yksilöiden, yhteisöjen että koko yhteiskunnan sosiaaliseen, inhimilliseen ja taloudelliseen pääomaan. Mielenterveys mahdollistaa toimintakykymme ja sen vahvistamisen. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat koko elämän alueella ja voivat aiheuttaa vajaakuntoisuutta. Vakavimmillaan ne voivat sulkea ihmisen sosiaalisen yhteisön ulkopuolelle. Mielenterveys ei kuitenkaan ole muuttumaton tila, vaan se voi vaihdella elämäntilanteen ja kokemusten mukaan. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten yksilölliset-, sosiaaliset-, vuorovaikutukselliset- ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuurilliset arvot ja se kuinka mielenterveyteen suhtaudutaan. Mielenterveyden voidaan kuvata heijastavan yksilön ja ympäristön välistä tasapainoa. (Seinä 2010, 16.)

Kuusamon päihde- ja mielenterveyspalvelut

Kuusamossa toimii päihdeyksikkö, joka toteuttaa a-klinikka tyyppistä toimintaa, asiakkaat hakeutuvat avohoidon asiakkuuteen itse, läheisten tai eri viranomaisstahojen tukemana. Päihdetyön tavoitteena on ennaltaehkäisevästi lisätä päihdetietoutta sekä varhaista puuttumista.

Päihdeyksikkö toteuttaa yksilöiden psykososiaalisen terveyden edistämistä tarjoamalla avohoitoa päihde- ja eri riippuvuuksista kärsiville, tukea tarjotaan myös riippuvuuksista kärsivien läheisille ja omaisille. Tarvittaessa järjestetään kuntouttavaa laitoshoidtoa. Palvelua tarjotaan sekä yksilöllisesti että moniammatillisen työryhmän tuella. 2012 Kuusamon päihdeyksikköissä asiakkaita on tilastoitu olevan 223, asiakaskäyntejä 1165, joista kotikäynteinä on toteutettu 126, puhelinkontakteja oli tilastoitu 308 ja muita kontakteja 43. Laitoskuntoutuksessa käyneitä asiakkaita oli 10. Päihdetyössä työskenteli 2012; 1 sairaanhoitaja, 1 sosionomi, 1/2 asumisenohjaaja. Lääkäri vastaanottoja oli 2 kertaa kuukaudessa puoli päivää. (Päihdetyön tulokortti 2012.)

Katkaisuhoidon mallinnus tehtiin 2010 ja katkaisuhoidon toteutetaan terveyskeskuksessa pääosin psykiatrisella osastolla, vaativaa somaattista hoitoa tarvitsevassa tilanteessa, katkaisuhoidon aloitetaan sisätautiosastolla, josta voimien mukaan tapahtuu siirtyminen psykiatriselle osastolle. Päihdeyksikön työntekijät käyvät tapaamassa asiakasta katkaisuhoidon aikana, jolloin aloitetaan jatkohoidon suunnittelu. Kuusamon kaupunki ostaa laitoshoidon palvelut Järvenpään sosiaalisairaaltal ostopalvelusopimuksella.

Päihdetyö- ja mielenterveystyö yhdistyi 2010. Toiminta- ajatuksena on ollut, että Koillismaalaiset saavat vaikuttavaa ja riittävän hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä palvelua mielenterveys- ja päihdeongelmista selviytymiseen. Psykiatrisen osaston tehtävänä on tarjota vapaaehtoisuuteen perustuvaa psykiatrista hoitoa ja kuntoutumisen mahdollisuuksia silloin kun avohoidon tukitoimet ja hoito on riittämätöntä. Mielenterveyspoliklinikka vastaa avohoidon mielenterveyshäiriöiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeeseen.

Työskentelyn arvopohjaksi on määritelty perhe- ja verkostokeskeisyys, tasa- arvoisuus, yksilöllisyys ja ammatillisuus. Osastolla on 12 hoitopaikkaa, joista 8 on akuuttipaikkaa. 2012 asiakkaita osastolla on ollut 117, keskimääräinen hoitoaika on ollut 11 vuorokautta ja hoitopäiviä 162. Osaston kuormitus ollut 97 prosenttia (Tulokortti; mielenterveystyö 2012.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut

Kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana so-

siaalihuoltolaki siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään (mielenterveyslaki 3§). Mielenterveyslain 5 § mukaan mielisairautta tai muuta mielen-terveyshäiriötä potevalle henkilölle on järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty. Asumis- palvelujen järjestämisvelvollisuudesta säädetään tarkemmin sosiaalihuolto- ta koskevassa lainsäädännössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 14.)

Lainsäädännössä asumispalvelut on luokiteltu sosiaalipalveluiksi, joi- den järjestämisestä kunnan on huolehdittava (sosiaalihuoltolain 17 §). Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä (so- siaalihuoltolaki 22 §). Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisen järjestämisessä (so- siaalihuoltolaki 23 §). Asumispalveluja järjestetään palveluasunnoissa ja tukiasunnoissa, joissa henkilön itsenäistä asumista tai siirtymistä itsenäi- seen asumiseen tuetaan sosiaalityöllä ja muilla sosiaalipalveluilla (sosiaali- huoltoasetus 10 §). (Mt., 15.)

Mielenterveyskuntoutujien asumista ja palvelujen kokonaisuutta koske- vien suositusten lähtökohtia ja tavoitteita voidaan kuvailla niin, että hyvin hoidetut asumispalvelut parantavat kuntoutujien elämänlaatua ja vähen- tävät erikoissairaanhoidon kustannuksia. Ensisijaisena tavoitteena turva- taan asumisen pysyvyys asiakkaan omassa kodissa tai paluu omaan kotiin hoitajaksojen jälkeen. Pitkäaikaisessa asumisessa laadun on vastattava ylei- siä standardeja. Omissa asunnoissa tai palveluasunnoissa asuville kuntou- tujille tulee turvata riittävä ja tarkoituksenmukaiset palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18.)

Tuetussa asumisessa kuntoutuja tarvitsee tukea ja ohjausta kyetäkseen asumaan itsenäisesti kotonaan tai tukiasunnossa. Kuntoutuja asuu lähtö- kohtaisesti omassa kodissaan; vuokra-, omistus tai muussa vastaavassa asunnossa. Jos hänellä ei ole tarkoituksenmukaista asuntoa, autetaan häntä asunnon hankkimisessa. Tarvittaessa hänelle järjestetään tukiasunto, josta siirrytään itsenäisempään asumiseen sitten, kun kuntoutuminen on edis- tynyt niin, että se on mahdollista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 19.)

Tukiasuntoon liittyy tiivis kuntoutus, jonka tavoitteena on auttaa kun- toutujaa toimimaan normaalielämässä mahdollisimman itsenäisesti sekä rakentaen yhteys tulevan asuinalueen paikallisiin palveluihin. Tuettu asu- minen käsittää säännöllistä, kuntoutussuunnitelmaan perustuvaa mielen- terveyskuntoutusta, jota annetaan pääosin muualla kuin kuntoutujan asunnossa. kuntoutujaa tuetaan harjoittelemaan päivittäisiä toimintoja, käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja sekä löytämään mahdollisia virik- keellisiä vapaa-ajan palveluja. Myös kuntoutujan maisia ja läheisiä tuetaan ja ohjataan. Tavoitteena on liittää turvattuun asumiseen toimiva palvelu- verkosto. (Mt., 19.)

Palveluasumisessa mielenterveyskuntoutuja tarvitsee tiivistä ja pitkäjänteistä kuntoutus sekä omatoimisuuden ja asumisen harjoittelua. Palveluasuminen on yhteisöllistä asumista ryhmäasunnoissa. Henkilökuntaa on paikalla päivisin ja puhelinpäivystys toimii ympärivuorokautisesti. Toiminnan painopiste on monipuolinen kuntoutus ja asiakkaan toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden vahvistaminen. Kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua päivätoimintaan. Palveluasumisen harjoittelu kohdistuu kodinhoidollisiin tehtäviin, itsenäisiin päätöksen tekoihin ja raha- asioiden hoitamiseen sekä muihin yksikön ulkopuolella hoidettaviin asioihin. Lääkäripalvelut ja muut terveydenhoidon palvelut järjestetään tarvittaessa. (Mt., 20.)

Tehostetussa palveluasumisessa vaikeasti toimintarajoitteinen kuntoutuja tarvitsee jatkuvasti hoivaa ja huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. Asuminen on yhteisöllistä asumista ryhmäasunnoissa, henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden.

Kuntoutujaa avustetaan päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutujaa tuetaan vastuulliseen ja toisia huomioivaan elämiseen lähiyhteisössä ja laajemmin yhteiskunnassa. (Mt., 20.)

Mielenterveystyöllä on vankat pohjat Kuusamossa ja työtä onkin kehitetty pitkään. Mielenterveyskuntoutujille on erimuotoista tukiasumista niin palvelukodissa kuin itsenäisemmässä tukiasunnossa, joka palveluyksikön läheisyydessä tai pidemmällä.

Kuusamossa pysyvää asumispalvelua tarjoaa Ruskarinne. Ruskarinteellä on 6 ympärivuorokautista hoitopaikkaa ja 10, jotka sijaitsevat Ruskarinteen pihapiirissä. Toiminnan tarkoituksena on tarjota sekä autettua että tuettua asumista ja kuntoutumista psykiatrisille pitkäaikaisasiakkaille. (Tuloskortti; Ruskarinne 2012.)

Toimintakeskus Riihi on keskeinen tuen järjestäjä mielenterveyskuntoutujille Kuusamossa. Riiehen tehtävänä on tarjota mielenterveys- ja päihdekuntoutujille arjessa selviytymistä ja kuntoutumista sekä toimintakykyä ylläpitäviä palveluita. Riiehen toimintaa ohjaavia arvoja ovat asiakaslähtöisyys ja ammatillisuus. Työn tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin sekä itsenäisen selviytymisen edistäminen sekä omannäköiseen elämään tukeminen toimintakyky huomioiden. Kuntoutumista ja arjessa selviytymistä tukevat erilaiset toiminnalliset ryhmätoiminnot, työtoiminta, yksilöllinen tuki ja kotikäynnit.

Palvelusuunnitelma ohjaa kuntoutujaa saamaan sellaisen tuen kuin hän tarvitsee pärjätäkseen kotona mahdollisimman hyvin. Vuonna 2012 Riihessä järjestettiin 17 erilaista ryhmää, joissa asiakaskäyntejä oli ollut 1287. Toteutuneita kotikäyntejä oli ollut 861 ja yksilökäyntejä 1671. Avotyötoiminnassa oli ollut 33 henkilöä, joista 26 Riiehen ulkopuolisissa paikoissa. (Tuloskortti; toimintakeskus Riihi 2012.)

Tukiasuminen Kuusamossa

Tukiasumisen mallien ja tukiasumistyön tietynlainen epämääräisyys ja niiden selkiyttäminen tai kehittämisen tarve on ollut toistuva, aika ajoin uudelleen esiin noussut teema. Juha Kaakinen (1988) näki jo 1980-luvulla toiminnan ongelmaksi toisaalta vaikeudet jatkoasumisen järjestämisessä eli normaaliin vuokra-asunnon saamisessa sekä toisaalta sen, että tukiasuminen nähtiin liaksi asuttamistoimintana eikä tuen antamiseen ollut riittävästi resursseja.

Tuettu asuminen on käsitteellisesti lähellä tukiasumista ja palveluasumista. Tukiasumisessa asukas asuu yleensä päävuokralaissuhteessa omassa asunnossaan ja siihen liittyy ammatillinen tukihenkilö jonka kanssa on sovittu tapaamisista määrääjäksi. Asukas tarvitsee tilapäistä tai pidempiaikaista tukea ja tavoitteena on että hän kykenee myöhemmin itsenäiseen asumiseen. Tukiasuminen on tiiviimpi asumismuoto kuin tuettu asuminen, tuetussa asumisessa tuki ei ole yhtä säännöllistä ja tuen antajana voi toimia myös esimerkiksi vapaaehtoinen ei-ammattihenkilö. Palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille jotka eivät ole laitoshoidon tarpeessa, mutta tarvitsevat tukea jokapäiväisen elämisen toiminnoissa suoriutuakseen arkielämässä. Palveluasunnot ovat yleensä palvelutaloissa ja paikalla on henkilökuntaa palvelusta riippuen päivittäin ja enimmillään ympärivuorokautisesti.

Kuusamon raittiusihteerin toimessa vuodesta 1984 toiminut Kirsti Karvonen kertoo ottaneen puheeksi 1980-luvun lopulla silloisen kunnanjohtajan kanssa päihdeongelmaisten tukiasumisen. Hänen kertomansa mukaan tuolloin syntyivät juuret Kuusamon päihdeongelmaisten tukiasumiselle. Asuminen tukiasunnoissa oli aluksi Karvosen mukaan villiä ja vailla sääntöjä toteutunutta asumista. Sosiaalityöntekijät vastasivat tuolloin tukiasuntotoiminnasta ja asukas valinnoista ja raittiusihteerin tukiasuntojen valvonnasta.

Oman vastuullisuuden korostamisen ja sääntöjen syntymisen jälkeen 1990-luvun alussa, alkoi muodostua tarvetta erityyppiselle tukiasumiselle. Ihmisille, jotka olivat saaneet hädän tukiasunnoista jatkuvan häiriökäyttäytymisen myötä.

Kaupunki antoi tarpeen mukaiseen tukiasumiseen käyttöön rivitalon, jossa toimi osa- aikaisesti valvoja. Tukiasumisen tarpeen edelleen kasvettua, kaupunki haki arahoitusta ja rahoituksen turvin rakennettiin Villelä (kaksi, 3-huoneiston parakkirivitaloa), joka on edelleenkin päihdeasiakkaiden käytössä. Tuolloin valvontaa tehostettiin ja sääntöjä tarkennettiin. Villelään muutti päihkeitä käyttävää väkeä, kun taas Murtovaaraan asutettiin ihmisiä, joilla oli mahdollisesti muita tukitoimia ja elämää tukevia suunnitelmia käynnissä. Karvonen kuvaa, ettei asunnottomia juurikaan ollut kuin hetkellisesti hädän saaneet. Asunnottomuustilanne ei siis ole muuttunut juurikaan Kuusamossa tänä aikana.

Tänä päivänä Villedän asukkaat, koostuvat päihteitä käyttävistä ihmisistä, joiden asuminen muualla ei ole onnistunut, jatkuvien häiriöiden, päihdeidenkäytön ja maksamattomien vuokrien vuoksi. Asumisohjaaja käy työparin kanssa kerran viikossa niin sanotulla valvonta käynnillä, tarvittaessa ottaa allekirjoituksia vuokrasopimuksiin, asumistukihakemuksiin tai hoitaa muita vastaavia virallisia asioita yhdessä asukkaiden kanssa.

Vuosien varrella Kuusamon kaupunki on kehittänyt yhteistyö Kuusamon vuokratalot oy:n kanssa yhteisen asumisohjaajan palkkaamisella sekä asuntojen välivuokrauksella. Asumisohjaaja tekee työtä yhdessä mielen-terveys- ja päihdetyössä työskentelevän työntekijän kanssa. Tukiasumisen prosessikuvausta on tehty ja suunniteltu mutta kokonaisuudessaan prosessin käytäntöön viemisen toteutuminen on ollut hidasta.

Tällä hetkellä Kuusamon kaupungilla on päihdeongelmallisille väli- vuokrattuja tukiasuntoja 29, joista 22 asunnossa asuvat asiakkaat ovat pääosin juovia ihmisiä ja asukkaiden tukeminen on pääosin valvonnallista tukea, sekä avun antoa arjen asioiden hoitamisessa. Kuusamossa on ollut toiminnassa päivätoimintakeskus Stoppari. Stopparin tilat muutettiin Noitarummuntien pihapiiriin, jotta asukkailla olisi myös mahdollisuus ta- voitella päihteettömiä päiviä.

Tiukan resurssin vuoksi, Stoppari on nykyisin auki vain kolmena päivänä viikossa ja ohjelma koostuu pääosin seurustelusta, ruokailusta ja päivän lehtien luvusta.

Päivätoiminnan sijaitessa Kuusamon keskustassa, kävijöitä oli enemmän, lisäksi samoissa tiloissa kokoontui iltaisin AA-ryhmät, lisäksi helluntai- seurakunta piti säännöllisesti iltoja sekä ruon jakoa tiloissa.

Asiakas hakee tukiasuntoa kirjallisella hakemuksella, asiakkaalla tulee olla kontakti avohoidonpiiriin ja jos sitä ei ole asiakas ohjataan tukiasunnon haun yhteydessä kontaktin luomiseen. Tukiasuminen poikkeaa tavallisesta vuokralla asumisesta siten, että asunnon päävuokralaisena toimii Kuusamon kaupunki. Päihdeyksikön esimies sosiaalityöntekijä tekee asukas valin- nat työryhmän arviota apuna käyttäen. Tukiasunto myönnetään henkilölle, joka tarvitsee itsenäistä asumista tuetumpaa asumismuotoa. Annettavan tuen määrä ja muoto sovitaan yhdessä sosiaalityöntekijän, asumisohjaa- jan ja asukkaan kanssa.

Vuokrasopimuksen teon yhteydessä yksi asunnon avaimista jää Kuusa- mon kaupungin perusturvan hallintaa, jota vuokrana antajan edustajalla on lupa käyttää, jos ongelmatilanteita ilmenee. Tukiasumisen tavoitteena on asiakkaan itsenäisen asumisen tukeminen sekä tuen tarpeen asteittainen väheneminen, asukkaan asumis- ja elämönhallintataitoja vahvistamalla. Asiakas yleensä tietää tarpeensa ja ongelmansa itse mutta hän ei välttämät- tä osaa yksin jäsentää elämönhallinnan edellytysten puutteita, auttamis- keinoja tai niiden yhteensovittamista. Tukiasumisen saamiseksi asukas on velvollinen sitoutumaan tukiasumisen sääntöihin sekä yhteistyöhän tuen

antaja kanssa. Tukitoiminnot pyritään rakentamaan yksilöllisesti jokaiselle asukkaalle. Säännöt ovat kuitenkin samat kaikille tukiasunnoissa asuville. Tukiasuminen on väliaikaista ja tavoitteena on asukkaan siirtyminen tavalliseen vuokra-asuntoon.

Tukiasuminen päättyy jos asukkaan itsenäinen asuminen onnistuu ja siirtyminen tavalliseen vuokra-asuntoon on mahdollista. Asukas on mahdollista irtisanoa jos hän laiminlyö vuokran maksuja, toistuvasta aiheuttaa häiriötä muille asukkaille tai ei noudata tukiasumisen sääntöjä.

Järjestyssääntöjen rikkomisesta annetaan ensin suullinen huomautus, jatkuneesta häiriöstä tulee kirjallinen varoitus, jonka jälkeen asukas irtisanoaan jos sääntöjen rikkominen edellä mainituista toimenpiteistä huolimatta jatkuu. Vuokrasopimuksen teon yhteydessä asiakkaan kanssa läpi käydään, mitä tarkoittaa tukiasuminen, lisäksi asiakas allekirjoittaa tukiasumisen säännöt lomakkeen.

Sosiaalinen isännöinti ja asumisneuvonta

Törmäsen mukaan viimeisen kymmenen vuoden aikana on ryhdytty puuttamaan asumisen kanssa vaikeuksiin joutuneiden ihmisten tilanteisiin palkkaamalla: asumisneuvoja, asumisneuvoja. Työntekijät toimivat kiinteistöhuollon, asuntotoimien ja sosiaalitoimen rajapinnoilla. Työntekijöiden tavoitteena on tukea ja ohjata asukkaita erilaisissa asumiseen liittyvissä ongelmissa. Asumisneuvonta on suhteellisen uusi työmuoto, siinä korostuu monialaisuus, yksilöllisyys ja verkostoituminen.

Asumisneuvonajan työ liittyy läheisesti niin kutsuttuun sosiaaliseen isännöintiin. Sosiaalinen isännöinti on asukkaiden, kiinteistöyhtiön organisaation ja julkisen sektorin yhteistyötä. Isännöinti ja kiinteistöhoito keskittyvät pääasiassa kiinteistöjen tekniseen kunnossa pitoon ja taloudenhoitoon. Sosiaalinen isännöinti on asukkaiden kanssa toimimista yhteistyössä, kannustaen asukkaita aktiivisuuteen. Käsitteenä sosiaalinen isännöinti on mainittu Norjassa jo vuonna 1983 pohjoismaisten rakennuttajaorganisaatioiden kokouksessa. (Pietiläinen 2008, 17.)

Asumisneuvonta kuuluu uusiin 2000-luvun työmuotoihin. Asumisneuvonnassa yhdistetään sosiaalinen kehittäminen aluekohtaiseen työotteeseen, ja työ keskittyy sekä yksilöön että yhteisöön. Asumisneuvonta on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat erityisestä syystä apua asumisensa suhteen. Asumisneuvonnan tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen tukeminen asumiseen liittyvissä asioissa ja pulmatilanteissa. Asumisneuvonnalla halutaan turvata asiakkaan asumisen jatkuvuus hänen elämänhallintaansa parantamalla. Syitä asiakkuuteen voivat olla vuokranmaksu vaikeudet, häätöuhdat, asunnon huono hoito, häiritsevä elä-

mä, asunnonvaihdot ja asunnottomuus. Asumisneuvonnassa ratkaisua ongelmiin etsitään henkilökohtaisesti keskustellen niin asiakkaan kuin mahdollisten yhteistyötahojen kanssa. (Mt., 19.)

Pohdinta

Kuusamossa sosiaali- ja terveyshuolto muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, ja palvelut tuotetaan omalla alueella mahdollisimman pitkälle. Palvelutuotanto on organisoitu niin sanotun elämänkaarajattelun mukaisesti siten, että lasten ja perheiden palvelut ovat yksipalvelukokonaisuus, vanhusten ja eri vammaisryhmien palvelu toinen. Kolmannen toiminnallisen kokonaisuuden muodostavat sairaanhoidon palvelut, joihin kuuluvat muun muassa päihde- ja mielenterveyspalvelut.

Mielenterveystyö on kuulunut sairaanhoidonpiirin kautta- aikojen, päihdetyö tuotiin mukaan sairaanhoitopiiriin alle vasta 2010-luvulla, pohjaten valtakunnalliseen Miele 2009 ohjelmaan. Yhdistymiseen asti päihdetyö on kirjaimellisesti seilannut sosiaalityön puolella kuuluu milloin lapsi- ja perhetyöhön ja milloin vanhus- ja vammaistyön alle. Pienistä resursseista huolimatta päihdetyö on pitänyt pintansa ja toiminut yli sektorirajojen työtä kehittäen, esimerkkinä voisi mainita katkaisuhoidon mallinnuksen alulle panon. Työtä on viime vuosina myös viety toiselle asteelle, yhteistyössä psykiatrisen sairaanhoitajan ja nuoriso psykiatrin kanssa.

Mitä tukiasumiseen tulee, tukiasuntoja ja voisi sanoa jopa yhteisöjäkin olevan mutta tällä hetkellä 1,5 ihmisen työpanos ei riitä tarvittavaan tuen järjestämiseen. Tarvitsisimme erilaiset tilat ja enemmän työntekijöitä, jotta tukiasumista voisi kehittää. Ihanteellista olisi jos voisimme järjestää ympärivuorokautista asumispalvelua päihdeongelmallisille asukkaille. Tällöin mahdollistuisi erillä tavalla tukiasumisen polun rakentaminen ja sen käytäntöön tuominen. Voisimme tarjota vankkaa tukea niille ihmisille, joilla on pitkä historia päihteidenkäyttäjänä mutta todellinen halu muuttaa elämänsä suuntaa päihteettömään elämään.

Ympärivuorokautisen tuen myötä, asiakkaan tilanteen todellinen arvioiminen onnistuisi paremmin ja sitä myötä tarvittavan tuen suunnittelemisesta tulisi asianmukaista. Eritahojen kanssa käymieni keskustelujen pohjalta selkeä havainto on ollut, että päihdeasiakkaiden tukiasumisesta ja sen kehittämisestä on keskusteltu jo pitkään. Keskustelu tasolta ei ole päästy käytäntöön. Porrastetun tukiasumisen käytäntöön vieminen on osoittautunut suunnitelmista huolimatta haasteelliseksi, koska Kuusamosta puuttuu ympärivuorokautinen asumispalveluyksikkö niin kuin aikaisemmin jo esille toin, mikä antaisi tilaa toiselle portaalle tukiasumisen kaareissa.

Työn tuoman kokemuksen ja näkemyksen myötä viitaten myös Mieli 2009 -esitykseen päihdepalvelujen kehittämiseksi, haasteena näen tukiasumisen kehittämiseksi myös oleellisena henkilöstön kouluttamisen päihdetyöhön myös muulla terveyden- ja sosiaalityön sektoreilla. Päihdetyön ammattitaitoa pitäisi lisätä ja laajentaa sektoreilla, jotta asiakkaiden tasa-vertaisuus ja varhainen päihteiden ongelmakäyttöön puuttuminen mahdollistuisi paremmin.

Asiasta on keskusteltu ja otettu puheeksi eri tilanteissa ja laajemmissa verkostoissakin. Toistaiseksi henkilöstön kiinnostus päihdetyön kouluttautumiseksi on osoittautunut suhteellisen laimeaksi, kuitenkin havaittavissa on ollut ehkä aikaisemmin esiin tulleen pelon väistymistä suhteessa päihdeongelmaisiin asiakkaisiin. Mikä mielestäni kertoo myös siitä, että päihdeongelmaiset asiakasryhmänä ovat lisääntyneet ja henkilöstö on joutunut kohtaamaan heitä aikaisempaa enemmän.

Lähteet

- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, asunnottomat 2011, selvitys 1/ 2012. <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=25352&lan=fi>. Viitattu: 9.8.2012.
- Finlex, laki asuinhuoneiston vuokraamisesta 31.3.1995/ 481. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950481>. Viitattu 23.10.2012.
- Finlex, laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2.3.2001/189. Viitattu 14.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>
- Finlex, lastensuojelulaki 13.4.2007/ 417. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>. Viitattu 10.10.2012.
- Finlex, mielenterveyslaki 12.12.1990/ 1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 10.10.2012.
- Finlex, päihdehuoltolaki 17.1.1986/ 41. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 10.10.2012.
- Finlex, sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Viitattu 9.10.2012.
- Granfelt, Riitta 1998: Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Heimonen, Päivi 2006: Nyt uskallan olla minä - päihdeongelmaisten läheisten elämäntarinoita ja identiteettejä. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.
- Juhila, Kirsi 2006: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja rajat. Tampere: vastapaino.
- Kuusamon kaupunki, Perusturva/ Sairaanhoidopiiri. Tulokortit 2012: Mielenterveys- ja päihdetyö, toimintakeskus Riihi ja palveluasumisyksikkö Ruskarinne.
- Kuusamon kaupunki. Terveenä töihin -hanke, Työttömien integroitujen terveyspalvelujen juurruttaminen. Loppuraportti 2010. Kaisa Oikarinen. http://www.stakes.fi/ptt/pdf/ptt_kuusamo_loppuraportti.pdf. Viitattu: 6.12.2012.
- Kuusamon kaupungin hyvinvointikertomus 2008. <http://www.kuusamo.fi/dman/Document.phx?documentId=da07809174940929&cmd=download>. Viitattu 28.9.2012.
- Kuusamon Palvelustrategia 2010-2015. <http://www.kuusamo.fi/dman/Document.phx?documentId=cy01211145757663&cmd=download>. Viitattu: 13.9.2012.
- Manninen, Markku & Tuori, Tarja 2005: A-klinikkasäätien tuettu asuminen. Teoksessa Hynynen, Raija (toim.): Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristö 745. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Ojasti, Emmi 2011: Toiminnallisuus päihdekuntoutujien auttamiskeinona. Opin- näytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Saimaan ammattikorkeakoulu.
- PAAVO-ryhmä, Helsinki, 2010. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishohjelma, Vuosien 2008-2011 väliarviointi ja jatkokauden 2012-2015 lähtökohdat. <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=24100&lan=sv>. Viitattu: 12.11.2012.
- Pietiläinen, Anne 2008: Monimuotoinen asumisneuvonta. Opin- näytetyö, Diakonia- ammattikorkeakoulu, Järvenpää.

- RAY, Avustustoiminnan raportteja 13. Ihmisen arvoista asumista, 2004. Pitkänen, Sari & Rissanen, Pekka & Mattila Kati.
- Salonen, Mirja & Holma, Tupu Suomen kuntaliitto Helsinki 2001. Kunta ja Pitkäaikaistyötön- työllistymistä tukevien palvelujen kehittäminen kunnissa.
- Seinä, Noora 2010: ”Sitä on pieni palapelin pala ihmisenä siinä isossa palapelissä”. Työntekijöiden kokemuksia päihde- ja rikostaustaisten asumispalvelutyöstä ja työssä jaksamiseen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö, Laurea Tikkurila.
- Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma. Mieli- 2009 työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Viitattu: 3.11.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 13. Asumista ja kuntoutusta, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Helsinki 2007, Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita 2002:3. Suomen kuntaliitto Helsinki. Luettavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>
- STAKES, Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. Yrjö Nuorvala, Huhtanen Petri, Raija Ahtola & Leena Metso.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, sosiaaliturva 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/p/a/Paihdetilastollinen_vuosikirja_2011.pdf. Viitattu: 27.10.2012.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) 2010: Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi & Mantela, Jaana 2010: Syrjäytyminen ja sosiaalinen pääoma, Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Viitattu: Kuusamon Vuokratalot oy, toimitusjohtaja; Törmänen Osmo. Keskustelu 16.8.2012.
- Viitattu: Kuusamon Vuokratalot Oy, asuntopäällikkö; Matela Jukka. Keskustelu 16.8.2012.
- Viitattu: Eläkeläinen, raittiussihteeri: Karvonen Kirsti: Sähköpostiviesti 15.8.2012.