

Muutosvalmius päihdetyössä (VALMA)

- Toimintaympäristön kartoitus



Ahlfors-Boman, Jonna &
Aholainen, Anne &
Nykky, Tiina &
Ovaskainen, Kaisa
3.10.2008
Tyynelän kehittämiskeskus
VALMA-hanke

SISÄLTÖ

1. Johdanto	1
2. Suomalainen yhteiskunta Valma-hankkeen toimintaympäristönä.....	4
2.1. Päihteisiin liittyvä yhteiskuntapolitiikka ja ohjelmat.....	4
2.2. Asenteet ja arvot.....	5
2.3. Jakautuneet päihdepalvelut: työssäkäyvien päihdepalvelut ja ”ulosliputettujen” hajapalvelut	6
3. Paikalliset strategiat päihdehuollon kontekstina	9
3.1. Kuopio päihdestrategian valossa.....	10
3.2. Varkauden seutu päihdestrategioiden valossa.....	11
3.3. Jyväskylän seutu päihdestrategioiden valossa	13
4. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön puitteet ja työtavat sekä näkemykset asiakkaan muutosvalmiudesta.....	14
4.1. Asiakaspolut.....	14
4.2. Kuvaus keskeisistä työmenetelmistä ja työtavoista eri toimintayksiköissä.....	22
4.3. Työsuunnitelma Kuopioon.....	33
4.4. Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta	34
5. Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön puitteet, työtavat sekä näkemys asiakkaan muutosvalmiudesta.....	41
5.1. Asiakaspolut.....	41
5.2. Kuvaus keskeisistä työmenetelmistä ja työtavoista eri toimintayksiköissä.....	46
5.3. Työsuunnitelma Jyväskylään	49
5.4. Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta	50
6. Varkauden seudun toimintaympäristö: puitteet, työtavat sekä näkemyksiä asiakkaan muutosvalmiudesta.....	53
6.1. Asiakaspolut.....	53
6.1.1. Varkaus	53
6.1.2. Leppävirta	57
6.1.3. Joroinen.....	58
6.1.4. Heinävesi.....	60

6.2.	Keskeisimmät työmenetelmät	61
	6.2.1. Varkauden A-klinikan palvelut	62
	6.2.2. Ratakadun pysäkki	67
	6.2.3. Tyynelän kuntoutuskeskus	68
6.3.	Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta	71
6.4.	Työsuunnitelma Varkauden seudulla.....	75
7.	Asiakkaan muutosvalmiuden tekijöitä tutkimustiedon näkökulmasta.....	79
	7.1. Muutosvalmius, muutosvaihemalli ja muutosvalmiusprofiilit.....	79
	7.2. Asiakkaan elämänpiiri muutosta tukevana tai ehkäisevänä tekijänä	83
	7.3. Kohtaamiset terveys- ja sosiaalipalveluissa.....	89
	7.4. Puitteet: palvelujen järjestäminen muutosvalmiutta tukevasta näkökulmasta	93
	7.5. Yhteenvedoksi.....	96
8.	Lopuksi.....	98
	Käytetyt lähteet luvuittain	99
	Liitteet	103
	Liite 1a. Kuopion seudun Päihdepalvelusäätiön asiakaspolut	103
	Liite 1b: Jyväskylän seudun asiakaspolut	108
	Liite 1c: Varkauden seudun asiakaspolut.....	111
	Liite 2. VALMA-hankkeen prosessikaavio	115
	Liite 3. VALMA-hankkeen tavoitteet.....	116

1. Johdanto

Anne Aholainen

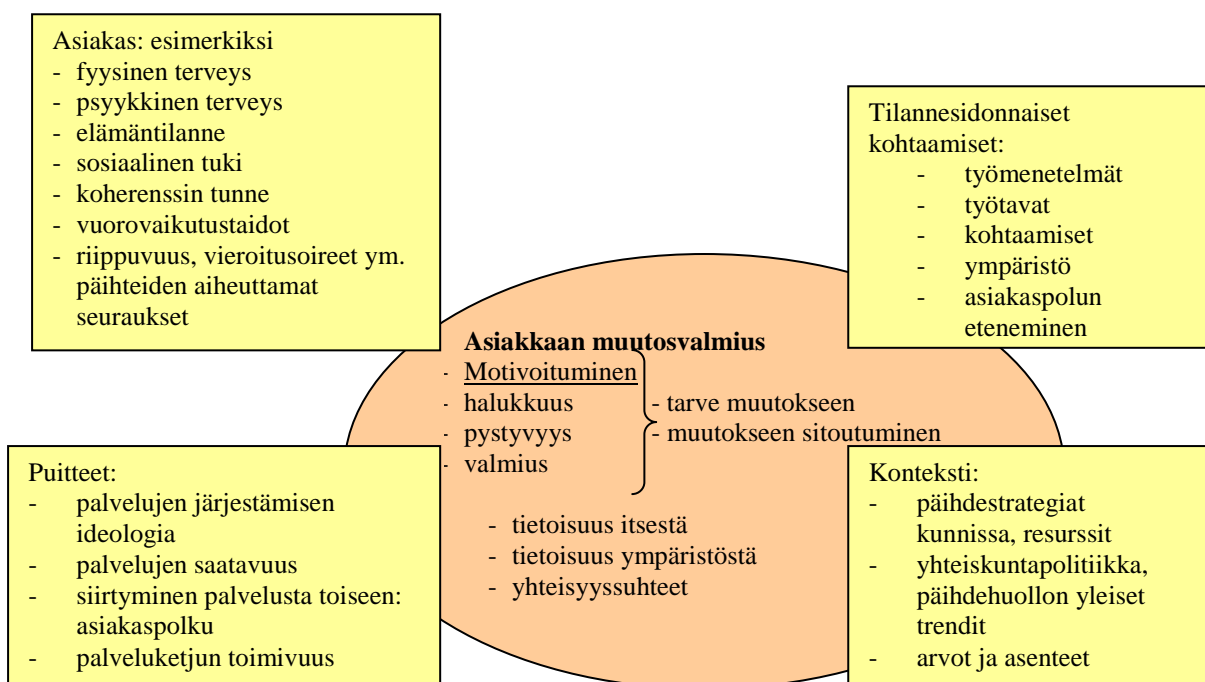
Muutosvalmius päihdetyössä (VALMA) on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on asiakkaan muutosvalmiutta tunnistavien, arvioivien sekä edistävien työtapojen ja välineistön kehittäminen. Kuntoutuksen prosessuaalisuus näkökulmana kehitetään hankkeen pilottipaikkakunnille, Kuopioon ja Varkauteen, muutosvalmiutta edistävät toimintamallit. Pilottiorganisaatioina toimivat Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö ja Varkauden A-klinikka. VALMA toimii yhteistyössä myös Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön kanssa. VALMA -hankkeessa keskeisiä asioita ovat asiakaslähtöisten työtapojen löytäminen, sekä asiakkaan oman elämäntilanteen ja muutosvalmiuden huomioiminen päihdehuollon prosesseissa.

Kehittämiskohteet ovat löytyneet erityisesti hoito- ja kuntoutusprosessin alkupäästä: katkoilta, sosiaalitoimien hoidon tarpeen arvioinnista, avopalvelujen päivystys- ja arviointikäytännöistä sekä avo- tai laituskuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien käyttämisestä asiakastyön välineinä. Muutosvalmiustyötapaa on lähdetty työstämään yhdessä pilottipaikkakuntien ja – organisaatioiden työntekijöiden kanssa pohtimalla olemassa oleviin puitteisiin sopivia menetelmiä. Vaikka toiminta, kehittäminen ja koulutus kohdistuu työntekijöihin ja organisaatioiden tapaan järjestää päihdepalveluja, on lopullinen kohde asiakas. Toimintamallin kannalta tärkeää on se, edistetäänkö asiakkaan muutosvalmiutta huomioimalla siihen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan omasta elämästä ja toimintaympäristöstä. Tärkeää on myös se, madalletaanko kynnyistä lähteä muutoksen polulle ja tarttua olemassa oleviin päihdepalveluihin.

Kehittämistyön tukena ja toiminnan kehittämisen rinnalla kulkee hankkeen tutkimusosio. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin asiakkaan muutosvalmiuden osatekijöitä jo olemassa olevasta tutkimuksesta. Tavoitteena on seurata muutosvalmiutta tukevan työtavan vaikuttavuutta asiakkaan kuntoutumisen prosessiin. Tutkimuksen myötä toivotaan löytyvän yleistettävää tietoa muutosvalmiuden huomioimisesta päihdepalveluissa – mikä on muutosvalmiutta edistävää toimintaa päihdehuollon eri tasoilla: asiakkaan omassa elämässä, kohtaamisissa päihdepalveluissa, niissä puitteissa, joissa palveluja järjestetään sekä yleensä yhteiskunnassa. Toisaalta tärkeää tietoa on myös niiden syiden etsiminen ja tunnistaminen, jotka estävät asiakkaan muutosvalmiuden huomioimista uusia työtapoja käytettäessä.

Toimintaympäristön kartoitusta tehdessä tekijöillä on ollut kaksi tavoitetta. Ensiksi VALMA-hankkeen työntekijöillä on ollut tarve tutustua työkohteisiinsa ja parhaiten se on onnistunut haastattelemalla työntekijöitä ja toimijoita. Haastattelemalla ja selvittämällä pilottikohteiden toimintaa on ollut mahdollista etsiä sopivia kehittämiskohteita, kehittämisen kannalta keskeisiä avainhenkilöitä sekä parhaita mahdollisia tapoja tehdä kehittämistyötä. Toiseksi tavoitteena on ollut saada selville lähtöasetelma hankkeessa tehtävää arviointia varten.

Toimintaympäristön kartoitus kuvaa VALMA -hankkeen lähtöasetelmaa. Kartoituksen pohjana on asetelma, jota voidaan käyttää myös jatkotyöskentelyssä:



Marjo Peltomaa (2005, 57) on käyttänyt omassa lisensoitetyössään kuviota, jonka ovat kehittäneet Suikkanen & Lindh (2001, 20). Kuvion avulla kuvataan mekanismeja, jotka vaikuttavat kuntoutumisvalmiuteen. Kuvio on muotoiltu tässä asiakkaan muutosvalmiuteen vaikuttavien mekanismien lähtöasetelmaksi. Kuntoutumisvalmiuden osatekijöistä on otettu tekijöitä muutosvalmiuden sisältöihin.

Toimintaympäristön kartoituksessa asetelma on jaettu niin, että Kuopion (sekä Jyväskylän) ja Varkauden osahankkeiden projektisuunnittelijat selvittävät lähtötilannetta tilannesidonnaisten

kohtaamisten (työntekijät ja työyhteisöt) ja puitteiden (palvelujen järjestäminen) osalta. Nämä ovat ne osiot, joihin VALMA:n kehittämistyön kärki kohdistuu. Nämä löytyvät luvuista 4,5 ja 6.

Kontekstista, yhteiskuntatasolta ja pilottipaikkakuntien päihdepolitiikasta, on myös laadittu lyhyet selvitykset. Tämä on aluetta, joka vaikuttaa asiakkaan muutosvalmiuteen ja sen huomioimiseen, mutta yksittäisen hankkeen vaikutusmahdollisuudet ovat pieniä. Luvut 2 ja 3 kartoittavat tätä aluetta.

Tieto asiakkaan muutosvalmiuden rakentumisesta tulee tässä vaiheessa pääosin olemassa olevasta tutkimustiedosta. Kahdeksannessa luvussa tuodaan esille sellaisia tekijöitä, jotka olemassa olevan tutkimuksen valossa vaikuttavat asiakkaan muutosvalmiuteen. Luvun tarkoituksena on ollut luoda tutkimuksellinen, suomalaiseen tutkimustietoon painottuva ”katsaus” muutokseen ja muutosvalmiuteen liittyvistä tekijöistä. Luvussa on pohdittu olemassa olevan tutkimustiedon merkitystä *Valma* –hankkeen näkökulmasta.

2. Suomalainen yhteiskunta Valma-hankkeen toimintaympäristönä

Anne Aholainen

Tässä luvussa on pyritty erittelemään yhteiskuntatason virtauksia asenteissa, arvoissa, yhteiskuntapolitiikassa ja -ohjelmissa. Selvitys on hyvin pintapuolinen ja vain joitakin teemoja esiin nostava, sillä päihdepalvelujen tilasta julkaistaan säännöllisin väliajoin kattavia selvityksiä. VALMA-hankkeella yhteiskunnallisiin virtauksiin voidaan vaikuttaa lähinnä tuomalla oma osansa yhteiskunnalliseen keskusteluun. Seuraavaa kappaletta lukiessa voi pitää mielessä, millaisen taustan suomalainen yhteiskunta antaa asiakkaalle muutosvalmiutensa rakentamiseen ja edistämiseen. Kenelle todellinen mahdollisuus muutokseen suodaan ja millä ehdoilla?

2.1. Päihteisiin liittyvä yhteiskuntapolitiikka ja ohjelmat

Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään sekä sisällöltään että laajuudeltaan kunnassa esiintyviä tarpeita edellyttävät, helposti tavoitettavat, joustavat ja monipuoliset päihdepalvelut. Päihdehuoltolakiin sisäankirjoitettuna on ajatus varhaisen tuen hakemisesta ja saamisesta ilman leimautumisen pelkoa. Palvelujen on myös oltava yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Laki antaa kunnille liikkumatilaa palvelujen järjestämistavoissa. Niitä tuotetaan kuntien omina palveluina, seudullisina ratkaisuin tai ostamalla palveluntuottajilta. Palveluiden järjestäjinä ovat sekä sosiaali- ja terveystyöpalvelut että erityispalvelut. Jälkimmäinen on painottunut suuriin kuntiin. Palvelujen viimeaikainen tarjonta ei ole vastannut riittävästi palvelujen tarpeeseen. Palveluja tulisi lisätä ja kehittää sekä sosiaali- ja terveystyöpalveluissa että erityispalveluissa. Tämän tarpeen taustalla on kasvanut alkoholin kulutus Suomessa. Sen sijaan huumeiden käytön kasvu on tasaantunut 2000-luvulle tultaessa. (Inkeroinen & Partanen 2005.)

Päihdehuoltolaki painottaa myös avopalvelujen kehittämistä sekä yhteistyötä eri palvelusektoreiden toimijoiden välillä. Sen tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta: asiakkaan toimeentulo, asuminen sekä työhön liittyvät ongelmat tulisi huomioida. Sektoreiden ylittämisen tarve tulee myös muusta päihdehuolto- ja asiakkaan asemaa ja oikeusturvaa ohjaavista laeista: sosiaalihuoltolaista (710/1982), kansanterveyslaista (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaista (1062/1989). Alaikäisten kanssa toimintaa määrittää lastensuojelulaki (417/2007). Asiakkaan asemaa ja oikeusturvaa suojaavat lait sosiaalihuollon

asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Inkeroinen & Partanen 2005.)

Yhteiskunnallisen alkoholipolitiikan tavoitteiksi on määritelty alkoholin käytöstä aiheutuvien riskien ja haittojen pitäminen mahdollisimman vähäisinä sekä alkoholin kulutuksen hillitseminen. Tavoitteet painottuvat lapsiin ja perheisiin, riskikäytön ja sen haittojen vähentämiseen ja kokonaiskulutuksen laskuun. Toimenpiteet liittyvät mm. kansalaisyhteiskunnan vahvistamiseen, alkoholiverotukseen, myynnin monopolin säilyttämiseen, rikollisuuden torjuntaan sekä rajoituksiin anniskelussa ja mainonnassa. Toimenpiteitä toteutetaan yhteistyössä esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden ja nuorisotyön kanssa. Myös huume-politiikan tavoitteena on huumeaineiden leviämisen ja käytön ehkäiseminen sekä huumeaineista ja niiden ehkäisy- ja kontrollitoimista aiheutuvien haittojen pitäminen mahdollisimman vähäisinä. (www.stm.fi)

Alkoholiohjelma Stakesin koordinoimana panostaa kansalaisyhteiskuntaan ja erilaisten toimijoiden yhteistyön rakentamiseen. Pääteemat näkyvät muissakin politiikkaohjelmissa ja – suunnitelmissa: terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa ja kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa. Murtautuminen muille sektoreille otsikon ”päihdetyö” alta nähdään tärkeänä. Esimerkiksi hallitusohjelmassa (Vanhanen II) todetaan, että varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön vakiinnutetaan perusterveydenhuollon ja työterveydenhuollon toimintamalliksi. (www.stm.fi).

2.2. Asenteet ja arvot

Lakien ja poliittisten ohjelmien taustalla ovat yhteiskunnalliset asenteet ja arvot, joiden kautta lait ja poliittiset ohjelmat muodostuvat. Suomalaiseen kulttuuriin omintakeisena liittyy päihteiden käytön yksityisyys ja puuttumattomuus. ”Suomalainen viinapää” on käsite, josta Jussi Simpura (Lappalaisen & Lehdon jne. 2007) mukaan toteaa, että se on tuotettu ”suomalaisuutta koskevien määrittelykampanjoiden pyönteissä saunan, Sibeliuksen ja sisun veroisena kansallisen identiteetin tunnuskuva”. Alkoholi liittyy vahvasti suomalaisena pidettyyn kulttuuriin, mutta sen haittavaikutukset sekä etenkin keskustelu sen aiheuttamista haitoista yksilöille ja perheille on tabu. Jokainen on vastuussa omasta alkoholin käytöstään ja alkoholismi nähdään edelleen usein itseaiheutettuna ongelmana.

Riitta Lappalainen-Lehto, Maija-Liisa Romu ja Mailis Taskinen (2007, 32) tuovat esille sen, että alkoholin suhteen Suomi kuuluu ns. ambivalenttisiin alkoholimaihin, joissa esiintyy rinnakkain sekä jyrkästi torjuvia että juopumusta ihannoivia asenteita. He pitävät myös asennetta huumeriippuvuuteen kahtiajakautuneena. Käyttö on rikollista, mutta ongelman hoitamiseksi hoitojärjestelmän on siedettävä käyttöä ja oltava luotettavien hoitosuhteiden alustana. Hoitojärjestelmässä joudutaan kohtamaan hankalia eettisiä ja moraalisia kysymyksiä. Valtaväestön asennoituminen huumeisiin on moraalisesti latautunutta ja pelkoa sisältävää. Samalla huumeiden käytön laittomuus ja toisaalla käyttö ”mediaseksikkäänä” ilmiönä synnyttää erilaisia alakulttuureja. Ymmärrys ilmiön luonteesta ja ongelman hoidettavuudesta yhtenä riippuvuuden tyyppinä on kuitenkin lisääntynyt ajan myötä.

Vastineena alkoholi- ja huume politiikan linjauksille edellä mainitussa teoksessa todetaan, että linjauksilla on pyritty vaikuttamaan kulutukseen ja haittoihin, mutta itse riippuvuusongelmien ratkaisuun eivät nämä keinot riitä. Kaukonen (2000, 193) toteaa 1990-luvun laman jälkeisestä yhteiskunnallisesta kehityksestä, että vastuu alkoholihaitoista on liukunut kansalaisyhteiskunnalle ja yksilöille itselleen, samalla kun julkinen sektori korjaa ja ammatillistuu. Yhdessä asenteiden ja arvojen ambivalenttisuuden ja yksilökeskeisyyden kanssa tilanne voi asiakkaan kannalta olla enemmän syrjäyttävä kuin toipumiseen kannustava. Päihdehuollon yhteiskunnallinen vaikuttavuus on heikentymässä. Heikentyminen johtuu suurelta osin päihdepalvelujen riittämättömyydestä ja asiakasryhmien priorisoimisesta päihdepalvelujen ulkopuolelle, vaikka palvelut (kuten matalan kynnyksen paikat) ovat joiltain osin lisääntyneet. (Inkeroinen & Partanen 2005, 15; Kaukonen 2005, 316–317.)

2.3. Jakautuneet päihdepalvelut: työssäkäyvien päihdepalvelut ja ”ulosliputettujen” hajapalvelut

Olavi Kaukonen (2000) on selvittänyt, miten päihdepalvelut ovat muokkautuneet suomalaisessa hyvinvointivaltiossa. Kaukonen näkemyksen mukaan voidaan puhua jakautuneesta hyvinvointivaltion eetoksesta ja kahdenlaisesta universalismin tulkinnasta: ansiotyöhön perustuvasta solidaarisuudesta ja tarveharkintaan tähtäävästä kansalaiskurista. Aikaisemmissa tutkimuksissa hyvinvointivaltion rakenteellinen jakautuminen on rajattu erityiseksi jakovaltioon, eli tulonsiirtojen ansiosidonnaisuutta tai tarveharkintaisuutta koskevaksi piirteeksi. (mt, 46.) Kaukonen

on kuitenkin havainnut, että kaksijakoisuus on vaikuttanut myös päihdeongelmien ja päihdepalvelujen politiikkaan, ja 1990-luvulta saakka tuo kahtia jakautuneisuus on kärjistynyt.

Päihdepoliittisessa keskustelussa on ollut nähtävissä suuntaus, jossa erityisiä päihdepalveluja kohdistetaan suurelta osin työssäkäyvään väestöön. Suuntaus on yhdistettävissä ansiosidonnaisuuden periaatteisiin. Ansiotyön ulkopuolelle rajautuvia ryhmiä ovat lapset, nuoret, vanhuksat, pitkäaikaistyöttömät ja työkyvyttömät. Näille ryhmille tuotetaan palveluja eri toimialasektoreilla: päivähoitopaikat, koulut, neuvolat, vammaispalvelut, mielenterveyspalvelut, vanhuspalvelut, työvoimatoimistot, jne. Kuitenkaan esimerkiksi päihteitä käyttävien vanhempien lapsien, alkoholiperheessä kasvaneiden nuorten aikuisten, päihteitä käyttävien äitien, kaksois- tai jopa kolmoisdiagnoosi-asiakkaiden sekä yksinäisten ja syrjäytyneiden vanhusten ei ole helppoa löytää itselleen sopivia erityisiä päihdepalveluja. (Kaukonen 2000.)

Osaavatko sektoreittain järjestyneet palvelut huomioida erilaisten ryhmien tarpeita päihdepalvelujen osalta? Sulkko (2004, 67) toteaa, että päihdeongelmat on ajettu marginaaliseen asemaan kunkin sektorin sisällä. Hänen mukaansa viimeisen kymmenen vuoden sisällä tämä kehityskulku on tuonut uusia syrjäytyneiden ryhmiä, jotka yksi toisensa jälkeen rajataan palvelujen ulkopuolelle. Sulkko puhuu tiettyjen asiakasryhmien ”ulosliputtamisesta”, kun kukin toimintasektori tekee omia rajauksiaan palveluissaan ja asiakkaissaan sekä tulkintojaan päihdeongelmien syistä ja seurauksista.

Kuinka paljon kuntien budjettivallan ja itsehallinnon lisääntyminen 1990-luvulla vaikutti sosiaalipalveluasiakkaan asemaan ja ”ulosliputettujen” määrään? Kaukonen (2000, 64) näkee valtionohjauksen ja avustuspolitiikan vähenemisen seuraukseksi sen, että päihdehuollon palveluyksiköiden tuli hankkia tulonsa palveluja tuottamalla. Hänen mukaansa tämän myötä ”*laskettiin perusta sosiaalisesti näkymättömälle, professionaalisen tiedon ja tilinpidon ohjaamalle päihdehuollon erityispalvelujärjestelmälle.*” Kuntien ei ainakaan välittömistä taloudellisista syistä kannata kohdentaa kuntoutuspäätöksiä työelämän ulkopuolella oleviin asiakkaisiin. Tämä julkishallinnon kannustinloukku on syntynyt palveluehtoisen sosiaalivakuutuksen ja alempien sosiaalivakuutus etuuksien leikkaamisen yhdistelmästä. (Kaukonen 2000, 191.)

Köyhimmät päihdeasiakkaat syrjäytyvät etuuksien piiristä taloudellisen näkökulman vaikutuksesta. Kaukonen (2000, 193) näkee, että jakautuminen hyväosaisten ja huono-osaisten palveluihin on ollut jatketta terapeutistuneeseen päihdehuoltojärjestelmään. Hänen mukaansa huono-osaiset saavat osakseen pelkistetympiä palveluja, vähemmän koulutettua henkilökuntaa ja ehdollistavampia

sosiaalisen vallan ja kontrollin muotoja. Samasta kehityksestä raportoivat myös Inkeroinen ja Partanen (2005) arvioidessaan päihdepalvelujen tilaa: päihdepalvelujen toiminnalliset muutokset ovat tuottaneet erityisesti huono-osaisimpien asiakkaiden kohdalle rakenteellisia esteitä palveluihin pääsyyllä, vaikka samanaikaisesti on lisätty avopalveluja ja kehitetty matalakynnyksisiä palveluja.

Kaukonen kuvaa vuodesta 1993 eteenpäin olevaa aikakautta hajautetun sopeutuksen ajaksi ja näkee järjestöjen roolin päihdepalveluiden tuotannossa kasvaneen. Yhtenä seurauksena on ollut se, että kunnat ovat purkaneet päihdepalvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen liittyvää koneistoa, ja näin ollen menettäneet siihen liittyvää asiantuntemustaan. Järjestöjen on ollut vaikeaa saada aikaiseksi keskustelua kuntien kanssa, muusta kuin euroista ja suoritemääristä. (Kaukonen 2000, 161–162.)

Tällainen on laajempi konteksti mm. VALMA-hankkeelle. Hankkeessa on lähdetty tekemään työtä tarkoituksena etsiä kuntoutuksen prosessin alkupäähän keinoja edistää palveluihin pääsyä. VALMA-hanke pyrkii madaltamaan kynnystä myös niille, jotka eivät ole valmiita muutokseen ja joista käytetään usein termiä ”ei-motivoitunut”. VALMA:n tavoitteena on myös tuottaa uutta tietoa muutosvalmiuden rakentumisesta ja mahdollisuuksista ottaa huomioon asioita, jotka vaikuttavat muutosvalmiuteen.

VALMA-hankkeen näkökulmasta on mielenkiintoista pohtia, ketkä tekevät päihdetyötä ja kenelle se kuuluu. Mikäli puhutaan vain euroista ja suoritteista, palveluntuottajan on pakko asettaa palveluille kriteerejä näiden taloudellisten mittareiden parantamiseksi. Päättäjätasolla (esimerkiksi kunnissa) tarvitaan asiantuntemusta siitä hyödystä, mitä pitkällä tähtäimellä voidaan saavuttaa, esimerkiksi kun panostetaan päihdehuollon asiakkaiden motivoitumiseen. Asiantuntemusta päihdeongelman kohtaamiseen on syytä lisätä myös julkisen sektorin parissa. Kuntien eri sektoreiden palvelut ovat tärkeässä roolissa ns. ensikontakteina ja otollisessa asemassa palveluihin kiinnittymisen suhteen.

3. Paikalliset strategiat päihdehuollon kontekstina

Tiina Nykky

Taustaa

Vuoden 2004 alkoholiverotuksen muuttumisen jälkeen päihteiden käyttö on lisääntynyt, samoin siihen liittyvät sosiaaliset haitat. Myös alkoholisairaudet ja alkoholiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet. Vuonna 2005 alkoholiin liittyvät syyt olivat työikäisten miesten yleisin kuolinsyy. Myös työikäisillä naisilla alkoholisytyt kuolemansyinä ovat kasvaneet, ja ovat nykyisin lähes yhtä suuri kuolinsyy kuin rintasyöpä. Lisääntynyt alkoholinkäyttö vaikuttaa useaan sosiaalisen todellisuuden osa-alueeseen, esimerkiksi lasten pahoinvoinnin lisääntymiseen ja lastensuojelukustannusten kasvuun sekä erikoissairaanhoidon, päihde- ja terveydenhuollon kasvuun. Syvenevät sosioekonomiset erot näkyvät myös päihdehuollossa, erityisesti päihdepalvelujen tarjonnassa. (ks. esim. Sosiaaliturva 18/2006; Mediuutiset 23.10.2008; Päihdebarometri 2005). Seuraavassa luvussa tarkastellaan lyhyesti VALMA-hankkeen pilottipaikkakuntien päihdestrategioita, joiden kautta on hahmoteltu päihdehuollon tilannetta kunnassa, sekä painotuksia päihdehuollon kehittämiseksi.

Itä-Suomen lääninhallitus esitti kesällä 1999 alueensa kunnille, että niiden tulisi laatia päihdepoliittinen strategiasuunnitelma joko erillisenä suunnitelmana tai osana kunnan hyvinvointipoliittista ohjelmaa. Myös talousalueen tai muutaman kunnan yhteinen suunnitelma voisi korvata kunnan oman suunnitelman.

Lääninhallitus toivoi, että kunnat tekisivät linjauksia kunnallisessa päihdestrategiassa mm. lasten ja nuorten päihteiden käytön ja huumeiden ja sekakäytön ehkäisytyön tehostamisesta, varhaisen puuttumisen työkäytäntöjen kehittämisestä, kuntien välisen yhteistyön ja uusien toimintamallien kehittämisestä päihdetyössä, päihde- ja kuntoutuspalvelujen ketjuttamisesta sekä asiakastyön suunnitelmallisuuden lisäämisestä ja asiakkaiden omaa toiminnallisuutta ja elämänhallintaa tukevien työmuotojen kehittämisestä.

3.1. Kuopio päihdestrategian valossa

Kuopion kaupunki on tätä kirjoittaessa (elokuussa 2008) aloittanut päihdepoliittisen ohjelman päivittämisen. Tavoitteena on saada vanha, vuodelta 2000 oleva ohjelma ajankohtaiseksi. Uusi päivitys valmistuu tammikuussa 2009.

Kuopion päihdepoliittinen ohjelma sisältää 19 kehittämissuositusta perusteluineen. Jokaiseen suositukseen on kirjattu toimenpiteiden aikataulu, resursointi ja vastuutaho. Ohjelmaa laadittaessa on otettu huomioon kaupungissa aiemmin tehdyt hyvinvointistrategiat, ja työryhmään on kutsuttu myös muiden Kuopion seudun kuntien edustajia, jolloin päihdepoliittinen ohjelma on samalla seudullinen ohjelmapaperi.

Päihdepoliittisessa ohjelmassa käsitellään mm. Kuopion päihdepalveluiden nykyistä järjestelmää sekä yhteistyötä ja työnjakoa, kehittämissuosituksia sekä päihteiden käyttöä Itä-Suomessa. Lisäksi ohjelmassa on laadittu toimintaympäristöanalyysi sekä selvitys päihteiden käytöstä aiheutuvista haitoista (asunnottomuus, huumerikollisuus, päihdekuolemat jne.) Itä-Suomessa, joten nykyhetken tilanne ohjaa tarkoituksenmukaisten toimenpiteiden suunnittelua.

Kuopion päihdepoliittisen ohjelman tavoitteet on linjattu kokonaisuuksiin, joita ohjelman laatinut työryhmä on saanut Läänihallituksen esityksestä. Kokonaisuuksia ovat esimerkiksi:

- lasten ja nuorten päihteiden käytön ehkäisemiseen tähtäävän työn tehostaminen
- varhaisen puuttumisen työkäytäntöjen kehittäminen
- kuntien välisen yhteistyön ja uusien toimintamallien kehittäminen
- päihde- ja kuntoutuspalveluiden sekä asiakastyön suunnitelmallisuuden lisääminen
- asiakkaiden omaa toiminnallisuutta ja elämänhallintaa tukevien työmuotojen kehittäminen

Kuopion seudun alueella virallista päihdetyötä toteuttaa pitkälti Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö. Päihdepalvelusäätiön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä Kuopion seudun alueella. Alkoholien lisääntynyt kulutus näkyy myös Kuopiossa. Vuonna 2007 Kuopiossa tehtiin 2200 kotihälytystä, joiden taustalla oli useimmiten päihteiden käyttö. Päihdepalvelusäätiön asiakasluku on kasvanut tasaisesti, ja asiakkaaksi tullaan aiempaa nuorempina. Myös naisasiakkaita on aikaisempaa enemmän. Säätiö tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluja, asiantuntijapalveluja sekä tarkoituksensa mukaisesti kehittämis-, koulutus-, tiedotus-, tutkimus- ja valistustoimintaa sekä lisäksi varmistaa

päihdepalveluissa tarvittavan erityisosaamisen. Päihdepalvelusäätiön lisäksi Kuopiossa toimii useita erilaisia kolmannen sektorin toimijoita sekä organisaatioita, jotka omalta osaltaan edesauttavat päihteidenkäyttäjien kuntoutumista. Tällaisia ovat esimerkiksi Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry, Kuopion A-kilta ry, Työterapinen Yhdistys ry ja Turvalinkki ry.

3.2. Varkauden seutu päihdestrategioiden valossa

Varkaus

Varkauden päihdetyön strategia on juuri päivitetty (se odottaa vielä kaupunginvaltuuston käsittelyä), ja se koskee vuosia 2007- 2015. Strategiatyön on käynnistänyt päihdetyöryhmä, joka myös seuraa strategian toimeenpanoa ja toteutumista. Keskeinen visio Varkaudessa on, että päihteiden käyttö ja siitä aiheutuvat haitat vähenevät selvästi kaikissa ikäryhmissä vuosittain. Keskeinen ajatus Varkauden päihdetyön strategiassa on ehkäistä ja vähentää yksilön, perheen ja yhteisön päihteiden käyttöä, päihteistä aiheutuvia haittoja sekä tarjota tarpeenmukaista päihdehoitoa ja kuntoutusta elämänlaadun parantamiseksi. Ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön palvelut on Varkaudessa jaoteltu seuraavasti, ikäryhmittäin:

- Lapsiperheet (mm. neuvolat, päivähoito, lastensuojelu, kouluterveydenhuolto)
- Nuoret (koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, nuorisopalvelut, vanhempainyhdistys, poliisi)
- Aikuiset (terveyskeskus, aikuissosiaalityö, A-klinikka, psykiatrisen poliklinikka, työterveyspalvelut, poliisi)
- Ikäihmiset (kotisairaanhoido, kotipalvelu, terveyskeskus, päivystys, poliisi)
- Yleiset. Tässä kategoriassa on mm. erilaisia kampanjoja ja tiedottamista kuntalaisille, varhaisnuorisotyötä, erityisnuorisotyötä, diakoniatyötä, työvoiman palvelukeskus Paletin toimintaa, poliisin alkoholivalvontaa, yms.

Varkauden päihdetilanne on tällä hetkellä valtakunnan keskiarvoja huonompi. Päihdetyön strategiassa nähdään tärkeimpänä haasteena strategian toteutumiselle se, että eri toimijatahot saataisiin toimimaan yhdessä yhteisen tahtotilan saavuttamiseksi.

Päihdetyön tekemisen vahvuuksina Varkaudessa nähdään mm. vahva ammattitaito, työntekijöiden sitoutuminen, toimiva yhteistyö eri toimijoiden kesken ja se, että on hyviä, vakiintuneita käytäntöjä. Heikkouksina nähdään mm. se, että päihdetyön resurssit (raha, henkilökunta) vähenevät, perusterveydenhuollon rooli päihdetyössä on selkiintymätön, ei ole riittävästi tietoa toisten toiminnasta ja uusista asioista ja verkostossa ei tehdä (riittävästi) yhteistyötä.

Heinävesi

Heinävedellä päihdestrategian on laatinut moniammatillinen päihdetyöryhmä, joka on toiminut kunnassa päihdetyön koordinoijana ja kehittäjänä jo useita vuosia. Heinäveden kunnan ensimmäinen päihdestrategia valmistui 2001.

Taustatietoa Heinäveden päihdetilanteesta työryhmä keräsi kirjallisilla kyselyillä eri toimipisteiltä, jotka joutuvat työssään tekemisiin päihdeasioiden ja päihdeasiakkaiden kanssa. Tietoa on kerätty myös alkoholin myynti- ja anniskelupisteiltä ja yhdistyksiltä. Päihdetyöryhmän jäsenet ovat myös haastatelleet eri ammattikuntien edustajia. Helmikuussa 2000 järjestettiin päihdetapauslaskenta eri työyksiköissä. Lisäksi kerättiin eri toimialoilta erilaisia tilastotietoja viimeiseltä 3 – 5 vuodelta. Stakesin alkoholi- ja huumetilastoja on myös hyödynnetty tätä strategiaa laadittaessa.

Strategian tavoitteena on ohjata ja antaa suuntaa kunnassa tehtävälle päihdetyölle. Strategian päivityksestä on vastannut moniammatillinen päihdetyöryhmä. Viimeisimmässä päivityksessä on otettu huomioon Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatiman: Alkoholiohjelma 2004 – 2007, Yhteistyön lähtökohdat 2004 (julkaisu 2004:7) ja sen näkökohdat. Päivitys on tehty syksyllä 2004.

Päihdestrategian liitteeksi on laadittu vuonna 2002 nuorten toimintamalli – Tarteisko tehdä jotain!?! Toimintamallin tavoitteena on ehkäistä ja vähentää nuorten päihteiden käyttöä, tunnistaa ja tiedottaa riskitekijöistä, puuttua varhain havaittuun riski- ja päihdekäyttäytymiseen sekä turvata nuorelle tuki ja apu ongelmatilanteissa.

Leppävirta

Tietoisuus alkoholin kulutuksen lisääntymisestä ja siitä aiheutuvista terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista on ollut perustana myös Leppävirran päihdestrategiaa laadittaessa. Leppävirran päihdestrategiassa kootaan yhteen olemassa olevat palvelut sekä nykyiset toimintamallit. Tavoitteena on edistää kuntalaisten hyvinvointia ja minimoida päihdehaittoja. Strategian on koonnut ja laatinut kunnan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, sairaanhoitaja Helena Alanne. Päihdestrategian linjauksissa korostetaan lasten, nuorten ja perheiden huomioimista, työpaikkojen ja työyhteisöjen aktiivista, varhaista puuttumista päihdeongelmiin sekä ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamista.

Joroinen

Joroisten kunnan sosiaalilautakunto on hyväksynyt kunnan päihdestrategian vuonna 2003. Sama päihdetyön työryhmä, joka on ollut tekemässä strategiaa, vastaa sen päivittämisestä kerran kahdessa vuodessa. Strategiassa painotetaan ennaltaehkäisyä sekä lasten ja nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön puuttumista. Strategiassa on useita liitteitä, mm. kysely joka on tehty päihteiden käytöstä nuorille, malli mini-interventiosta, motivoivan haastattelun yleisperiaatteet, päihteiden käyttöön liittyviä testejä ja lomakkeita sekä päihteiden käytön tunnistamisen apuvälineitä.

3.3. Jyväskylän seutu päihdestrategioiden valossa

Jyväskylässä ei ole erillistä päihdestrategiaa, vaan päihdestrategiaan sisältyvät asiat sisältyvät sosiaali- ja terveystoimen eri ohjelmien ja strategioiden sisälle, joita en tässä raportissa lähtenyt erittelemään. Päihdeongelmainen asiakas ohjataan Jyväskylässä joko Nuorten erityispalveluun (alle 21-vuotiaat) tai Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön palveluiden pariin (yli 21-vuotiaat).

Jyväskylän Seudun päihdepalvelusäätiön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia sekä niihin liittyvää syrjäytymistä Keski-Suomen maakunnan alueella. Säätiö tuottaa kustannushyötysuhteiltaan järkeviä ja laadukkaita päihdehuollon avo- ja laitospalveluita erityispalveluja alkoholin, lääkkeiden sekä huumeiden käyttäjille. Päihdepalvelusäätiön tavoitteena on toimia julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä sekä seudullista toimintaa kokoavana ja kehittävässä organisaationa, jonka omaama päihdehuollon erityisosaaminen ja asiantuntemus hyödyntää ensisijaisesti koko Keski-Suomen aluetta. Säätiö tuottaa tietoa hoitopalveluista ja päihteiden käytöstä sekä niihin liittyvistä muutoksista. Käytännön toimillaan ja kannanotoillaan säätiö ottaa osaa yhteiskunnalliseen keskusteluun ja vaikuttaa päihde- ja hoitopoliittiseen päätöksentekoon omien arvojensa mukaisesti.

4. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön puitteet ja työtavat sekä näkemykset asiakkaan muutosvalmiudesta

Kaisa Ovaskainen

4.1. Asiakaspolut

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihdeongelmia Kuopion seudun alueella. Säätiöllä on Puistokadulla sijaitseva **Päihdekliniikka**, joka tuottaa avohoitopalveluja päihdeongelmaisille ja heidän läheisilleen. Toiminta perustuu psykososiaaliseen kuntoutukseen ja päihdelääketieteen menetelmiin. Säätiön **päihdeosastolla** on katkaisu- ja vieroitushoitoa sekä integroitua kuntoutusta tarjoava yksikkö. Säätiön päihdeosasto sijaitsee Mäkikadulla. Lisäksi terveysneuvontapiste **Portti** ja matalankynnyksen kohtaamispaikka **Olkari** sijaitsevat Vuorikadulla. Asiakaspolut ovat liitteenä (liite 1a). Raportissa käytän rinnakkain käsitteitä asiakas ja potilas, koska Päihdepalvelusäätiön työntekijätiimi on moniammatillinen, ja siihen kuuluu sekä sosiaali- että terveysalan ammattilaisia. Lisäksi asiakkaan fyysinen ja psyykinen kunto määrittää sitä, käytetäänkö hänestä asiakas vai potilas nimitystä. Kuntoutuksen yhteydessä käytetään käsitettä kuntoutuja.

Päivystys

Päivystävien sairaanhoitajien haastattelutuokio tuotti seuraavanlaisen kuvan päivystyksen toiminnasta. Päivystystiimiin kuuluu kolme työntekijää: yksi ohjaaja, Kirsi-Marja Pentikäinen, ja kaksi sairaanhoitajaa, Tuija Ruotsalainen ja Tanja Miettinen, sekä lääkäri Hannu Pentikäinen.

Päivystyksen vastaanotossa ja ajanvarauksessa toimiva työntekijä ottaa vastaan puheluita, ohjaa asiakkaita oikeisiin paikkoihin, tekee ensimmäisen arvion asiakkaan kunnosta ja kuuluvuudesta päihdepalveluiden piiriin, päivystyksen sairaanhoitajan ajoille tai kehottaa ottamaan yhteyttä seuraavilla päivystysajoilla, mikäli niitä ei ole samana päivänä saatavilla. Osastokatkaisuun hakeutujia voidaan myös kehottaa hakemaan lähete yksityisen lääkärin tai työterveyslääkärin kautta. Asiakas pyritään aina ohjaamaan jonkun muun palvelun piiriin, jos päivystys ei pysty tarjoamaan apua. Päivystyksen kahden sairaanhoitajan työnsisältö on sama, mutta joitakin

painotuseroja on tutkimusjaksojen tekemisen ja päivystystyön suhteen. Päivystysaika on arkisin klo: 9.-11.00 välisellä ajalla tai samana aamuna tehdyllä ajanvarauksella. Päivystysaika on 20 minuuttia. Sairaanhoidajien ajanvarausvastaanotto on klo: 8.00–9.00 ja 12.–14.00 välisellä ajalla. Ajanvaraus on kestoaltaan yleensä 30–45 minuuttia. Hoidon tarpeen ja kartoituksen jälkeen asiakas voidaan ohjata avokatkaisuun (eli hänelle annetaan avokatkaisulääkkeet), osastokatkaisuun, varataan hänelle uusi aika Päihdeklinalle tai viedään asiakkaan asia moniammatilliseen tiimiin. Asiakas voidaan myös ohjata terveyskeskuksen omalle lääkärille tai KYS:n yhteispäivystykseen.

Päihdeklinikan päivystyksen sairaanhoitajat vastaavat avokatkaisuhoidosta ja valvotusta lääkkeenjaosta. Työtehtäviin kuuluvat seulojen ottaminen, osaltaan tutkimusjaksotyöstä ja vähissä määrin ajokorttiseurannoista vastaaminen. Osastokatkaisun valitseminen vaatii kokonaistilanteen määrittelyä. Siihen vaikuttavat mm. asiakkaan motivaatio, perhetilanne, se, onko asiakas ensikertalainen, onko hänellä somaattisia tai psyykkisiä sairauksia, asiakkaan aikaisemmat voimakkaat vieroitusoireet (kouristukset, delirium) ja asiakkaan liikuntakyky.

Asiakkaat ovat olleet iältään 18–84-vuotiaita. Ala-ikäiset ohjataan hoitoon muualle konsultoiden nuorten työryhmää, joka sijaitsee samoissa toimitiloissa Päihdeklinikan kanssa. Yhteistyötahoja ovat talon sisäiset yksiköt, kuten edellä mainittu nuorten työryhmä ja katkaisuhoido-osasto jatkohoidon kannalta, sekä lääkärit. Lisäksi tehdään yhteistyötä omaisten, sosiaalitoimen, lastensuojelun, KYS:n yhteispäivystyksen, omahoitajien, terveyskeskuksen, Julkulan psykiatrisen sairaalan, Kuopion psykiatrisen keskuksen (KPK) ja ympäristökuntien lähettävien tahojen kanssa. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään myös poliisien, vartijoiden, ensihoidon, tuetun asumisen yksikön, AA:n ja A-kiltan saattajien kanssa.

Ongelmia päivystyksessä tuottaa se, että hoidon keskeyttäviä on jonkun verran, jolloin asiakkaat eivät aina saavu varatuille ajoille. Päivystykseen tulee myös asiakkaita, joista ei tiedä, kuuluvatko he päihdepalveluiden piiriin, vai olisiko akuutimpi hoidon tarve somatiikan tai psykiatrisen puolella. Joskus raja on hiuksen hieno esimerkiksi psyykkisiltä vaikuttavien oireiden kanssa, koska oire voi johtua monesta asiasta: päihtymyksestä, vieroitusoireista, aivovammasta, somaattisesta sairaudesta johtuvasta sekavuudesta, jne. Päivystyksen työntekijät kertovat, että 20 minuuttia ei riitä kaikkien kartoitettavien asioiden tekemiseen. Yleensä päivystyskäynnillä on annettava tärkein tieto ja varattava pidempi 40 minuutin aika myöhemmäksi ajankohdaksi. Oman työnkuvan selkeyttäminen ja työtehtävien määrittely koettiin tarpeiksi päivystystyössä. Työ edellyttää jatkuvaa joustamista ja aikataulut ovat tiukkoja.

Aikuisten hoitosuhdetyö

Seuraava kappale perustuu aikuisten hoitosuhdetyöntekijöiden, sosiaalityöntekijä Ann-Maj Björkbackan ja psykiatriaan erikoistuneen sairaanhoitaja Jarmo Tuomaisen, haastatteluihin. Molemmat tekevät hoitosuhdetyössä yksilö-, pari- ja perhekeskusteluja. Työtehtävissä on joitakin painotuseroja. Sosiaalityöntekijä ohjaa draama-ryhmää, naistenryhmää ja torstain ryhmää ja sairaanhoitaja osallistuu terveysneuvontapiste Portin toimintaan. Lisäksi jakoa asiakkaisissa tapahtuu jonkun verran siten, että Ann-Majilla on enemmän naisasiakkaita ja lastensuojeluasiakkaita, ja Jarmolla miesasiakkaita sekä lääkkeiden väärinkäyttäjiä. Hoitosuhdetyömiin kuuluu osa-aikaisesti myös lääkäri Riitta Kokkoranta. Hoitosuhdetyömi on moniammatillinen, ja yhteistyötä tehdään paljon mm. tiedonvaihdamisen muodossa. Asiakkaista nuorimmat ovat syntyneet 1980-luvulla ja vanhimmat 1930-luvulla. Asiakkaiden ongelmat ovat moninaistuneet ja asiakkaat ovat usein hyvin moniongelmaisia. Hoitosuhteiden kestot ovat muutamasta kuukaudesta viiteenkin vuoteen. Jotkut asiakkaat käyvät vain kerran todeten, että he eivät koe hyötyvänsä hoitosuhteesta, osa ei koskaan tule vastaanotolle asti.

Hoitosuhde alkaa siten, että päivystykseen ottaa yhteyttä joko asiakas itse, puoliso tai muu läheinen. Yhteyttä voidaan ottaa myös suoraan lastensuojelusta tai työpaikalta hoitoon ohjauksen takia. Kuopion psykiatriselta keskukselta voidaan ottaa yhteyttä ja pyytää hoitamaan asiakasta päällekkäisinä hoitosuhteina, tai Päihdeklinikan hoitojen välillä. Arviointitiimi päättää arviointijaksolla olleista, kenellä heistä on tarvetta ja hyötyä hoitosuhteesta. Päivystyksen kautta tulleet asiakkaat siirtyvät automaattisesti arviointijaksolle. Päihdeosastolla tehtyjen arviointien jälkeen on mahdollista päästä suoraan hoitosuhteeseen.

Pariskunnille on varattu keskustelu-aikaa 1 ½ tuntia, yksilöajoille tunti, sekä kirjaukset päälle. Hoitosuhde loppuu joskus äkillisesti, mutta yleensä on tavoitteena lopettaa hoitosuhde hitaasti, vähentämällä asteittain käyntejä. Hoitosuhde pyritään päättämään yhdessä asiakkaan kanssa ja asiakkaalle jätetään ”linkki” yhteydenottoon hoitosuhteeseen pahan päivän varalle. Hoitoon ohjatut siirtyvät usein asiakkaiksi esimerkiksi työterveyshuollon kontrolleihin.

Hoitosuhdetyöntekijät toivoivat, että talon sisällä tehtäisiin enemmän yhteistyötä, jos eri yksiköissä on yhteisiä asiakkuuksia. Hoitosuhdetyöntekijä voisi tarvittaessa käydä esimerkiksi päihdeosastolla keskustelemassa asiakkaansa kanssa. Hankalaa työssä on työpäivien venyminen ja ilmoittamatta jätetyt hoitosuhde-aikojen peruuntumiset.

Nuorten hoitosuhdetyö

Tässä kappaleessa esitetyt asiat perustuvat nuorten työryhmän hoitosuhdetyöntekijän kanssa käytyyn keskusteluun. Nuorten työryhmässä on kaksi työntekijää. Toinen heistä on Outi Kaikkonen, joka on koulutukseltaan sosiaalityöntekijä, ja toinen psykiatria-erikoistunut sairaanhoitaja Ulla Sairanen, joka opiskelee työn ohessa kognitiivisen psykoterapian ylemmän erityistason koulutusta. Lisäksi nuorten hoitosuhdetyöryhmään kuuluu osa-aikaisesti lääkäri Riitta Kokkoranta.

Nuorten hoitosuhteet ovat tarkoitettu pääosin alle 20-vuotiaille nuorille mukaan lukien ala-ikäiset. Yleensä sosiaalitoimisto on ohjaamassa nuorta tutkimusjaksolle/hoitoon. Hoitosuhteeseen tullaan sosiaalitoimen läheteellä, mutta se ei ole kriteeri hoitoon pääsulle. Yhteydenottoja tulee myös asiakkailta itseltään, vanhemmilta, kouluista, poliisilta, kavereilta, tyttö-/poikaystävilta ja nuorisotyön puolelta. Tärkeää työssä on poimia asiakkuuteen ne nuoret, joilla on suurentunut riski päihderiippuvuuteen. Hoitosuhde alkaa usein tutkimusjaksolla, jonka kautta asiakas pyritään ohjaamaan hänen tarpeidensa mukaisten palveluiden piiriin. Hoitosuhde päättyy suunnitelmallisesti siten, että asiakas ohjataan esimerkiksi vertaisryhmätoiminnan pariin ja pidemmälle aikavälille asetetaan ns. tarkastelukäyntejä. Asiakas voi myös ottaa suoraan yhteyttä ja sopia yksittäisen ajan, mikäli hänelle tulee ongelmia. Uutta hoitosuhdetta ei voi aloittaa ilman tutkimusjaksoa.

Ulla kertoo nuorten hoitosuhdetiimillä olevan innostusta kehittämistyöhön, mutta aikaa siihen on liian vähän käytettävissä perustyön vaativuuden takia. Työryhmällä on tarkoitus tulevaisuudessa kehittää strukturoitu lyhyt ohjelma hoitosuhteelle. Tavoitteena on tuottaa tiiviin puuttumisen malli. Tuotteistaminen voisi myös olla yksi ratkaisu hoitosuhdejono-ongelmaan.

Korvaushoitotiimi

Korvaushoidossa työskentelee kaksi työntekijää: Eeva-Riitta Mustonen ja Nina Nissinen. Lisäksi korvaushoitotiimiin kuuluu lääkäri Hannu Pentikäinen. Korvaushoidon toinen työntekijä tekee perustyön rinnalla myös tutkimusjaksoja. Jonot korvaushoitoon pääsyyn ovat Kuopiossa jopa vuoden pituisia.

Myös korvaushoitajien olon aikana voi saada muuta lääkitystä, antaa seuloja ja olla hoitosuhteessa Päihdepalvelusäätiöön. Yleensä asiakkaaksi tullaan kuitenkin osastojakson kautta.

Osastolla olon aikana toteutetaan hoitokokous, jossa ovat mukana asiakas, hänen tuleva omahoitajansa, lääkäri ja päihdepsykiatrisen osaston henkilökuntaa. Kokonaihoitovastuu Päihdepalvelusäätiön Päihdekllinikalla on 26 korvaushoitopotilaasta. Yhteistyötahoja hoidon aikana ovat mm. terveyskeskukset, työllistämispalvelu ja lastensuojelun edustajat, eri yhteistyöpalaverien muodossa. Muutoin asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa ei tehdä paljoakaan yhteistyötä.

Kuntoutumisessa pitkällä olevat asiakkaat ovat yleensä jo kouluissa, työvoimakoulutuksissa, kuntouttavassa työtoiminnassa tai työharjoitteluissa. Heiltä löytyy jo motivaatiota korvaushoitoon ja ns. normaaliin elämäntapaan. Täysi vapautuminen korvaushoidosta ei kuitenkaan kuulu potilaiden lähitulevaisuuden suunnitelmiin. Asiakkuudet kestävätkin pitkään, usein yli kolme vuotta, pisimmillään jopa seitsemän vuotta. Jotkut asiakkaat siirtyvät myöhemmin terveyskeskuksen asiakkaiksi. Korvaushoidon lisäksi potilaille annetaan kotilääkkeet (muu potilaan mahdollisesti tarvitsema lääkitys).

Päihdeosasto; katkaisu- ja vieroitushoito

Tässä kappaleessa esitetyt tiedot perustuvat tapaamiseen ja haastatteluun osastonhoitaja Pirkko Paakeli-Kurrosen ja osaston sosiaalityöntekijän Hannele Räsäsen kanssa. Päihdeosastolla kuntoutumisesta vastaa moniammatillinen hoitotiimi. Henkilökunta vieroitusosastolla koostuu sairaanhoitajista ja ohjaajista, osa-aikaisesta lääkäristä, sekä kahdesta laitosapulaisesta. Vakinaista henkilökuntaa vieroitusosastolla on kaikkiaan 18 henkilöä.

Päihdeosastolle tullaan joko Päihdepalvelusäätiön Päihdeklinkan päivystyksen kautta, tai lääkärin läheteellä. Päihdekllinikalla hoidettava avokatkaisu on aina ensisijainen katkaisumuoto. Mikäli se ei riitä, tullaan potilaiksi osastolle. Katkaisuhoidon tulevilla on usein pitkälle ja laajoille elämänalueille kehittyneitä ongelmia. Perhe- ja työtilanne otetaan huomioon hoitoarvioinneissa. Ensikertalaiset ja nuoret (silti täysi-ikäiset) pääsevät helpoimmin osastolle. Alle 18-vuotiaille nuorille katkaisuhoitopaikkoja ei ole muualla kuin nuorisopsykiatrian puolella. Päihdeosastolle tullessa humalatila pitää olla alle 1,5 promillea. Vieroitusoireet arvioidaan Ciwa-ar pisteiden avulla. Huumevieroitukseen tulevat potilaat käsitellään kuntoutuksen jonotiimissä.

Kuopion kaupungilla on sopimus Päihdepalvelusäätiön kanssa kuopiolaisten asiakkaiden hoidosta. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön päihdeosastolla tarjotaan palveluja myös Kuopion ulkopaikkakuntalaisille, mutta Kuopion kaupunki on selkeästi suurin palvelujen käyttäjä (n. 90 %

paikoista päihdeosastolla ja kuntoutuksessa 75 % asiakaspaikoista). Ympäristökunnista tarvitaan lähetteen lisäksi maksusitoumus.

Päihdeosastolla vieroitushoitoon on alkoholikatkaaisuun seitsemän paikkaa ja huumevieroitukseen kaksi potilaspaikkaa, mutta paikoissa ollaan joustavia tarpeen mukaan. Lääkäreitä tarvitaan enemmän kun on kysymys lääkkeiden tai huumeiden käyttäjistä, mutta muuten käyttäjäryhmä ei vaikuta toimintaan. Koska katkaisuhoidon puolella on ympärivuorokautinen valvonta, on mahdollista valvoa myös samoissa tiloissa olevia lääkeriippuvaisia kuntoutujia. Katkaisujakso kestää alkoholivieroituksessa 5-7 vuorokautta ilman viikonloppukotiutusta. Huume- ja lääkevieroituksessa hoitajakson pituus on 2-5 viikkoa. Hoidon keskeytyksiä tapahtuu melko vähän.

Katkaisuosaston yhteistyökumppaneita ovat potilaan perhe, sosiaalitoimi (perus-, lastensuojelu- ja asuntoasioiden osalta), apteekit (lääkehoidon järjestely), poliisi, Kuopion psykiatrian keskus, mielenterveyspalvelut, terveyskeskus, sekä hoitavat tahot kolmannella sektorilla, esimerkiksi AA, A-kilta ja Kriisikeskus. Jatkohoitojen suhteen katsotaan ensisijaisesti oman talon tarjoamat palvelut mikäli ne vastaavat asiakkaan tarpeisiin. Tarpeen mukaan otetaan yhteys muihin kuntouttaviin laitoksiin ja avopalveluihin.

Osastolla olevalla arviointitiimillä tarkoitetaan kyseisenä päivänä työvuorossa olevia työntekijöitä ja erityisesti omaa ohjaajaa, jotka potilaasta muodostuneen kuvan ja kirjatun tiedon valossa tekevät jatkohoitoarvioinnit. Eri jatkohoitoihin mennessä on erilaisia tiimejä, joissa potilaan asiat ja hoidon tarpeellisuus ja kiireellisyys arvioidaan. Osastoilla pyritään tekemään kehittämistyötä mm. asiakaspalautteiden avulla.

Kuntoutus

Kuntoutussuunnittelija Päivi Tourunen esitteli ajatuksiaan uudesta kuntoutumispuolesta ja sen toiminnasta Mäkikadun päihdeosastolla. Uudella, maaliskuun alussa avatulla kuntoutuspuolella on kahdeksan asiakaspaikkaa, mahdollisesti myöhemmin kymmenen asiakaspaikkaa. Työntekijöitä kuntoutuspuolella on neljä kokoaikaista: kuntoutussuunnittelija, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja ja ohjaaja. Lisäksi kuntoutustiimiin kuuluu osa-aikainen osastonlääkäri Riitta Keski-Kuru ja osastonjohtajana Pirkko Paakeli-Kurronen.

Laitoskuntoutusjakso on osa muuta kuntoutusta (avohoitoa). Peruskuntoutusjakso kestää kaksi viikkoa ja se aloitetaan lääkärin vastaanotolla, jossa on mukana myös kuntoutussuunnittelija. Vastaanotolla sovitaan aloittamisajankohta, kuntoutuksen kesto ja intervallijaksot. Pääsääntöisesti jaksolle tullaan kotoa, mutta joskus kuntoutus alkaa suoraan katkaisujakson jälkeen. Vieroitusoireisena kuntoutukseen ei voi tulla, vaan jakso muutetaan tällöin katkaisujaksoksi. Tiistai on kuntoutuksen sisäänottopäivä (tuloryhmä) ja kuntoutusjakso päättyy maanantaisin.

Kuntoutukseen kuuluu kuntoutussuunnittelutiimi. Nämä tiimit toimivat ns. verkostopalavereina ja niissä on usein mukana asiakkaan oma työntekijä, oma hoitaja, puoliso, jne. Kuntoutussuunnittelutiimiin viedään yleensä isot ja monimutkaiset tilanteet ja ”kevyempänä” vaihtoehtona on kuntoutussuunnittelijan haastattelu. Kuntoutustiimissä (joka samalla toimii kuopiolaisilla maksusitoumustiiminä) tai kuntoutussuunnittelijan haastattelussa ratkaistaan, onko kuntoutus järkevintä suorittaa Päihdepalvelusäätiön kuntoutuspuolella vai ostopalveluna jossain muussa paikassa, esimerkiksi Tuhkimossa, Tyynelässä tai Terapiatehtaalla. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön ulkopuolelle kuntoutukseen laitetaan erityisesti huume kuntoutujia, perheitä ja pariskuntia, koska säätiön omat resurssit ovat edellisten kuntouttamiseen usein riittämättömät. Kuntoutussuunnittelija on tutustunut useisiin eri kuntouttaviin tahoihin, joten yleensä ostopalvelupaikasta on etukäteistietoa.

Ulkopaikkakuntalaisten lähetteet menevät jonotiimiin, jossa päätetään haastatteleeko kuntoutukseen tulijaa kuntoutussuunnittelija vai isompi tiimi (verkostopalaveri). Jonotiimissä käsitellään myös intervalli-jaksot ja huumevieroitukseen tulevat. Kuopion ulkopuolelta tulevat ohjataan aina Päihdepalvelusäätiön kuntoutukseen. Jos kuntoutus ei ole soveltuva, lähettävä kunta saa itse päättää ja hoitaa kuntoutuspaikan asiakkaalle. Kuopiolaiset ovat Päihdepalvelusäätiön toiminnassa eri asemassa, koska Kuopion kaupungilla on kokonaissopimus paikkakunnan päihdehuollon hoitamisesta Kuopion seudun päihdepalvelusäätiön kanssa.

Kuntoutuksen jatkumoon kiinnitetään paljon huomiota. Luottamus lähettäviin/ maksaviin tahoihin on tärkeää. Kuntoutuksesta kerrotaan avoimesti ja kuntoutuksen prosessinomaisuutta korostetaan, eli mm. sitä, että asiakasta ei jätetä kuntoutuksen jälkeen yksin ”tyhjän päälle”, vaan kuntoutusta seuraavat intervallijaksot ja jatkohoitopaikat esimerkiksi avopuolella. Kuntoutuksessa ei ole keskeyttäneitä, mutta osa jättää saapumatta sinne. Erilaisten päihteiden käyttäjät ovat toimineet todella hyvin ollessaan yhdessä kuntoutuksen puolella asiakkaina.

Kuntoutuksen päättymisvaiheessa loppuraportit käydään asiakkaan kanssa läpi. Asiakasta koskevat jatkosuunnitelmat ja jatkohoitopaikat ovat kirjattuna loppuraporteissa. Jatkosuunnitelmia käydään läpi myös intervallijaksolla ja hoitosuhteissa, jolloin voidaan samalla seurata asiakkaan edistymistä ja mahdollisia retkahduspaikkoja. Loppulausunnot tehdään aina samalla pohjalla. Selkeät kirjaukset ovat tärkeitä, koska lausunto seuraa asiakasta jatkohoitopaikkoihin. Loppulausunnon kirjoittaa yleensä asiakkaan omahoitaja.

Terveysneuvontapiste ja Olkkari

Olkkari on RAY:n rahoittama ja Kuopion Seudun Päihdepalvelusäitiön hallinnoima hanke, jonka tavoitteena on perustaa matalan kynnyksen kohtaamispaikka huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen. Hankkeen toisena tehtävänä on terveysneuvontatoiminnan edistäminen ja kehittäminen Kuopion, Siilinjärven ja Varkauden seuduilla. Hankkeella on kaksi kokoaikaista työntekijää.

Olkkari on aloittanut asiakastoimintansa elokuussa 2007. Alussa asiakkaat eivät löytäneet paikkaa, ja asiakastilat olivat usein tyhjillään. Kun Olkkarin suhde Päihdepalvelusäitiön muun toiminnan kentässä hahmottui, ja tieto paikasta levisi kohderyhmän keskuudessa, on asiakaskunta löytänyt paikan. Tällä hetkellä vakiokävijöitä on noin kaksi kolmasosaa asiakkaista, loput ovat satunnaisia kävijöitä. Myös uusia asiakkaita käy miltei joka viikko. Naisia on hiukan enemmän kuin miehiä. Naiset tulevat usein paikalle pareittain. Ikähaarukka kävijöiden välillä on noin 20–48 vuotta.

Paikan ”mainostaminen” huumeidenkäyttäjien keskuudessa on ollut vaikeaa, koska ns. normaalit informointireitit eivät tavoita asiakkaita. Lähinnä huumeidenkäyttäjien itsensä keskuudessa, ”piireissä”, leviävä tieto on keino tiedottaa paikasta. Koska Olkkarin asiakkaat ovat usein huumeiden aktiivikäyttäjiä, on hoitosuhdetyöntekijöiden vaikea oman työnsä puolesta markkinoida omille asiakkailleen Olkkaria, koska huumeiden käyttäminen ei ole hoitosuhteessa oleville suotavaa.

Luottamuksella on suuri merkitys huumeidenkäyttäjien kanssa työskentelyssä. Selkeää asiakasprofiilia Olkkarissa ei ole, mutta lähinnä asiakkaat koostuvat huumeidenkäyttäjistä, jotka eivät ole kiinnittyneet muuhun hoitosuhteeseen tai ovat tipahtaneet muista hoitosuhteista. Kohderyhmä on tosin hakenut muotoaan hankkeen aikana ja tämän hetken asiakaskunnasta osa on avohoitosuhteessa Päihdepalvelusäitiöllä. Nuorten työryhmän työntekijät ohjaavat yli 18-vuotiaat

asiakkaat oman harkintansa mukaan Olkkarin palvelujen piiriin. Olkkari toimii hyvänä lisänä muihin hoitokontakteihin.

Osa asiakkaista asioi myös terveysneuvontapiste Portissa, ja ohjautuu siitä kautta Olkkariin. Portin asiakkaat ovat lähinnä suonensisäisten huumeiden käyttäjiä tai heidän läheisiään. Palvelun lähtökohtana on haittojen minimointi, joka pitää sisällään pistämisvälineiden vaihtoa, sekä ohjausta esimerkiksi suonensisäisen huumeidenkäytön riskeistä. Palvelu on hyvin matalakynnyksistä, joka tarkoittaa mm. sitä, että asiakas saa asioida nimettömänä, ja myös päihtyneenä.

Portin asiakkaat ovat pitkälti ihmisiä, joiden elämään kuuluu säännöllinen tai epäsäännöllinen suonensisäisesti tapahtuva huumeidenkäyttö. Usein he ovat muuhun hoitoon kuulumattomia, yleensä pitkäaikaisia huumeidenkäyttäjiä, joilla on ollut useita hoitokokemuksia, sekä vankila- ja laitosjaksoja. Portissa asioi myös hoitosuhteessa tai seurannassa olevia huumeidenkäyttäjiä. Portti on avoinna kaksi kertaa viikossa klo: 16.–18.00. Portin toiminta on lakisääteinen palvelu, joka kuuluu perusterveydenhuollon piiriin ja on Kuopion kaupungin rahoittama. Portin toiminnasta vastaa osa-aikainen sairaanhoitaja ja hänen työparinaan on toiminut Irti Huumeista ry:n vapaaehtoistyöntekijä tai Päihdepalvelusäätiön muu henkilökunta.

Portin ja osin myös Olkkarin voidaan lähinnä ajatella kuuluvan asiakaspolun alkupäähän, josta ihmiset mahdollisesti ponnistelevat työntekijän ohjaamana ja kannustamana päivystykseen, ja sitä kautta osastovieroitukseen, hoitosuhteeseen ja mahdollisesti korvaushoidon piiriin.

4.2. Kuvaus keskeisistä työmenetelmistä ja työtavoista eri toimintayksiköissä

Päivystys

Päivystyksen perustehtävä on päivystysasiakkaan tilanteen kartoitus ja arviointi, jossa selvitetään asiakkaan perustiedot, tulosityy, lähettävä taho, viimeaikainen päihdehistoria, vieroitusoireet, aiemmat vaikeat vieroitusoireet, perhetilanne, asumistilanne, oheissairauden (fyysiset ja psyykkiset), kotilääkitykset ja aikaisemmat hoitojaksot.

Toiseksi päivystykseen kuuluu tietosuojasta tiedottaminen, puhallutukset ja alkometri, huumeseuat, lääkärin, viranomaisten, ym. yhteistyökumppaneiden konsultointi, terveysneuvonta, rokotukset,

laboratoriolähteet, ohjaus ja neuvonta omaisille, asiakkaille ja yhteistyötahoille, puhelinpäivystys (arkisin klo: 11.30–12.00) ja avokatkaisulääkityksen arvioiminen ja antaminen Päihdekllinikalla. Päivystyksessä myös kirjataan hoitotyö, tehdään tilastointia ja Pompidou (huumehoidon tietojärjestelmä). Päivystyksen sairaanhoitajat vastaavat avokatkaisuhoidosta ja valvotusta lääkkeenjaosta, johon liittyy seulojen ottaminen, ja osaltaan he vastaavat myös tutkimusjaksotyöstä.

Päivystyksen sairaanhoitajilla on apuvälineinä työssään erilaisia lomakkeita. Erityisesti on käytössä Ciwa-ar, joka on tarkoitettu vieroitusoireiden voimakkuuden arviointiin, ja jonkun verran käytetään AUDIT-testiä päihteidenkäytön kartoitukseen. Lisäksi tarvittaessa on käytettävissä Sokrates-muutosvalmiustesti, SADD-testi riippuvuuden voimakkuuden määrittämiseen, SDS-pisteitys huumausaineriippuvuuden vakavuuden arviointiin ja BDI masennuksen arviointiin.

Menetelmällisesti päivystystyötä voidaan ajatella mini-interventiona, jossa suuressa roolissa on tiedon antaminen. Päivystyksessä huolehditaan myös Antabus-hoidosta, ja annetaan akupunktiota ryhmä- tai yksilöajoilla. Antabus aloitetaan kyllästyksellä, eli antabusta annetaan kolmena päivänä peräkkäin, jonka jälkeen valvottu Antabus-annos otetaan kaksi kertaa viikossa. Mahdollisesti lääkitys aloitetaan jo osastojaksolla. Ennen hoidon aloittamista selvitetään keskustelujen kautta potilaan motivaatio ja sitoutuminen hoitoon. Myöhemmin on mahdollista saada myös kotilupia lääkkeelle. Yleensä Antabuksen myötä asiakasta ohjataan myös käyttämään muita palveluja, kuten hakeutumaan tutkimusjaksolle, hoitosuhteeseen, ryhmiin, jne. Antabusta jaetaan yksilö- ja ryhmäajoilla.

Korvaushoito

Korvaushoito on psykososiaalista kuntoutusta, johon liittyy myös lääkehoito. Toimintamuotoina ovat valvottu lääkkeenjako, hoitosuhdekäynnit ja ryhmätoiminta. Lääkehoito tarkoittaa Buprenorfiinin ja Metadonin valvottua päivittäistä tai harvennettua lääkkeenjako, sekä siihen liittyen huumesulojen ottamista ja laboratorionkokeita. Psykososiaalinen kuntoutus tarkoittaa käytännössä hoitosuhdekäyntejä, lääkärissäkäyntejä, hoitokokouksia (joissa läsnä on potilas, omahoitaja ja lääkäri), perhe- ja verkostotyötä sekä muiden tarvittavien tukitoimien liittämistä hoitoon.

Alussa potilas käy kolmen kuukauden ajan Päihdekllinikalla joka päivä, ja antaa satunnaisseulat noin kerran viikossa. Myöhemmin asiakkaan tilannetta harkitaan, ja annetaan kotilupia lääkkeille.

Lääkkeen antamiseen varataan aikaa 20 minuuttia, ja keskusteluaika on 45 minuuttia, mutta käytännössä molempia tehdään päällekkäisinä aikoina. Alussa keskusteluaikojaa on noin kerran viikossa, myöhemmin noin kerran kuukaudessa, potilaan tarpeet huomioiden. Korvaushoitopotilaiden keskusteluryhmään osallistuvat lääkäri, sairaanhoitaja ja noin 8-10 korvaushoitopotilasta.

Aikuisten hoitosuhdetyö

Hoitosuhdetyö on yksilö-, pari-, perhe- ja verkostotyötä. Myös hoitosuhteessa tehdään arviointeja esimerkiksi lastensuojelun tarpeisiin, sekä lausuntoja oikeuteen ja työpaikoille. Kun asiakas aloittaa hoitosuhteen, tavataan ensimmäisen kerran avoimin mielin ilman ”käsikirjoitusta”, vaikka asiakkaasta olisi esitietoja. Tutustumisen jälkeen laaditaan asiakkaan kanssa jatkosuunnitelmia. Aloittamisen jälkeen ja luottamuksen synnyttyä asiakkaan asioista saadaan yleensä tarkempi kokonaiskuva.

Hoitosuhde voidaan laittaa ”hyllylle”, jos sen toteuttaminen on asiakkaalle hyvin vastentahtoista. Osa asiakkaista tulee hoitoon ohjattuina lastensuojelun tai työnantajan puolelta. Silloin oma vastustus voi olla voimakasta, tai hoidon tavoitteena on hakea todistus jotakin tarkoitusta varten. Lyhyet hoidot eivät ole toimivia, koska asiakas ei välttämättä ole motivoitunut tulemaan hoitoon, vaan motivointia täytyy tehdä ensimmäiset kuukaudet. Hoitosuhteessa asiakkaan luottamus saavutetaan hitaasti, ja se on perusta hoitosuhteen toimivuudelle. Myös työntekijän pitää olla motivoitunut työhönsä, jotta pystyy motivoimaan toista!

Koskaan ei voi ensitapaamisella tiedä, kenen asiakkaan hoidon tavoitteet toteutuvat. Kaikille on annettava samat hoidolliset mahdollisuudet. On valittava jokaiselle asiakkaalle sopiva hoitomuoto ja räätälöitävä palvelu asiakkaan tarpeiden mukaan. Jos esimerkiksi perheessä on päihdeongelma, pitäisi molemmat perheen aikuiset hoitaa sekä pari-, että yksilökeskustelujen avulla. Parikeskustelut vedetään yleensä molempien osapuolten omien hoitosuhdetyöntekijöiden ollessa mukana keskustelussa. Myös perheen lapset tarvitsevat omaa keskusteluaikaa, jolloin he menevät nuorten hoitosuhdetyöntekijöiden puolelle. Nykyinen lastensuojelulaki velvoittaa kuulemaan ja kuuntelemaan myös pieniä lapsia. Vanhemmat voivat myös käydä hoitosuhteessa lastensa päihdeongelman takia. Myös kotikäyntejä asiakkaan luona ja käyntejä toisessa asiakasta hoitavassa yksikössä, kuten vieroitussosastolla, on tehty.

Yhteistyötä tehdään Kuopion psykiatrisen keskuksen kanssa, missä käydään myös hoitokokouksissa. Lisäksi yhteistyötä tehdään sosiaalityön ja lastensuojelun kanssa.

Nuorten hoitosuhdetyö

Hoitosuhdetyöhön liittyy nuorten arviointijakso, joka kestää noin viisi käyntikertaa, sekä hoitosuhdekäynnit arvioinnin jälkeen. Arviointijaksolla vanhemmat ovat usein lastensa mukana. Arvioinnissa käydään läpi mm. nuoren päihdehistoriaa ja koulutaustaa. Lastensuojelun työntekijä on aina arvioinnissa mukana, ja yhteistyötä sosiaalityön kanssa tehdään paljon. Joka käyntikertaan sisältyy seulojen ottaminen, mikäli asiakkaalla on kysymyksessä huumeongelma. Arviointijaksoon kuuluu yleensä myös lääkärin arviointi.

Joskus arviointi ei onnistu, ja ensimmäisen kerran jälkeen otetaan yhteys sosiaalihuoltoon, jonka kautta nuori esimerkiksi sijoitetaan kodin ulkopuolelle jonnekin, missä nuorelle pystytään asettamaan rajat. Nuoria voi käydä hoitosuhteessa myös sijaisperheistä. Arvioinnissa tehdään yhteistyötä myös nuorisopsykiatrian kanssa, jos hoitosuhde itsessään ei ole riittävä tuki nuorelle.

Hoitosuhdetyöhön kuuluvat myös ajokorttiseurannat, sekä hoitosuhdetyö ja seuranta korvaushoitoon jonottavien nuorten kanssa. Lisäksi asiakkaana on nuoria vanhempia lastensuojelun puolelta, jolloin hoitosuhdetyöntekijät käyvät myös heidän huoltosuunnitelma-neuvotteluissaan. Työparityöskentelyä tehdään sosiaalityöntekijöiden kanssa. Omais- tai läheiskäyntejä on jonkun verran. Vanhemmat voivat tulla puhumaan lastensa, ja lapset vanhempiensa päihdeongelmista. Hoitosuhdetyöntekijät vetävät myös nuorten ryhmää tiistai-iltaisina, jossa käsitellään erilaisia teemoja. Nuorten ryhmässä on myös toimintaa, kuten kädentaitojen harjoittamista, pientä purtavaa ja kuulumisten vaihtoa. Yleensä ryhmässä kävijät ovat yksilöhoitosuhteessa olevia nuoria. Nuorille on myös oma päivystyspuhelin, johon voi ottaa yhteyttä.

Menetelmänä on tukea antava ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Tärkeää on tukea nuorten selviytymistä arjessa. Hoitosuhteessa käydään läpi koko nuoren elämä, ja yhdessä mietitään ratkaisuja nuoren ongelmiin. Mietitään, millaisia tunteita nuorella herää, ja myötäelätään nuoren esille tuomissa vaikeissa asioissa. Nuoren kanssa käsitellään etenkin niitä teemoja, joita hän itse tuo esille. Hoitosuhteessa ei toteuteta lääkehoitoa, koska itseisarvo halutaan käynneillä säilyttää keskustelussa. Lääkehoito voidaan tarvittaessa toteuttaa muutoin Päihdepalvelusäätiön alaisuudessa.

Työvälineinä hoitosuhteessa käytetään arvioinnissa mm. päihdehistorian kartoitukseen päihdepäiväkirjaa, mielialamittaria, tekemispäiväkirjoja, lomakkeista BDI-lomaketta, nuorten päihdemittaria, SADD:ia riippuvuuden mittaamiseen, Sokrates-testiä muutosvalmiuden määrittämiseen, Jesi-lomaketta toiminta- ja sosiaalisten kykyjen mittaamiseen, hoitosuhteessa käytetään myös voimavarakortteja, verkostokarttaa ja selviytymissuunnitelmaa. Työntekijöille on järjestetty parityönohjaus kerran kuukaudessa, tiimityöskentelyä on paljon nuorten hoitosuhdepuolella, ja myös muiden hoitosuhdetyöntekijöiden kanssa puretaan työasioita.

Hoitosuhde alkaa siten, että yhteydenottoa kautta otetaan esitiedot tilanteesta ja asiakkaan aika annetaan hänelle joko heti, tai ilmoitetaan aika hänelle soittamalla mahdollisimman pian. Vastaanotto tapahtuu joko työparina tai yksin. Käyntiaikoja nuorelle varataan yleensä kerran viikossa. Ensimmäisellä kerralla mukana ovat yleensä vanhemmat ja lähettävän tahon edustaja, kuten sosiaalityöntekijä. Käynnin aikana päätetään jatkosuunnitelmasta, siitä, mikä onärkevin hoitotaho asiakkaan tarpeisiin. Myös kriisipalavereja on jonkun verran karkaamisien, seulojen, tai muiden syiden takia. Palaverissa päätetään suunnitelmallisesti, onko asiakkaan kannalta paras jatkotoimenpide hoitosuhde, joku muu paikka tai sitten katsotaan, että hoidon tarvetta ei ole.

Tavoitteena nuorten kohdalla on harvoin täysraittius, mutta päihteiden käyttöä yritetään järkeistää. Suonensisäisesti huumeita käytäviä pyritään saamaan kuntoutukseen, osastovieroitukseen tai päivätoimintakeskus Olkkariin. Uudelleen arviointia tehdään aika ajoin mm. nuorisopsykiatrian puolella tai Sihtissä eli nuorten matalan kynnyksen paikassa nuorisopsykiatrian puolella.

Päihdeosasto, katkaisu- ja vieroitusosasto

Osasto tarjoaa katkaisuhoidoa alkoholi-, lääke- ja huumeriippuvaisille potilaille, tutkimusjaksoja hoidon tarpeen määrittämiseksi ja ennaltaehkäisevää hoitoa ehkäisemään retkahduksia. Lisäksi viikonloppuisin päihdeosaston henkilökunta toteuttaa korvaushoitolääkkeiden annostelun sekä päihdeklinikan korvaushoitopotilaille että KYS:n lääke- ja huumeriippuvuuspoliklinikan potilaille.

Osastolle tulotarkastus ja sopimukset ovat samat sekä vieroitusosastolle, että kuntoutusosastolle tultaessa. Katkaisuhoidossa päätehtävänä on hoitaa erityisesti päihteidenkäyttäjän vieroitusoireita ja somaattista puolta. Lääkehoito on yksi osa hoitoa. Tärkeää on jakson aikana motivoida ja herätellä potilaan muutosvalmiutta: *”voit valita toisin ja miten se onnistuu”*. Ihmisen kohtaamisen tärkeys korostuu toiminnassa.

Ryhmät osastolla ovat akupunktio, keskusteluryhmät, A-kilta ja AA-ryhmä. Kaikki potilaat osallistuvat ryhmätoimintaan. Vertaistuki ja sosiaalinen vertailu mahdollistuvat ryhmätilanteiden kautta. Myös kuntoutuksessa olevat osallistuvat osittain ryhmätilanteisiin. Hoitosuhteessa pyritään huomioimaan yksilöllisyys. Jokaisella potilaalla on omahoitaja. Omahoitajakeskustelut painottuvat hoidon loppupuolella, kun potilaan fyysiset vieroitusoireet ovat vähentyneet. Joskus on pakko priorisoida, kenellä potilaista on potentiaalia hyötyä keskusteluista.

Sosiaalityöntekijän käyttämiä menetelmiä ovat keskusteluryhmät, tehtävät päihteistä ja retkahtamisesta, muutosvalmiudesta ja ”puskureista”. Katkaisujakson aikana myös kuntoutussuunnittelija keskustelee potilaan kanssa, ja virittää ajatusta kuntoutusjaksoon. Kuntoutukseen tulijat haastatellaan noin parin viikon kuluttua katkaisujaksosta. Tässä välissä moni asiakkaista ”putoaa” pois palvelujen piiristä. Hyödyllisempinä pidetään pitkiä katkaisujaksoja. Pitkällä osastojaksolla voidaan järjestää myös verkosto-, pari- tai perhetapaamisia. Jakson aikana arvioidaan potilaan *kokonaistilanne, muutoshalukkuus ja jatkohoito*. Vähintään potilaan asuntoasiat on oltava lähtiessä kunnossa.

Päihdeosaston yhteistyökumppaneita ovat potilaan perhe, sosiaalitoimi (perus-, lastensuojelu- ja asuntoasioiden), apteekit (lääkehoidon järjestely), poliisi, Kuopion psykiatrian keskus (KPK), mielenterveyspalvelut, terveyskeskus, sekä hoitavat tahot kolmannella sektorilla, kuten AA, A-killat ja Kriisikeskus.

Päihdeosasto/sosiaalityöntekijä

Osaston vt. sosiaalityöntekijä Hannele Räsänen kertoo, että sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluu moniammatillisessa tiimissä työskentely, lastensuojeluasiat, tilastointi, laskutus, työparina toimiminen, hakemusten täyttö, lääke-, huumejono- ja muun asiakasjonotilanteen hoitaminen, jatkohoidon arviointiin osallistuminen, verkostoituminen sekä potilaan sosiaalisen tuen kartoittaminen viranomais- ja lähiverkoston puolella.

Sosiaalityöntekijä toimii usein työpaikan ulkopuolella osaston edustajana: hän liikuttaa tietoa osastolta ulospäin, esimerkiksi päihdepsykiatriselle osastolle ja toisaalta taas tuo tietoa tullessaan osastolle päin. Viralliset yhteistyökuviot ovat päihdepsykiatrisen osaston ja huumeepoliklinikan kanssa, joissa tavataan yhteistyön merkeissä kerran kuukaudessa. Sosiaalityöntekijä osallistuu arviointitiimiin, kuntoutustiimiin, tuetun asumisen työryhmään, erityispalvelujen työryhmään,

sosiaalihuollon palavereihin sekä työnantajien ja Kelan yhteistyöpalavereihin. Sosiaalityöntekijä myös usein realisoi palavereissa käsitellyt asiat ja tilanteet asiakkaalle.

Kuntoutus

Asiakkaan hakiessa kuntoutukseen otetaan yhteyttä ensisijaisesti kuntoutussuunnittelijaan, kirjallisia läheteitä ei tarvita. Asiakkaan haastattelu voi tapahtua joko kuntoutumispaikalla tai asiakkaan kotikunnassa. Kuntoutuksessa pyritään huomioimaan sekä yksilöllisyys että yhteisöllisyys. Myös yhteisöllisyys vieroitujaksolla olevien kanssa on mahdollista. Vertaistuen merkitys kuntoutujalle on suuri ja ohjelmaa on jakson aikana paljon. Osa ohjelmasta on yhteistä katkaisu- ja intervallijaksolla olevien kanssa.

Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan kanssa yhdessä. Ohjelma sisältää tuloryhmän tiistaina, jolloin asetetaan tavoitteita, luentoja ja keskusteluja, draamaharjoituksia liittyen omaan elämään, päihteisiin liittyviä yksilötehtäviä, joita puretaan ryhmissä, omahoitaja- keskustelut ja asiakkaan kanssa yhdessä suunniteltu jatkohoito. Kuntoutujaa ei jätetä tyhjän päälle. Kuntoutujalle annetaan tietoa hänen omasta käyttäytymisestä ja sen vaikutuksista. Avopalvelut, kuten Alvari, AA ja A-kilta käyvät myös paikan päällä kertomassa toiminnastaan. Kuntoutuksen aikana pohditaan mm. muutosvalmiuteen liittyviä asioita. Kuntoutujan perhe on vahvasti mukana kuntoutuksessa, esimerkiksi läheisiltoja on kerran kolmessa viikossa, ja perheiltoja joka viikko. Läheisistä puhutaan muutenkin kuntoutuksen aikana, ja pohditaan päihteiden käytön vaikutuksia heihin. Kuntoutuksen leiripäiviä on kerran kuukaudessa. Kuntoutujille on tarjolla kuntoutumista tukevia kirjoja ja luettavaa. Iltavuorolaisen läsnäolo ja viikonloppukuntouttaminen koetaan tärkeänä, ja ryhmätoimintaa toivotaan myös viikonlopuille.

Integroitu hoito sosiaali- ja järjestöpuolen kanssa toimii, mutta terveydenhoitopuolelle se ontuu. Kuntoutuksessa on tarjolla lyhyet ja ”kevyet” hoitajakset niille, joille hoitosuhde ei ole mahdollinen. Kuntoutuksessa tehdään arviointia vapaamuotoisesti omahoitaja-keskusteluissa. Mitään strukturoitua kaavakemallia arviointiin ei ole, mutta sellaiseen olisi tarvetta. Olisi hyvä, jos olisi käytettävissä päivitettäväksi tarkoitettu versio arviointikaavakkeesta.

Lääkäritiimi

Lääkäri Riitta Kokkoranta toimii hoitosuhdepuolella lääkärinä. Hänellä on viisi omaa hoitosuhdeasiakasta, joita hän tapaa viikoittain. Hänen työnkuvaansa kuuluu lisäksi hoitosuhdetiimityö, päihdelääkärin konsultaatio, tapaamiset sen puitteissa, koulutukset, lääkitysasioiden hoitaminen ja diagnostiikka. Hän toimii naistenryhmän yhtenä vetäjänä, osallistuu Kuopion psykiatrisen keskuksen ja päihdepsykiatrian puolen hoitokokouksiin, sekä omaan työnohjaukseen. Riitta tekee osa-aikaisena 22 tuntia viikossa työtä Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiölle. Hoitosuhdelääkärin vastaanotolla asiakkaat ovat yleensä oman hoitajansa kanssa. Lääkärin työaika riittää, koska tiimin kautta voi päättää yksinkertaisempia asioita. Arviointijaksoihin kuuluu myös yleensä lääkärinkäynti. Lääkärikäynti ei välttämättä kuulu hoitosuhteisiin, vaan oma työntekijä arvioi tarpeen. Riitalla on kognitiivinen psykoterapiakoulutus, ja sillä viitekehyksellä hän pitkälti työskentelee. Erilaiset asiakkaat vaativat erilaisia lähestymistapoja. Osa asiakkaista kykenee pitkäjänteiseen työskentelyyn, mutta toiset ovat epävakaita ja hoitosuhde-aika menee elämänsolmujen selvittämiseen. Asiakkaat ovat pitkäaikaisia ja menetelmät monimuotoisia.

Riitta kirjoittaa keskusteluiden aikana paljon muistiinpanoja, jäsentää sitä kautta pääkohtia ja reflektoi niiden avulla heti tai myöhemmin asiakkaan puhetta. Motivoivan haastattelun käyttö ja fläppitaulu ovat yleisiä työvälineitä. Hän tekee myös paljon yhteenvetoja ja käsitteellistää asiakkaan kanssa hänen tilannettaan. Hoitosuhde on yhteistyösuhde, joka sisältää asian yhdessä tutkimisen. Työntekijällä on lupa tehdä ehdotelmia asiakkaan tilanteesta, mutta asiakas itse päättää, onko asia niin vai ei. Promillerajaa hoitosuhteisiin ei ole, mutta isoja asioita ei käsitellä päihtyneen kanssa. Sähköpostitse voi lähestyä myös päihtyneenä. Asiakkaan kanssa voidaan käydä läpi myös hänen humalakäyttäytymistään, ja pyrkiä muuttamaan sitä vähemmän häiriölliseksi. Se voi toimia välitavoitteena asiakkaalla. Asiakkaalle painotetaan, että humala ei vapauta vastuusta.

Asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa työskennellään vaihtelevasti ja asiakaslähtöisesti. Nuorten kohdalla vanhemmat osallistuvat usein lääkärinkäyntiin. Myös oma työntekijä voi olla mukana mm. Kaksoispisteeltä tai Aino-kodilta. Yhteistyötahoja lääkärin työssä ovat KPK, päihdepsykiatrisen osasto, hoitosuhdetiimi, lääkäritiimi, kuntoutuspuoli, päivystys, kriminaalihuolto, lastensuojelu ja työvoimapalvelu.

Osastolääkäri Riitta Keskikurun työnkuvaan kuuluu potilaiden fyysisen ja psyykkisen kunnon arviointi, lääkitysasiat ja lääkityksen arviointi, huumevieroitusasiakkaiden vastaanotto, kuntoutujien vastaanotto ja haastattelu, palaverit, kuten aamuraportit tarvittaessa, kuntoutuspalaverit, jonotiimi, kuntoutustiimit (joissa asiakas on itse paikalla), KPK:n palaverit, Päihdepsykiatrian palaverit ja erityispätevyyteen tähtäävä Huumepoliklinikan koulutus. Riitta Keskikuru työskentelee päihdeosastolla 23 tuntia viikossa, josta arviolta noin puolet menee palavereissa ja puolet on asiakastyötä (30% kuntoutuksen asiakkaiden, 10% huumeasiakkaiden ja loput noin kaksi tuntia viikossa katkaisujaksolla olevien asiakkaiden kanssa). Asiakaspäiviä on viikossa kaksi. Päihdepalvelusäätiöllä ei ole tällä hetkellä mahdollisuutta palkata täyttä työviikkoa tekevää osastolääkäriä, vaikka tarvetta olisi ainakin yhteen 38 tuntia viikossa tekevään lääkäriin. Lääkärillä ei jää aikaa esimerkiksi ryhmiin, koulutuksiin ja työnohjaukseen, sekä Päihdepalvelusäätiön yhteisiin viikkopalavereihin.

Keskikuru ei mielellään asetu minkään tietyn menetelmän käyttäjäksi, vaan valitsee menetelmän asiakkaan ja hänen tarpeensa arvioituaan. Valintaan vaikuttaa se, mitä odotuksia asiakkaalla on. Pelkkä peilaaminen ja reflektointi ei aina toimi lääkärin työssä, vaan joskus on annettava realistista palautetta asiakkaalle. Lääkärin tehtävänä on antaa tietoa, on kerrottava esimerkiksi sairausnäkemyksestä päihderiippuvuudessa, ja hoitokeinoista. Hoitomuotoja on hyvä tuoda esille tavoitteiden kautta ja esittää, että ilman tukea on vaikea selvitä sairauden kanssa.

Hoitosuhde alkaa siten, että Riitta tapaa potilaan joko kolmantena tai neljäntenä katkaisuosastopäivänä. Vain harvoilla (noin kahdella potilaalla kymmenestä) on mahdollisuus päästä lääkärin käynnille. Ajat ovat pituudeltaan noin puoli tuntia ja kirjaaminen vie noin 15 minuuttia. Lisäksi osastolla voi tulla akuutteja tilanteita (kouristus, delirium..), jotka kestävät useita tunteja. Lääkitykseen otetaan kantaa raporteilla, potilaskontakteja ei välttämättä ole. Huumevieroitukseen kuuluu kaksi kertaa kuukaudessa lääkärinkäyntejä, joissa haastatellaan potilasta ja kirjoitetaan hoidonsuunnitelmaa sekä käydään läpi potilaan päihdehistoriaa. Kuntoutuksen palaverit ovat kerran viikossa, niissä tavataan 4-5 kuntoutujaa puolen tunnin välein, sekä tehdään kirjaukset. Myös maksusitoumuksella arviointijaksolle tulevilla on lääkärin tapaaminen, noin puolen tunnin ajan.

Yhteistyötahoja osaston lääkäriellä ovat KPK, Päihdepsykiatrinen osasto ja huumepoliklinikka. Hän haluaisi olla enemmän yhteydessä Puistokadulle Päihdeklinikan puolelle. Riitta haluaisi muuttaa

omassa työssään sitä, että hänellä olisi enemmän aikaa – se olisi tärkeää koko osaston ja tiimityön kannalta.

Lääkäri Hannu Pentikäisen painopisteitä lääkärin työssä ovat tutkimusjaksot, korvaushoito ja päivystys. Hän toimii myös senioriohjaajana ja konsulttina osaston lääkärille Riitta Keskkurulle. Kerran viikossa on kaksi tuntia kestävä kuntoutustiimi, jossa tarkastellaan kuntoutujan hoidon tilannetta, tehdään pitkän linjan hoitosuunnitelmia ja pohditaan jatkokuntoutusasioita. Hannu on myös johtoryhmän jäsen ja vastaa hoito-organisaation puolesta säätiön toiminnasta. Lisäksi hän käy säätiön ulkopuolella 2-3 kertaa kevät- ja syyskaudella kahden tunnin konsultaatiopalaverissa Työvoimapalveluissa, sekä noin kaksi tuntia kuukaudessa Kuopion psykiatrian keskuksella, ja päihdepsykiatrian puolella myös noin kaksi tuntia kuukaudessa. Satunnaisesti hän myös pitää koulutuksia ja luentoja säätiön yhteistyökumppaneille.

Potilastyötä Hannu Pentikäinen tekee keskimäärin 5-10 tapaamisen verran viikossa, ja lisäksi mahdollisesti osastoilla on potilastyötä. Yksi avopuolen potilaskäynti kestää noin puolitoista tuntia kirjaamisineen. Hannun toimenkuvaan kuuluu korvaushoitopotilaiden osalta osallistuminen korvaushoitotiimiin, johon kuuluvat korvaushoitoa tekevät työntekijät. Korvaushoitoon kuuluu myös lääkärikäyntejä, joissa omahoitaja on yleensä mukana. Lääkärikäynneillä kartoitetaan hoito-ohjelman tilannetta, asumista, perhetilannetta, mahdollista oheiskäyttöä, otettujen seulojen tilannetta, tehdään kannanottoja lääkitykseen, pohditaan mahdollisuutta kotilupiin ja tehdään jatkosuunnitelmia hoidon osalta. Korvaushoidossa on otettu käytännöksi, että potilas tuo itse laatimansa tavoitteet joko lyhyelle (1-3 kuukautta), tai pidemmille (3-6 kuukautta tai 6-12 kuukautta) ajalle riippuen potilaan kyvystä tehdä pitkäjänteisiä suunnitelmia. Seuraavalla lääkärin tapaamiskerralla tarkastellaan, ovatko potilaan itse laatimat tavoitteet täyttyneet, ja miten tai miksi ne ovat, tai eivät ole täyttyneet.

Hannu osallistuu myös päivystystiimiin, johon kuuluvat päivystyksen työntekijät sekä tutkimustiimiin, johon kuuluvat tutkimusjaksoa tekevät työntekijät. Tutkimusjaksolla lääkärinajalle tulijat ovat pieni prosentti kaikista tutkimusjaksolla kävijöistä. Lääkärin resurssit eivät riitä kaikkien vastaanottamiseen ja osa asiakkaista lopettaa tutkimusjakson ennen lääkärinaikaa. Yleensä tutkimusjaksolla lääkärin ajalle tullaan, kun asiakas on käynyt hoitajan luona 2-3 kertaa. Lääkäri tekee hoidon arvion, hoidon tarpeen arvion ja diagnostiikkaa. Lääkäri on konkreettisesti osa tutkimustiimiä.

Hannu hoitaa lisäksi lääkevieroituksia. Käynneillä arvioidaan, onko vieroittautuja onnistunut, mitä ongelmia vieroituksessa on ollut ja suunnitellaan lääkevieroituksen jatkoa. Päivystyksessä ja osastolla lääkehoito katkaisulääkityksen suhteen on sairaanhoitajien arvioitavana. Hannu on tehnyt asiaan ohjeistuksen, josta Ciwa-ar pisteytyksen ja oman arvion mukaan pystyy valitsemaan oikein avo- tai osastolääkityksen.

Verkostotyötä asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa ei varsinaisesti tehdä lääkärin toimesta, yleensä ei suositella puolison tuloa vastaanotolle, paitsi jos siihen on joku pätevä syy. Korvaushoidon hoitaja voi olla vastaanotolla mukana. Verkostotyötä voidaan jonkun verran tehdä muiden potilasta hoitavien tahojen kanssa, kuten KPK:n, Julkulan sairaalan ja TYP (Työvoimapalvelut) kanssa. Yhteistyötahoja hoidon alkaessa, hoidon aikana ja päättyessä ovat KYS:n päihdekliniikka, psykiatriset hoitoyksiköt, päihdepsykiatria, Työvoimapalvelut, sosiaalitoimi linkkien kautta, naapurikunnat, terveyskeskukset ja työterveys, Kuopion terveyskeskukset, vankila ja kriminaalihuolto.

Tutkimusjaksosta

Tutkimusjakso on strukturoitu malli hoidon tarpeen arviointiin. Se on lyhyt terapeutinen interventio päihteiden ongelmakäyttäjille. Jakso on eräänlainen tuote, joka perustuu dialogiseen suhteeseen, ongelman arviointiin ja työskentelyyn yhdessä potilaan kanssa. Tutkimusjakso soveltuu sekä alkoholin, huumeiden että lääkkeiden ongelmakäyttäjille. Jakso on periaatteessa kaikille mahdollinen. Jakson aikana potilas itse täyttää kotona tarvittavat lomakkeet, jolloin aika vastaanotolla jää keskustelulle, ja potilaan ajatuksia kuunnellaan reflektoiden. Logiikka tutkimusjaksolla on selkeä: ensin pitää tutkia, ja sitten vasta hoitaa.

Menetelmiä hoidossa ovat tutkimusjaksolla ja korvaushoidossa seulat, ja alkoholin käyttäjillä verikoe, joilla pyritään määrittämään päihteiden käyttöä ja niiden vaikutusta. Näitä arvoja käytetään keskustelun tukena. Lisäksi hoidon tavoitteiden määrittely potilaiden toimesta on yksi menetelmä. Tutkimusjaksolla käytetään erilaisia lomakkeita esimerkiksi päihdehistorian kartoitukseen. Käytettyjä lomakkeita ovat mm. AUDIT, SDS, SADD, BDI ja MADRS. Somaattisia sairauksia ei varsinaisesti tutkita, mutta niihin voidaan viitata, mikäli ne ovat päihteiden runsaasta käytöstä johtuvia. Osastolla voidaan tutkia jonkun verran päihteiden vaikutuksia neurologiaan: onko potilaalla aivovaurioita tai suonensisäisiä huumeita käyttäviltä potilailta voidaan tutkia pistojälkiä, mm. ovatko ne infektoituneet.

Olkkari ja Portti

Perustehtävä Olkkarissa on ajan antaminen, kuuntelu ja läsnäolo. Asiakkaat pyritään saamaan välittämään itsestään, koska itsehoito puuttuu monilta täysin. Vasta sen jälkeen tulee mahdollinen hoitoonohjaus. Asiasta keskustellaan, jos asiakas haluaa, mutta selkeästi hoitoon ohjaavaa työtä ei Olkkarissa tehdä. Tavoitteena on jo se, että asiakkaat pystyvät hetkittäin olemaan niin ”selvänä”, että voivat osallistua päihdeettömään päivätoimintaan Olkkarissa. Koska päihdeettömyyttä ei seurata esimerkiksi puhallusten ja seulojen avulla, on vaatimuksena osallistumiseen toimintakykyisenä oleminen ja asiallinen käyttäytyminen. Osa asiakkaista on ohjautunut Olkkariin avohoito- tai osastojakson jälkeen tai niiden ohessa, jolloin tavoitteena on raittiin arjen tukeminen ja siihen kannustaminen. Olkkarissa asiakkaille tarjotaan päivätoiminnan lisäksi mm. asiointiapua, pientä purtavaa ja mahdollisuutta käyttää internetiä ja puhelinta.

Portissa pistämisvälineiden vaihdon ja puhdistusvälineiden antamisen lisäksi annetaan tietoa tartuntataudeista, terveydenhoidosta, turvallisesta pistämistekniikasta, hoitopaikoista ja turvaseksistä. Tarvittaessa annetaan myös hepatiitti A- ja B- rokotteita ja Portista on mahdollista saada lähete terveyskeskuksen laboratorioon mm. hepatiitti ja Hiv-testejä varten. Jos tilanne on otollinen, eli asiakas ei ole päihtynyt ja/tai aggressiivinen, ja asiakas ottaa asian puheeksi, Portissa puhutaan hoitoon ohjauksesta.

4.3. Työsuunnitelma Kuopioon

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätöillä kehittämiskohteiksi haastattelujen ja havainnoinnin perusteella ovat nousseet asiakaspolkujen niveltymisen siten, että putoamisia yksiköiden välillä siirtyessä pystyttäisiin vähentämään. Lisäksi jonotusajat hoitoon, mm. tutkimusjaksolle, ovat merkittävä palvelujen piiristä pois putoamisen syy. Päihdepalvelusäätöillä ongelma ja resursseja syövä tekijä ovat hoitoajat, joille asiakas ei ole tullut, eikä myöskään ole ilmoittanut estymisestään. Lisäksi työntekijöitä askarruttavat hoitoon vastahakoisesti ohjatut asiakkaat, jotka eivät näytä osoittavan mitään motivaatiota hoitoa kohtaan.

VALMA:n muutosvalmiusnäkökulmasta katsottuna MET-malli, eli muutosvalmiutta edistävä terapia, on keino edistää asiakkaiden muutosvalmiutta ja sitoutumista hoitoon. MET-malli on koettu tehokkaaksi keinoksi edistää esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevien asiakkaiden muutosvalmiutta.

Erityisesti esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevat asiakkaat ovat usein ulkopuolisen pakon edessä hoitoon tulleita asiakkaita, jotka myös jättävät muita helpommin saapumatta sovituille ajoille.

VALMA-hankkeen tavoitteena on kehittää yhdessä Päihdepalvelusäätiön työntekijöistä kootun ryhmän kanssa Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön toimintaan sopiva MET-sovellus. Säätiön työntekijöistä kootun MET-kehittämissitiimin (METKETI) tarkoituksena on, että projektisuunnittelijan tiimiin tuoman tiedon avulla kehitetään Päihdepalvelusäätiön resursseihin ja käytäntöihin soveltuva asiakkaan motivointiin perustuva strukturoitu työmalli. Pienemmän työntekijäjoukon testattua, ja mahdollisesti uudelleen muotoiltua, toimintamallia, voidaan muut työntekijät kouluttaa käyttämään MET-mallia.

Lisäksi VALMA-hankkeen tavoitteena on juurruttaa motivoivan haastattelun käyttö osaksi työmenetelmiä. Alustavana ajatuksena on ollut mahdolliset ”preppauspäivät” motivoivan haastattelun koulutuksesta. Kuntoutumisen puolelle on tarkoitus kehittää mm. muutosvalmiutta edistävä kuntoutussuunnitelma, joka paremmin palvelisi asiakkaiden kuntoutusjatkumoa.

4.4. Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta

Tässä luvussa kerrotaan, miten Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön työntekijät haastatteluissaan kuvailivat motivoitunutta asiakasta ja mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaiden muutosvalmiuteen. Haastattelujen lisäksi aineistona ovat Valma-hankkeen lähtökoulutuksessa tehtyjen ryhmätöiden ja keskustelujen tuotokset.

Miten tunnistaa motivoituneen asiakkaan?

Motivaatio on liikkuva käsite - päihdepalveluiden piiriin tulevalla on aina motivaatiota johonkin! Asiakkaista osan motivaation tunnistaa herkemmin kuin toisten. Yleensä motivaation tunnistamiseen vaikuttaa se, miten asiakas kertoo omasta päihteidenkäytöstään. Myös tulotapa vaikuttaa: onko asiakas tullut omasta tahdostaan, vai esimerkiksi omaisten vaatimuksesta tai työpaikalta hoitoon ohjattuna. Motivaatio vaihtelee sen mukaan, mikä on hoitoon tulon tarkoitus: onko se päihteiden käytön vähentäminen vai todistuksen saaminen.

Pidemmät vastaanottoajat ja tutkimusjaksokäynnit antavat enemmän tietoa asiakkaan motivaatiosta. Motivaatio on hyvin vaihteleva päihteidenkäyttäjillä, esimerkiksi joku voi päivystysajalla olla vielä hyvin motivoitunut, mutta motivaatio ei kestä ja kanna seuraavalle ajalle asti. Toisaalta joku voi olla hyvin vastahankainen hoitoa kohtaan alussa, mutta sairaanhoitajakäynnin aikana motivoitua ja pysyä muutossuunnitelmassaan. Työntekijänä on vaikea määritellä motivaation kantavuutta. Joskus tilattu uusi aika on saavutus - tai se, että on saanut asiakkaan pohtimaan päihteidenkäyttöään.

Mikäli asiakkaalla/potilaalla on motivaatiota raitistumiseen, motivaation ”kuulee”. Asiakas on tunnistanut ja myöntänyt ongelmansa sekä ymmärtänyt sen, mitä päihteet ovat aiheuttaneet hänen elämässään. Lisäksi hän on ymmärtänyt tarvitsevänsä apua ja on valmis pitkäaikaiseen ja tavoitteelliseen työskentelyyn raitistuakseen. Asiakkaalla on realistinen ja toisaalta tunneperäinen ajatus päihteiden haitoista, sekä ymmärrys siitä, että hoito on pitkäjänteistä työskentelyä vaativa prosessi. Hänellä on halu etsiä keinoja hoitaakseen ongelman. Apu voi löytyä myös muualta, kuten vertaistukiryhmistä.

Motivoituneen asiakkaan tunnistaa kokonaisuudesta: motivoitunut ihminen huolehtii käynneistään, hänellä on tietynlainen tapa puhua, ja lähteä mukaan yhteiseen tutkimusprosessiin. Asiakas voi olla myös motivoitunut selvittämään asioita, vaikka ei hakisi sillä hetkellä täysraittiutta. Motivoitunutta asiakasta voi määritellä siten, että ihminen on tuolloin prosessissa, eikä ole lukkiutunut. Välttämättä tavoite ei ole niin tärkeä, vaan halu selvittää asioita. Asiakkaan selittelemisen vähenee, ja hän on usein peloissaan monista asioista juomisensa suhteen. Hän on halukas lähtemään hoitamaan päihdeongelmaansa, esimerkiksi kuntoutukseen. Motivoitunut asiakas käsittelee omaa tilannettaan ja sanoo ääneen ongelmansa, reflektoi, on rehellinen ja *yrittää*, vaikka retkahduksia sattuisikin, hän myöntää retkahtamisvaaran ja tunnistaa siihen johtavat ansat, haluaa muutosta ja oivaltaa avun tarpeen ja paikat mistä apua löytää.

Rehellinen, realistinen suhtautuminen ja ongelmasta kertominen kertoo myös motivaatiosta. Liika optimismi ja voimaantuminen kertovat huonosta motivaatiosta tai siitä, että asiakas ei ymmärrä päihdeongelman luonnetta. Vähäisen muutosvalmiuden omaava asiakas vähättelee ongelmaansa, ei kuuntele työntekijöitä ja vertaistuen antajia, hänen hoitoon tulonsa on ollut ulkopuolisen pakon sanelemaa eikä omaehtoista. Henkilön asenne voi olla ylimielinen eikä hän nöyryy ongelmansa edessä. Hän ei myöskään ole rehellinen, vaan pyrkii kohtuukäyttäjäksi, vaikka siihen ei yleensä enää ole mahdollisuutta.

Motivaation puutteen merkkejä ovat ”snobbailu”, passiivisuus, haluttomuus puhua dialogisesti, mitätöinti, salaileminen, vastentahtoisuus, kiire ja huonokuntoisuus. Asiakas ei tiedosta eikä käsittele ongelmaa, eikä ulkopuolinen pakko ahdistaa häntä.

Mikä edistää muutosvalmiutta?

Päihdeosaston näkökulmasta muutosvalmiutta edistää rauhallinen eteneminen, ”*liian varhain liian paljon ei ole aina paras ratkaisu*”. Yhdessä sovitaan ja suunnitellaan hoitojatkumoa. Tämä edesauttaa potilaan suunnitelmallisuuden ja pitkäjänteisyyden lisäämistä. Potilaita erityisesti motivoivia tilanteita ovat usein lastensuojelutilanteet, kun hän on vaarassa menettää huoltajuuden, tai on jo menettänyt sen. Toinen muutosta voimakkaasti motivoiva paikka on oman terveyden menettäminen, tai uhka siitä. Potilaan arvostava kohtaaminen on tärkeää, potilas tulisi saada ymmärtämään, että hän on sairas. Potilaan muutosvalmiutta pyritään edistämään ryhmien ja omahoitaja-keskustelujen avulla.

Hoidon saatavuus on myös tärkeä asia muutosvalmiutta ajateltaessa. Osastolle ei ole paljoa jonoja, joten hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan nopeasti. Perhe- ja paritapaamisten merkitys suuri, koska niiden avulla pystytään tuomaan rakentavasti esille läheisen mielipiteet päihdeongelmaan, ja potilaan päihteiden käytön vaikutukset läheiseen ihmiseen. Muutosvalmiutta edistää potilaan vastuuttaminen järjestämään omaa elämäänsä ja osallistumaan itse päätöksentekoon asioissa, jotka koskettavat häntä. Tärkeää on, ettei potilasta jätetä tyhjän päälle, vaan etsitään joku paikka hänelle, edes katto päin päälle.

Lääkäritiimin näkökulmasta muutosvalmiutta edistävää potilaiden inhimillinen kohtelu, joka on erityisen tärkeää ensikertalaisille, ja muille peloissaan ja häpeissään hoitoon tuleville. Tarkoituksena on, että potilas tuntee itsensä tervetulleeksi palveluiden piiriin. Potilaan kannustaminen retkahtamisen jälkeen, ja positiivisen palautteen antaminen pieniltäkin tuntuvista asioista on tärkeää. Tärkeää on myös tiedon antaminen päihderiippuvuudesta sairautena, keskustelu päihteiden käytön vaikutuksista elämään, epärealististen päihteisiin liittyvien uskomusten kyseenalaistaminen sekä verikokeiden tulosten katsominen yhdessä potilaan kanssa ja siten normaaliuden tason palauttaminen esimerkiksi juomisen määrien suhteen.

Muutosvalmiutta edistävää on positiivinen asennoituminen asiakkaan tilanteeseen. On annettava tilaa asiakkaan omille ajatuksille ja välitettävä asiakkaalle, että on työntekijänä aidosti kiinnostunut

niistä. Työntekijä kunnioittaa asiakasta ja hänen valintojaan. Työntekijä voi välittää tiedon, että on asiakkaan puolella, kuuntelee asiakkaan tarpeita ja tutkii yhdessä tavoitteita. Asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen on tärkeää. Hoitoon ohjattu, joka on jo muutosprosessissa, kokee hoitoon ohjauksen hyvänä asiana, pakotettuna hoitoon ohjattu ei ole muutosvalmis.

Päivystyksen näkökulmasta muutosvalmiutta pystytään edistämään monella tavalla, kuten kannustamalla asiakkaita ja antamalla heille positiivista palautetta siitä, että he ovat tulleet palvelujen piiriin. Myös lyhyellä päivystysajalla olisi hyvä sanoa aina jotain positiivista asiakkaalle, ja toisaalta pyrkiä osoittamaan mahdollinen ristiriita päihteidenkäytön, sen aiheuttamien haittojen ja asiakkaan elämäntilanteen välillä. Erityisesti ensikertalaisten kohdalla kiinnitetään huomiota asiakkaan rauhoitteluun, ja asioiden ääneen sanomiseen yhdessä. On tärkeää kysyä asiakkaalta, miksi tämä on tullut hakemaan apua, ja lähteä sitä kautta määrittelemään motivaatiotasoa ja motivoimaan asiakasta hoitoa varten. On annettava tietoa siitä, keneen voi ottaa yhteyttä, informoida asiakasta palveluista ja antaa hänen itse tehdä valintansa jatkon suhteen. Muutosvalmiutta edistävää on ajan antaminen asiakkaalle siten, että ei pyritä nopeaan raitistumiseen, vaan edetään asiakkaan tahtiin. Myös silloin, kun asiakkaalla on hyvin voimakkaat vaatimukset hakea nopeaa raitistumista, on työntekijän rauhoitettava tilannetta ja realisoitava asiakkaalle muutosprosessia.

Hoitosuhdetyöntekijöiden mielestä muutosvalmiuden herättely on voimavarojen selvittelyä, selvän ajan muistelua ja asiakkaan tavoitteiden selvittämistä: mitä hän toivoo, onko hänen mahdollista saavuttaa tavoitteensa, kuten työpaikka, koulutus, jne., mikäli hän edelleen käyttää päihteitä. Asiakkaan täytyy itse saada asettaa tavoitteensa. Muutosvalmiutta edistää työntekijän asenteeton reflektointi, ”*olla rinnalla kulkija, ei tuomari, eikä asiantuntija, koska asiakas itse ja hänen perheensä ovat oman elämänsä asiantuntijoita*”. On etsittävä keinoja ja voimavaroja, eikä tarjottava valmiita vastauksia. Hoitosuhdetyöntekijät toivat esille sen, että myös työntekijän pitää olla motivoitunut työhönsä, jotta hän pystyy motivoimaan toista!

Muutosvalmiutta ja motivaatiota edistää avoimuus hoito- ja perhesuhteissa, asioista puhuminen oikeilla nimillä, asiakkaan tahtiin ja tavoitteiden mukaisesti eteneminen, yhteistyö eri tahojen kanssa, realistinen ote, ennaltaehkäisy ja pikainen puuttuminen esim. neuvoloissa asiakkaan asioihin.

Hoitosuhtedetyössä tapahtuvaan muutosvalmiuden kehittämiseen vaikuttavat asiakkaiden yksilölliset erot, kuten vuorovaikutustaidot, kyky dialogiin, biologinen tausta, perhesuhteet ja – historia, temperamenttityyppi, päihdehistoria, pitkäjänteisyys ja oman perheen tarjoamat kasvatusmenetelmät (onko kasvuperheessä osattu sopivassa määrin antaa rajoja ja rakkautta). Yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatiminen nuorille edistää muutosvalmiutta, koska ei voi olla olemassa yhtä ainoaa oikeaa toimintatapaa. Avoimuus on ehdottoman tärkeää hoitosuhteessa. Usein asiakkaan pitää ”jäädä kiinni” käytöstä, ennen kuin hän pääsee puhumaan itse asiasta.

Korvaushoidon puolella on huomattu, että asiakkaiden motivaatio paranee, kun he saavat ”normaalielämän” asiat rullaamaan eteenpäin, kuten koulutuksen, kurssit, työt, perhe-elämän ja asunnon. Retkahdusriskit liittyvät ehkä juuri edellisten asioiden menettämiseen. Useimmilla potilailla on päihdeongelman lisäksi myös somaattisia ja psyykkisiä sairauksia. Luottamuksellinen suhde asiakkaan ja hoitajan välillä on perusta hoidon onnistumiselle. Työntekijä-potilassuhdetta leimaa luottamus ja vastuun antaminen potilaalle hänen omasta hoidostaan.

Mikä ehkäisee muutosvalmiutta?

Muutosvalmiutta ehkäisee Päihdepalvelusäätiön henkilöstön mielestä eniten jonotilanne. Säätiön palveluihin on pitkät jonot, erityisesti tutkimusjaksolle, korvaushoitoon ja hoitosuhteeseen pääsyä joutuu odottamaan. ”*Kaikella on hetkensä ja siihen pitäisi pystyä päihdehuollon vastaamaan*”. Potilaan hoitoon pyrkimiseen voi liittyä joku raitistumisen kannalta hedelmällinen vaihe tai tilanne, joka voi muuttua siihen mennessä, kun asiakas on päässyt jonon keulille. Jonottaminen ehkäisee myös asiakkaan muutosvalmiutta, se, että ei pääse palveluiden piiriin, kun olisi valmis työskentelemään asian kanssa. Erityisesti huumeidenkäyttäjät ja sekakäyttäjät ovat usein lyhytjännitteisiä odottamaan hoitoon pääsyä. Heillä on usein epärealistinen kuva hoidosta ja he odottavat usein ”helppoa” reittiä raittiuteen esimerkiksi lääkehoidon avulla.

Asiakkaan muutosvalmiutta ehkäisee myös se, että päihteet tuottavat selkeästi mielihyvää, eli motivaatio niiden käyttämiseen on mielihyvän tunteminen. Päihteiden käyttö ei ole näyttänytynyt asiakkaan elämässä huonona asiana. Raitistumisprosessiin itsessään vaaditaan tietty älyllinen ja tiedollinen taso, lisäksi siihen voi negatiivisesti vaikuttaa jokin väärin hoidettu sairaus, kuten persoonallisuushäiriö tai masennus, tai vaikkapa asiakkaan syrjäytyminen yhteiskunnasta ja työelämästä.

Hoitosuhdetyöntekijöiden näkökulmasta lyhyet hoidot eivät ole toimivia, koska asiakas ei välttämättä ole motivoitunut tulemaan hoitoon, vaan motivointia täytyy tehdä ensimmäiset kuukaudet. Luottamus hoitosuhteessa syntyy hitaasti, ja se on perusta hoitosuhteen toimivuudelle. Motivaatiota ja muutoshalukkuutta ehkäisevät puhumattomuus, kiire, asioiden käsittelemättömyys, puuttumattomuus (esimerkiksi huostaanoton myöhästyminen), asiakkaan kehityksen varhaiset vaiheet, sosiaalisen verkoston kutistuminen päihteidenkäyttäjiiin ja ns. curling-lapsuus (tasoiteltu elämä). Usein käy niin, että arviointijaksolla olevat asiakkaat keskeyttävät hoitosuhteen, tai heillä ei ole verbaalisia kykyjä, tai muuten vain halukkuutta käsitellä asioitansa. Myöskään vastentahtoisesti hoitoon ohjatut henkilöt eivät usein ole yhteistyökykyisiä/haluisia hoitosuhteessa.

Lääkärien näkökulmasta muutosvalmiutta vähentää erityisesti nuorilla henkilöillä päihteitä käyttävä kaveriporukka sekä päihteidenkäytön ihannointi. Yleensä pakolla hoitoon tuleminen esimerkiksi lastensuojelun tai työnantajan kautta vähentää muutosvalmiutta, koska asiakas joutuu oppositioasemaan omaan elämäänsä nähden. Lääkäriin työssä ajan puute asiakastyössä vähentää mahdollisuutta edistää potilaan muutosvalmiutta. Yleisesti ottaen suomalainen päihdekulttuuri ruokkii suurkulutusta ja ongelmajuomista.

VALMA-hankkeen lähtötilaisuuksista nousi Päihdepalvelusäätiön työntekijöille seuraavia ajatuksia muutosvalmiuden arvioinnin ja edistämisen mahdollisuudesta omassa työympäristössä:

Tuotiin esille, että yksilöllisyys muutosvalmiuden ilmenemisessä ja etenemisessä on tärkeää huomioida. Sokrates-testi koettiin hyvänä keinona arvioida muutosvalmiutta, joskin sen käytön osaamisessa oli epävarmuutta. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatiminen yhdessä potilaan kanssa, ja siinä yhteydessä muutosvalmiuden ja sen arvioinnin esille nostaminen oli kuntoutuksen näkökulmasta merkittävä hyöty. Tavoitteiden laatiminen yhdessä – asiakasvetoisesti ja yhdessä asetetut ”deadlinet” tavoitteiden täyttymiselle auttavat muutosvalmiuteen kannustamisessa. Merkityksellistä on työntekijän ja asiakkaan yhteinen ymmärrys.

Tärkeänä koettiin ylipäätään *asiakkaan* tiedostaminen: ei ole tärkeää mitä työntekijä tiedostaa, vaan se mitä asiakas tiedostaa omasta tilanteestaan. Myös tulevaisuuden muistelu koettiin hyvänä keinona edistää muutosvalmiutta. Muutosvalmius-ajattelun katsottiin jännevöittävä työtä, ja muutosvaiheiden mukaan pystyy arvioimaan asiakkaan hoitoa ja ohjausta. Pohdittiin myös sitä, miten esiharkinta- ja harkintavaiheen asiakkaat saataisiin pysymään hoidon piirissä siten, että se ei

söisi liikaa resursseja? Ja kuinka saisi kiinnittymään hoitoon myös ulkopuolisen pakon edessä hoitoon tulevat?

Käydyn keskustelun myötä tuotiin esille, miten Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön luomat puitteet näyttäytyvät motivoinnin valossa. **Osastolla** katsottiin olevan hyvät mahdollisuudet ja puitteet motivoinnille. Osaston työssä on käytetty varhaisinterventiota ja ennaltaehkäiseviä jaksoja tapauskohtaisesti. **Päivystysvastaanotolla** katsottiin olevan rajallisesti aikaa käytettävissä (20 minuuttia), riippuen myös siitä onko asiakas ennestään tuttu vai tuntematon. Koettiin, että työntekijä ei saa olla liian vaativa, ja että yksi positiivinen lausahduskin voi joskus tuottaa tulosta ja motivoida asiakasta. **Hoitosuhde- ja korvaushoitopuolella** tuotiin esille, että osa työntekijöistä kuormittuu liikaa työssään. Hyvä asia Päihdepalvelusäätiön luomissa puitteissa on moniammatillisuus. Hoitosuhteessa katsottiin olevan hyvin aikaa keskusteluihin. **Olkkarissa** motivointia katsottiin vaikeuttavan sen, että Olkkarin aukioloaika on niin rajallinen.

Lääkäreiden mielestä varhaisinterventio ei ole omin ala Päihdepalvelusäätiölle, koska potilaat ovat jo yleensä tullessaan tietoisia avun tarpeestaan. Asiakaslähtöisyys ja empatia ovat tärkeitä. Tarvetta katsottiin olevan strukturoidulle, kevyemmälle hoitotajaksolle. Päihdepalvelusäätiöllä on hyvät puitteet mm. päihdeongelmaisen hoitotajakumoon, arviointiin, integroituun kuntoutukseen, Kuopion psykiatrian keskuksen ja lastensuojelun kanssa tehtävään yhteistyöhön sekä korvaushoidon tavoitteellisuuteen.

Yleisesti pohdittiin sitä, että motivointiin vaikuttaa paljon jonotilanne. Olisi mietittävä, mitä asiakas voisi tehdä jonotusaikana, voisiko Päihdepalvelusäätiö tarjota asiakkaille jonotuksen aikana hoitoa?

5. Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön puitteet, työtavat sekä näkemys asiakkaan muutosvalmiudesta

Kaisa Ovaskainen

5.1. Asiakaspolut

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia sekä niihin liittyvää syrjäytymistä Keski-Suomen maakunnan alueella. Päihdepalvelusäätiön hoitopalvelut on tarkoitettu alkoholin-, lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjille, peliriippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Asiakaspolut ovat liitteenä (liite 1b)

Pointti

Pointti on matalankynnyksen palveluyksikkö. Pointti tulee olemaan vuonna 2008 paikka, jonka kautta kaikki Päihdepalvelusäätiön palveluihin tulevat asiakkaat kulkevat. Ensikontakti ja ensimmäinen hoidontarpeen arviointi tulee tapahtumaan kokonaisuudessaan Pointissa. Alkuperäisenä kohderyhmänä Pointissa olivat hoitoon kiinnittymättömät tai hoitoon hakeutuvat huumeiden käyttäjät, sekä vaikeasti hoitoon kiinnittyvät muut päihdeongelmaiset. Pointin työryhmään kuuluu tällä hetkellä neljä sairaanhoitajaa, kaksi sosiaalityöntekijää ja vastaanottohoitaja. Tarvittaessa Pointissa konsultoidaan terveyskeskuslääkäreitä, sekä Päihdepalvelusäätiön päihdelääkäreitä. Pointin palvelumuotoina ovat päivystys- ja terveysneuvolapalvelut sekä liikkuva päihdetyö. Päivystysaika on kolme tuntia päivässä, puhelinpäivystys on päivittäin klo: 8.-15.00.

A-poliklinikka

A-poliklinikalla hoidetaan avohuollon keinoin täysi-ikäisiä alkoholi- ja lääkeriippuvaisia, alkoholin suurkuluttajia sekä heidän perheitään. A-poliklinikan toiminta jakautuu päivystys- ja ajanvarauspalveluihin. Päivystykseen hakeutuvat yleensä akuuteissa vieroitusoireissa olevat asiakkaat, ja ajanvarausvastaanoille tulevat hoitoon ohjatut, itse juomisestaan huolestuneet, peliriippuvaiset tai ajokorttiseurantaan ohjatut asiakkaat.

Avopuolen työntekijä Krista Ritamies-Veijalainen kertoi A-poliklinikan toiminnasta. Hänen toimenkuvaansa asiakkaiden kanssa kuuluvat muutoksen hakeminen, keskustelut, yksilötyö ja päivystyksessä hoidontarpeen arviointi (1-3 kertaa). A-poliklinikalla on kaksi sairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitaja-sosiaaliterapeutti, kaksi osa-aikaista sosiaalityöntekijää ja yksi osa-aikainen lääkäri. Valtaosa asiakkaista on jyvaskyläläisiä. Jyväskylän päihdepalvelusäätiön sopimuskuntien ulkopuolelta tulevat asiakkaat tarvitsevat lähetteen ja maksusitoumuksen.

Päivystyksessä on eniten esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevia alkoholi- ja peliriippuvaisia. Ajanvarausasiakkaiden kanssa on käytettävänä enemmän aikaa kuin päivystysasiakkaiden kanssa. Tiistaisin poliklinikalla kokoontuvat työntekijätiimit, joissa käsitellään arvioitujen henkilöiden jatkohoitoa. Arviointiin käytetään noin 2-3 käyntikertaa asiakasta kohden. Hoitosuhteen kesto on yhdestä kuukaudesta useaan vuoteen. Pisimpiä ajallisesti ovat lastensuojeluasiakkuudet. Asiakkaat ovat yleensä hyvin sitoutuneita hoitosuhteeseen. Asiakkuus loppuu, kun on löydetty tuen lähteet asiakkaan omista verkostoista, AA:sta, ryhmistä, harrastuksista, jne. Asiakkaan kanssa sovitaan yleensä tapaaminen vielä puolen vuoden päähän varsinaisen hoitosuhteen lopettamisesta, jolloin tarkoituksena on seurata asiakkaan tilannetta. Ennen hoitosuhteen lopettamista asiakkaan elämän peruselementit on oltava kasassa. Perhe- ja verkostotyöllä on iso rooli hoitosuhdetyössä.

Yhteistyötä tehdään mm. aikuispsykiatrian poliklinikan kanssa. Sairaalan henkilökunta voi pyytää puhelinkonsultaatiota tai kutsua tarvittaessa säätiön työntekijän paikalle kertomaan Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön tarjoamista palveluista ja tekemään jatkosuunnitelmia potilaille. Periaatteena on asiakkaan saattaen vaihtaminen yksiköstä toiseen siirryttäessä. Lisäksi yhteistyötä tehdään mm. verkostopalaverien kautta lastensuojelun, sosiaalitoimen, työpaikkojen ja työvoimapalveluiden kanssa. Myös eri yksiköiden välillä tehdään tiivistä yhteistyötä.

A-yhteisö

Osastopuolen johtaja Aimo Hiltunen kertoi A-yhteisön toiminnasta. A-yhteisön hoito-ohjelma on toiminut nykyään kolmivaiheisena. Ensimmäinen vaihe sisältää katkaisu- ja vieroitushoidon, toinen vaihe yhteisökuntoutusjakson ja kolmas vaihe sisältää avokuntoutuksen ja jälkiseurannan poliklinikalla. A-yhteisöön on tulossa suuria rakenteellisia muutoksia, kun laitoskuntoutus jää pikkuhiljaa pois ja korvautuu avokuntoutuksella. Vain pitkämatkalaisille tarjotaan perushoito ja asuminen osastolla, kuntoutus tapahtuu avopuolella. Jo nyt on ollut kokeiluja päivä kuntoutuksesta intervallijaksoissa.

Päihdeosastoihin kuuluu huumevierotus, joka on kahdeksanpaikkainen yksikkö ja alkoholivieroitus, joka on 17-paikkainen. Yhteisen katkaisujakson huume- ja alkoholipuolella ei koettu onnistuvan, joten perustettiin kaksi osastoa. Alkoholipuolella on paljon ns. vakiokävijöitä myös sen takia, että Jyväskylässä ei ole selviämisasemaa. Hoitoon tullaan Pointin kautta, jossa tehdään hoidon tarpeen arviointi, jonka jälkeen potilas haetaan osastolle. Katkaisuosastolla on sairaanhoitajia, puolikasta työaika osastolla tekevä sosiaalityöntekijä ja A-poliklinikan kanssa yhteinen lääkäri. Myös toimintaterapeutti on käytettävissä osastolla. Aamuvuorossa on kolme hoitajaa ja iltavuorossa sekä yövuorossa yksi.

Työntekijäresurssit ovat vähäiset, joka aiheuttaa sen, että yksilökeskustelujen kautta motivointiin ei ole mahdollisuutta. Usein ensikertalaisilla olisi tarvetta puhumiseen, mutta keskusteluihin on aikaa vain sattumanvaraisesti. Katkaisuosastolta lähtiessä on paljon hoitojatkumosta putoajia. Osastolla annetaan informaatiota AA:sta, A-killasta, seurakunnan päihdetyöstä ja A-poliklinikalta. Työyhteisön ammatillisuuteen on panostettu koulutuksen ja rekrytoinnin myötä. Tarvittaessa perheiden tapaamisia järjestetään, erityisesti jos potilaalla on lapsia. Erityispiirteinä nykyään on huomioitu naispotilaiden määrän nousu, jolloin myös lastensuojeluasiat ovat nousseet enemmän esille.

Yhteistyötahoja ovat sosiaalitoimi, terveystoimi?, poliisi, jatkohoitopaikat, kolmannen sektorin toimijat, Jyväskylän katulähetystö, sairaanhoitopiiri, Psykiatrian puoli ja mielenterveystoimistot. Jatkohoito riippuu siitä, mitä potilaan kotikunta on valmis maksamaan. Mahdollisesti jatkohoito voi olla avopuolella, ja laitoshoidon jossain muualla. Jatkohoito on helpointa sopia Päihdepalvelusäätiön avopuolen kanssa, koska se sijaitsee fyysisesti samassa tilassa. Myös lähettäviin kuntiin ollaan yhteydessä, ja järjestetään tarvittaessa verkostopalavereja esimerkiksi jatkohoidon suunnittelun vuoksi.

Huumevieroitusosasto

Huumevieroitusosasto on tarkoitettu vieroitusoireissa hoitoon hakeutuville huumeaineiden käyttäjille, sekä päihdeiden sekakäyttäjille. Hoidon tavoitteina ovat akuuttien vieroitusoireiden hoito, potilaan sitoutuminen päihdeongelman käsittelyyn sekä hänen motivoimisensa jatkokuntoutukseen.

Sairaanhoitaja Sari Kinnari huumevieroitusosastolta kertoi työyksikkönsä toiminnasta. Osasto on kahdeksanpaikkainen. Potilaat tulevat osastolle Pointin kautta, missä arvioidaan laitostarkkaisu tarve. Ennen hoidon aloittamista käydään läpi, mitä osastolla tulee tapahtumaan. Ulkopaikkakuntalaiset, joiden kotikunnilla ei ole sopimusta Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön kanssa, tarvitsevat hoitoon maksusitoumuksen. Pääosin asiakkaat ovat jyvaskyläläisiä.

Osaston päätyö on vieroitusoireiden hoito. Vieroitusjakso kestää keskimäärin noin 15 päivää. Tavoitteena on neljän viikon jakso, mutta keskeytyksiä on yli puolet hoidon aloittaneista. Vierotuksia lääkkeistä on mm. bentsodiatsepiinista ja bubrenorfiinista. Huumevierotuksia on eniten opiaateista, jonkun verran amfetamiinista. Osastolla tehdään korvaushoidon ja ylläpidon tarpeen arviointi- ja aloitusjaksoja sekä ”kuivattelujaksoja”, jos potilaalla on ilmennyt ohikäyttöä. Korvaushoitojonot ovat tällä hetkellä noin 7-8 kuukauden pituiset. Jonohoitoon kuuluvat tapaamiset ja korvaushoidon työstäminen.

Korvaushoitojonoon pääsee arviointijakson kautta, joka on Ari Baasin ja työryhmän kehittämä hoidon tarpeen arviointijakso. Jakso on osoittautunut hyväksi keinoksi saada motivoituneet henkilöt hoitoon. Lääkkeenjako on rauhoittunut paljon uuden arviointijakson myötä, ja monet potilaat saavat lääkelupia pidemmäksi aikaa. Huumevieroitushoidon päättyessä hoito käydään läpi palaverissa ja jatkohoidot sovitaan esimerkiksi Kupoliin, joka on huume kuntoutuspoliklinikka. Aikoja jatkohoitopaikkoihin pyritään varaamaan jo osastolla ollessa, ja potilas pyritään saattaen vaihtamaan seuraavaan hoitopaikkaan.

Tarpeellisina oman työn onnistumisen ja siinä jaksamisen kannalta Sari kokee työnohjauksen ja Päihdepalvelusäätiön koulutusmyönteisyyden. Säätiöllä on järjestetty ryhmän vetämisen koulutus ja akupunktiokoulutus, myös päihde- ja psykiatrisen puolen yhdistävä koulutus olisi tarpeellinen.

Huume kuntoutuspoliklinikka Kupoli

Kupoli on erikoistunut huumeidenkäyttäjien ja monipäihdeongelmaisten jatkohoitoon ja kuntoutukseen. Palvelut ovat tarkoitettu hoitoon kiinnittyneille huume kuntoutujille, jotka pyrkivät päihdeettömyyteen ja ovat valmiita muutokseen avohoidon tarjoaman tuen ja keinojen avulla. Huume kuntoutuspoliklinikalla suoritetaan korvaus- ja ylläpitohoitoa.

Kuntoutus

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön avopuolen johtaja Heikki Pokkinen kertoi suurista muutoksista, joita tulee tapahtumaan säätiön kuntoutuksessa. Kuntoutus siirretään hallitusti osastohoidosta avokuntoutukseen. Avokuntoutusta alettiin kehittää vuoden 2008 alusta, ja sen kehittämiseen on varattu aikaa arviolta puoli vuotta. Huume- ja alkoholikuntoutuksen työntekijät siirtyvät tiimiin. Kuntoutustiimistä muodostuva työryhmä tutustuu, ja toteuttaa muutoksen. Tällä hetkellä tiimissä on kuusi työntekijää, tulevaisuudessa mahdollisesti kahdeksan. Kuntoutukseen kuuluu arviointijakso joko osastolla, tai avopuolen palveluna. Mikäli potilas on ennestään tuttu, riittää arvioinnin päivitys. Arviointityöntekijöitä huumepuolella on kolme ja alkoholipuolella kaksi.

Kehittämisyksikkö

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiöön kuuluu tiiviisti koulutus- ja kehittämistoiminta. Eero Pirttijärvi kehittämisyksiköltä kertoi yksikön toiminnasta ja vaikutuksista Päihdepalvelusäätiön toimintaan. Kehittämisyksikkö on ollut toiminnassa vuodesta 2005 saakka. Päihdetyön kehittämisyksiköstä on tullut pysyvä työelämän palvelu koulutuksen ja verkostoitumisen kautta. Kehittämisyksikössä tapahtuu hankkeiden hallinnointi ja valmistelu, koulutus- ja työnohjaus, tiedotus ja viestintä, sekä koordinointi yleensä RAY:n rahoituksella. Lisäksi yksikkö luo toiminnallaan verkostoja, ja tukee alueellista kehittämistoimintaa, tekee hankesuunnitelmia ja toimii oppilaitosten käytännön harjoittelujen ”klinikkana”.

Kehittämisyksiköllä on oppilaitosyhteistyötä opinnäytetöiden ohjauksen ja substanssiosaamisen kautta. Oppilaat tuovat tutkimuksiensa kautta uutta tietoa yksikköön, joten hyöty yhteistyöstä on molemminpuolinen. Kehittämisyksikön tulevaisuuden visiona on toimia myös päihdetyön tutkimusyksikkönä. Hankkeita kehittämisyksiköllä on sekä omia, että yhteistyöhankkeita. Omia ovat mm. Pakka-hanke, päihdepsykiatrian puolen hanke, lastensuojeluhanke, työelämä-hanke ja yhteistyössä muiden tahojen kanssa tehtäviä hankkeita ovat mm. Päihke-, Peli- ja Jopo-hankkeet. Kehittäminen on hyvin paljon arkitoimintaan sidottua. Tulevaisuudessa keskitytään enemmän arviointi- ja tutkimustoimintaan.

Eero Pirttijärven oma rooli kehittämisyksiköllä on ollut tehdä tutkimusta Päihke-hankkeen juurruttamisesta sekä toimia tukipalveluna ja ohjaajana mm. raportoinnissa. Pirttijärvi arvioi, että Päihdepalvelusäätiön työntekijät ovat moniammatillista ja ammattitaitoista väkeä. Erityisesti

korvaushoito ja psykososiaalinen kuntoutus ovat voimakkaasti kehittyneet. Organisaatiossa tuetaan vahvasti koulutusta ja kehittämistä. Koulutussuunnittelija vastaa koulutusjärjestelyistä, sekä siitä, että koulutukset vastaavat Päihdepalvelusäätiön tarpeisiin. Perusosaamiseen lasketaan motivoivan haastattelun koulutus ja Hugo-koulutus (päihdetyön koulutus). Tulevaisuudessa koulutusta on suunnitteilla mm. korva-akupunktion antamisesta ja kirjoittamisesta. Lisäksi osa työntekijöistä on opiskellut erityisopinnoina mm. seksuaaliterapiaa, kognitiivisten hoitomenetelmien koulutusta ja työnohjausta.

5.2. Kuvaus keskeisistä työmenetelmistä ja työtavoista eri toimintayksiköissä

Pointti

Pointissa tehdään päivystystyötä, terveysneuvontapalvelua ja liikkuvaa päihdetyötä. Pointissa tehdään strukturoitua hoidon tarpeen arviointia, ja välineenä käytetään motivoivaa haastattelua. Pointissa on joka päivä mahdollisuus vaihtaa ruiskuja ja neuloja, sekä saada terveysneuvontaa.

Huumevieroitus

Huumevieroitusosastolle tullessa käydään läpi osaston järjestyssäännöt ja hoitosopimukset. Lääkäri tekee potilaalle tulohaastattelun, jonka jälkeen potilas siirtyy hoitajalle. Hoidolle asetetaan tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Ensin osastolla hoidetaan potilaan fyysinen puoli, koska vieroitusoireet ovat voimakkaita ja niihin liittyy usein myös psyykkisiä oireita. Hoidon alussa keskitytään selviytymään oireista, koska ne ovat yleensä suurin riski vieroitusjakson keskeyttämiselle. Ensimmäiset päivät huolehditaan perustarpeiden täyttämistä: puhtaudesta, ruokailusta, levosta ja vuorokausirytmien löytämisestä. Osastolla on tiukat rajat, ja hoitohenkilökunta on saanut koulutusta esimerkiksi väkivallan kohtaamiseen. Aggressiivisesta käyttäytymisestä seuraa potilaan uloskirjoittaminen.

Osaston päätyö on vieroitusoireiden hoito, jota tehdään lääkityksen, rentoutuksen, akupunktion ja liikunnallisten ryhmien avulla. Osastolla on omahoitaja-järjestelmä (kaksi hoitajaa/potilas). Potilasta motivoidaan ongelmankäsittelyyn, kartoitetaan hänen kokonaistilannettaan sekä motivoidaan jatkohoitoon. Käytössä on Järvenpään sosiaalisairaalan kautta saatuja lomakkeita ja keskustelupohjia, esimerkiksi verkostokartta, elämänkaari, päiväkirja, retkahdusriskit, nelikenttä,

päihteiden käytön hyvät ja huonot puolet, itsearviointi, selviytymissuunnitelma, tavoitteet ja odotukset, sekä jatkosuunnitelmat.

Potilaat ovat usein moniongelmaisia, ja heidän taustansa ovat rankkoja. Osastolla käydään yksilökeskusteluja ja kerran viikossa ryhmäkeskusteluja, joissa puhutaan päihteistä ohjaajan ohjatessa keskustelua. Ryhmän tuki on tärkeää potilaille, koska heillä on sama kokemusmaailma vieroitusoireista. Hoidossa pidemmällä olevat toimivat esimerkkinä vieroitusjaksoa aloittaville. Myös potilaan omiin verkostoihin pidetään tarvittaessa yhteyttä. Osastolla on vaihtelevasti perhe- ja paritapaamisia. Mikäli potilaalla on lapsia, niin tapaamisia pyritään järjestämään ainakin kerran viikossa.

Verkostoyhteistyötä potilaan asioista tehdään lähiomaisten, sosiaalityöntekijän ja omalääkärin kanssa. Yleensä verkostopalaveri järjestetään hoidon kolmannella viikolla. Mikäli lastensuojelu on mukana, hoitokokous ja verkostopalavereja voidaan järjestää useammin. Yhteistyötahoina ovat myös ensi- ja turvakotien liiton Alina- ja Alisa-palvelumuodot, koska osastolla on vieroituksessa myös raskaana olevia naisia. Heitä pyritään pitämään hoidossa mahdollisimman lähelle synnytystä, jotta lapsen turvallisuus varmistuisi. Sijoituspäikkana mm. Mattila (lastensuojeluyksikkö) tulee mukaan yhteistyökuvioissa. Myös ympäröivien paikkakuntien päihdetyötä tekevät tahot ovat yhteistyössä huumevieroitusosaston kanssa. Osastolla pyritään loppujakson aikana suuntaamaan ajatuksia tulevaan, ja hoidon aikana luodaan jatkohoitomahdollisuuksia.

A-poliklinikka

A-poliklinikan toimintoja ovat esimerkiksi arviointijaksot, ajokorttiseuranta, lääkitystarpeen arviointi, katkaisuhoidon tarpeen arviointi (avokatkaisu vai osastokatkaisu), kriminaalihuollon yhdyskuntapalvelun seurannat, akupunktio, terapia-keskustelut, yksilö-, pari- ja perheterapiat sekä ryhmät. Ryhmiä ovat mm. töistä hoitoon ohjattujen ryhmä, avopuolen teema-ryhmä ja akupunktio-ryhmä. Yleensä hoitosuhteessa toimitaan työparina. Hoidossa käytetään eri lomakkeita vaihtelevasti, mm. Sadd-, Beck-, Audit-, Ymcs- ja Ciwa-ar-lomakkeita, sekä asioiden kirjaamista ja haastattelua. Asiakkaan tavoitteiden, toiveiden ja tarinoiden saaminen esille koetaan tärkeäksi.

A-yhteisö

A-yhteisössä tehdään mm. arviointipalvelua ja vieroitusta. Vieroitushoitajakso, joka on 5-6 päivän pituinen, aloitetaan yleensä potilaan fyysisten oireiden hoitamisella, levolla ja ruoalla. Vasta sitten pystytään arvioimaan potilaan jatkohoidon tarve. Katkaisuosasto-hoidossa on yhteisöllisiä elementtejä, kuten aamukokoukset, toiminnalliset ryhmät, rentoutus- ja akupunktioryhmät. Lisäksi osastojaksolla oleville on tiettyjä työtehtäviä yhteisön asioiden hoidossa, kuten kauppaliistojen tekeminen. Myös kuntoutujat ovat mukana päivätoiminnassa. Omahoitajia katko-jaksolla ei ole, joka koetaan puutteeksi, mutta niihin ei resurssien puitteissa ole mahdollisuutta.

Arviointijaksoja tehdään A-yhteisössä yhteistyössä esimerkiksi työvoimatoimiston kanssa, eli arvioidaan päihdeongelmaisen työkykyä. Lisäksi tehdään ELMA- arviointeja eli eläkearviointia. Moniammatillinen tiimi suorittaa arvioinnin. Osastolla tehtävä arviointijakso kestää 1-2 viikkoa ja sen avulla tehdään asiakkaan tilanteesta laaja-alainen kartoitus. Tarvittaessa perheiden tapaamisia järjestetään, erityisesti jos potilaalla on lapsia. Hoidon keskeytyksiä tapahtuu jonkun verran, mutta asia keskustellaan aina läpi, täytetään hoidon keskeytyslomake ja sovitaan jatkosta yhteistyötahojen kanssa. Lomakkeita ja välineitä on käytössä, tärkeimpänä vieroitusjaksolla Ciwa-ar lomake vieroitusoireiden ja lääkityksen seurantaan. Työhön kuuluvat kirjaamiset, palaverit ja jatkosuunnitelman laadinta, sekä kotiutustilanteet.

Putkatyö

Sairaanhoitaja Erja Blomberg kertoi Säilöön otettujen hoitoonohjaus- hankkeesta. Erja työskentelee toisena putkasairaanhoitajana, ja lisäksi osan aikaa Pointin huume- ja alkoholipäivystyksessä sijaispäivystäjänä. Säilöön otettujen hoitoonohjaus-hanke on jatkorahoituksella toimiva vuonna 2005 alkanut hanke, joka toimii poliisiasemalla. Putkassa on nykyään paljon enemmän nuoria ja huumausaineiden käyttäjiä, pääosa putkassa kävijöistä on silti edelleen alkoholin käyttäjiä. Aamuisin putkassa on säilöön otettujen päihtyneiden kotiuttamisvaihe, jossa arvioidaan mm. asiakkaan kotiinlähtökuntoisuutta. Lisäksi työhön kuuluu haavojen ja muiden ruhjeiden hoitoa. Asiakkaita yritetään ohjata jatkohoitoon, esimerkiksi päihdeosastolle vieroitukseen tai terveyskeskukseen somaattisten vaivojen hoitoon. Myös psyykkisten oireiden arviointia tehdään. Yleensä keskustelu on melko lyhytkestoista, koska lähtötilanteessa on myös monia muita asiakkaita. Keskustelut tapahtuvat aina vartijan tai poliisin läsnä ollessa. Jonkin verran tehdään myös lastensuojelullista tiedustelua. Säilöön otettujen lähdettyä keskustellaan tarvittaessa

pidätettyjen ja vangittujen kanssa, ja hoidetaan mm. heidän lääkeasioitansa. Työ sisältää myös puhelinpäivystystä ja viikonlopputyötä.

Motivointia tapahtuu jakamalla tietoa siitä, mitä päihdepalveluissa tapahtuu, mitkä ovat päivystysajat ja kertomalla, että avopalvelut ovat maksuttomia asiakkaille. Lisäksi jaetaan esitteitä. Yhteistyötahoja putka-hankkeessa ovat mm. poliisi, terveysasema, Mobile ja sosiaaliasemat. Perheisiin ollaan yhteydessä, jos putkan asiakas on alaikäinen. Kuitenkin poliisi ja sosiaalityöntekijä hoitavat ensisijaisesti lastensuojeluasiat. Varsinaisia työvälineitä ei ole, kirjaamisia tehdään potilastietoihin, esimerkiksi motivoivista keskusteluista tai lääkeasioista. Lisäksi suoritetaan tilastointia.

5.3. Työsuunnitelma Jyväskylään

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön työntekijöiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta on kehittämiskohteiksi nostettu lähinnä muutosvalmiuden arviointiin ja sen kanssa työskentelyyn liittyvät kysymykset. Asiakaspolun niveltymisen on tavoitteena siten, että esimerkiksi osastojakson jälkeen ei tapahtuisi ”putoamista”, vaan asiakaspolku jatkuisi katkeamattomana esimerkiksi avopalvelujen tai avokuntoutuksen piiriin. Päihdepalvelusäätiöllä on tapahtunut koko VALMA-hankkeen ajan melko suuria muutosprosesseja säätiön perusrakenteissa, joten kehittämiskohteetkin ovat melko muuttuvassa tilassa. Lähinnä VALMA-hankkeen muutosvalmiusnäkökulmaa voitaisiin Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiölle tuoda MET-sovelluksen myötä.

MET-malli eli muutosvalmiutta edistävä terapia on keino edistää erityisesti esiharkinta- ja harkintavaiheessa sekä valmisteluvaiheessa olevien asiakkaiden muutosvalmiutta ja sitoutumista hoitoon. MET-malli on koettu tehokkaaksi keinoksi edistää asiakkaiden muutosvalmiutta. Esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevat asiakkaat keskeyttävät hoidon ja jättävät muita helpommin saapumatta varatuille jatkohoito-ajoille. Hankkeen tavoitteena on kehittää yhdessä Päihdepalvelusäätiön työntekijöistä kootun ryhmän kanssa Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön toimintaan sopiva MET-sovellus.

Jyväskylän MET-kehittämistiimin (METKETI:n) tarkoituksena on, että projektisuunnittelijan tiimiin tuoman tiedon avulla kehitetään säätiön resursseihin ja käytäntöihin soveltuva asiakasta motivoiva strukturoitu työmalli. Jyväskylässä MET-sovelluksen kokeiluun voisi käydä asiakaspolku, joka kulkee Pointista huumevieroitusosastolle ja siitä avopuolen palveluun tai

avokuntoutuksen puolelle. Tavoitteena olisi, että MET-kehittämistiimiin saisi ”edustajan” jokaisesta edellä mainituista yksiköistä.

Alustavasti ajateltuna MET-sovellus voisi Jyväskylässä tarkoittaa sitä, että Pointissa kerättäisiin MET:n alkuarvioinnissa tarvittavat tiedot, jotka sitten huumevieroitulosastolla MET-istuntojen avulla käsiteltäisiin. MET-istuntojen aikana tehty asiakkaan muutossuunnitelma toimisi avokuntoutuksen puolella kuntoutussuunnitelman pohjana. Näitä ajatuksia lähdetään kehittämään ensi syksyn aikana Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiöllä yhdessä työntekijöiden kanssa.

5.4. Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta

Miten tunnistaa motivoituneen asiakkaan?

Huumevierotuksessa potilaan motivoituneisuus ja muutosvalmius kuntoutumiseen näkyy väsymyksenä päihteidenkäyttöön ja päihdemaailmaa kohtaan. Motivoitunut potilas on tullut hoitoon omasta tahdostaan. Yleensä potilas on silloin käynyt liian pohjalla, eivätkä huumeet ole enää hauska asia, vaan ”*keino päästä aamulla sängystä ylös*”. Potilas on valmis pitkäjänteiseen hoitoon ja tiukkoihin sääntöihin. Valta-osa potilaista osastolla on esiharkintavaiheessa.

A-poliklinikan puolella motivoituneen asiakkaan tunnistaa kuuntelemalla puhetta ja tarkkailemalla, löytyykö asiakkaalta muutospuhetta. Yleensä motivoitunut asiakas on jo tehnyt jotain itsenäisesti, ja hänellä on myös omia suunnitelmia, joille hän hakee tukea. Motivoituneella on aktiivinen ote, selkeitä tavoitteita ja selkeä visio siitä mitä hän haluaa. Usein taustalla on aiempia yrityksiä raitistua. Ns. ”vierailijat” eivät ole motivoituneita raitistumaan, vaan he tyytyvät lääkkeisiin, häviävät jossain vaiheessa ja tulevat myöhemmin takaisin. Osa ei pääse eteenpäin tästä oravanpyörästä.

A-yhteisössä kerrotaan, että potilaan motivaation tunnistaa usein intuition eli vaiston avulla. Motivaatio ilmenee yleensä keskusteluissa siitä, mikä on potilaalle tärkeää osastojakson aikana. Alkaako potilas purkaa ongelmaansa vai keskittyykö hän epäoleelliseen. Hoitoon motivoitumaton potilas ei keskity kuntoutukseen, vaan hänellä on yleensä kiire hoidella epäoleellisia asioita, joilla ei ole merkitystä. Myös potilaan taustatilanteet vaikuttavat kuntoutuksen onnistumiseen. Onko

potilaalla mahdollisuutta yrittää: kuinka paljon potilaalla on kuntoutumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä elämässään. Ikinä ei voi työntekijänä kuitenkaan tietää, kuka selviää ja kuka ei.

Päivystys- ja putkatyötä tekevän näkökulmasta motivoiminen jatkohoitoon tapahtuu pikkuhiljaa etenemisellä, arvostavalla kohtaamisella, ja keskustellen asiakkaan elämäntilanteesta. Tutustumisen jälkeen voi paremmin kysellä suoraankin päihteistä, ja kertoa päihdepalveluista. Työskentely on hyvin hienovaraista. Ongelma voi olla monelle niin ”tuore”, ettei sitä ole vielä tiedostettu. Huonosta motivaatiosta kertoo haluttomuus keskustella, kiire pois ja selittely. Motivoituneita ovat yleensä ne, jotka tietävät, mitä hoidossa tapahtuu, ja mitkä ovat hoidon hyödyt.

Mikä edistää muutosvalmiutta?

Muutosvalmiutta edistetään siten, että asiakkaat saavat arvostavaa, asiallista ja inhimillistä kohtelua ja palveluista tiedotetaan. Huumevieroituksessa tuotiin esille, että muutosvalmiutta voidaan edistää omahoitajakeskustelujen, positiivisen palautteen, kannustamisen ja huomioimisen avulla. Hoitaja on potilaan peilinä, ”*palauttamassa pilvistä ja nostamassa välillä ylös*”.

A-poliklinikalla muutosvalmiuden näkökulmasta on tärkeää auttaa asiakasta tunnistamaan omat keinonsa, dialogissa asiakkaan kanssa. Tärkeää on että asiakas tulee kuulluksi. Muutosvalmiutta edistää asiakkaan pystyvyyden esiin nostaminen. Sen kautta voi pyrkiä murtamaan ”luuseritarinat”. Tärkeää ei niinkään ole pohjalla käymisen kokemusten tarkastelu, vaan positiivisten asioiden esiin nostaminen, ja raittiiden hetkien pohtiminen. On iso joukko asiakkaita, joilla on valmiudet muuttua, mutta joilla ei ole kykyä nähdä sitä. On tärkeää keksiä lisää toiminnallista, raitista tekemistä ajallisen tyhjiön täyttämiseksi – muutetaan asiakkaan ajattelutapoja. Tavoitteena ei ole niinkään ongelmasta puhuminen, vaan jonkin uuden keksiminen päihteidenkäytön tilalle. Asiakkaan kanssa tehdään konkreettisia suunnitelmia ja annetaan niistä positiivista palautetta. Tärkeä seikka muutosvalmiuden edistämässä on työntekijän kärsivällisyys.

Mikä ehkäisee muutosvalmiutta?

Muutosvalmiutta ehkäisee, jos hoitosuhteessa ei lähdetä liikkeelle asiakkaan odotuksista ja eteneminen on liian nopeaa. Tällöin asiakas alkaa vastustaa prosessia. Työntekijän täytyy muistaa asiakkaan senhetkinen tilanne, ja odottaa että asiakas itse alkaa toimia ja tehdä tulkintoja. Työntekijä ei saa mennä asioiden edelle. Muutosvalmiutta ehkäisee myös resurssien puute, jonka

vuoksi hoidot ovat usein liian lyhyitä tai asiakkaat eivät saa kotikunnasta maksusitoumusta jatkohoitoon. Hoidossa keskusteluajojen puute keskusteluapua tarvitseville on muutosvalmiutta ehkäisevä tekijä.

6. Varkauden seudun toimintaympäristö: puitteet, työtavat sekä näkemyksiä asiakkaan muutosvalmiudesta

Jonna Ahlfors-Boman

6.1. Asiakaspolut

Varkaudessa tehtävä päihdetyö on luonteeltaan seudullista. Palvelujen keskiöön asettuu Varkauden A-klinikka, joka tarjoaa palveluitaan paitsi varkautilaisille myös joroislaisille, leppävirtalaisille, heinäveteläisille ja rantasalmelaisille. Muutoin eri kuntien asukkailleen tarjoamat päihdepalvelut poikkeavat toisistaan. Seuraavissa kappaleissa on esitelty näitä kunnallisia palveluita lukuun ottamatta Rantasalmea, joka ei kuulu hankkeen toimialueeseen.

Palveluiden kuvaus noudattelee ns. asiakaspolkumallia, jossa palvelut on jaettu ensikontaktiin, katkaisuhuoltoihin, avopalveluihin ja laitospalveluihin. Ensikontaktilla tarkoitetaan tahoja, jossa päihdeongelma huomataan tai siihen puututaan ensimmäistä kertaa tai tahoja, johon ihminen voi itse ottaa yhteyttä päihdeongelmansa vuoksi. Ensikontaktipaikasta asiakas yleensä ohjataan eteenpäin varsinaisiin päihdepalveluihin joko katkaisuhoitoon, avohoitoon tai laitoshoitoon. Eri kuntien asiakaspolkumallit on esitetty kuvallisessa muodossa (ks. liite 1c). Keskeisimpien, seudullisesti käytettävien päihdepalveluiden sisältö esitellään tarkemmin kappaleessa 2.

6.1.1. Varkaus

Varkauden kaupungin asukkaan ns. ensikontaktipaikkoja voivat olla Varkauden terveystoimen eli terveyskeskuksen ja sairaalan eri toimipisteet (eri vastuualueiden lääkärien vastaanotot, päivystys ja ensiapu, äitiys- ja lastenneuvolat, erikoispoliklinikat sekä sairaalan vuodeosastot), eri työterveyshuollot, oppilaitokset, sosiaalitoimi ja lastensuojelu, poliisi sekä Työterapinen yhdistys ry:n Päiväkeskus Kaleva. Myös eri työnantajat voivat toimia hoitoon ohjaavana tahona, kuten myös kriminaalihuolto, Varkauden työvoiman palvelukeskus PALETTI sekä seurakunta. Toki ihminen voi hakeutua päihdepalvelujen piiriin myös omasta halustaan tai läheisensä huolen vuoksi.

Katkaisuhoitoa tarvitseva ihminen voi saada avokatkaisuhoitoa A-klinikan päivystyksestä päivystysaikana arkisin klo 8.15–11.00. Muuna virka-aikana avokatkaisuhoito järjestetään omassa terveyskeskuksessa ja iltaisin, viikonloppuisin sekä juhlapyhinä terveyskeskuspäivystyksessä.

Lyhytkestoinen laitostarkkaisuhoito on Varkaudessa järjestetty 1.5.2008 alkaen Varkauden sairaalan psykiatrian osastolle, jonne se siirtyi Varkauden terveyskeskuksen vuodeosasto 3:lta kaupungissa meneillään olevan palvelustrategiamuutosten vuoksi.

Psykiatrian osasto on 25-paikkainen suljettu osasto, joka toimii Varkauden sairaalassa osana psykososiaalista palvelualueetta. Osastolla työskentelee psykiatrian erikoislääkäri/lääkäreitä, toimintaterapeutti, 9 sairaanhoitajaa, 12 mielenterveyshoitajaa, osastonsihteri ja laitoshuoltajia. Psykiatrian osasto vastaa Varkauden ja lähikuntien asukkaiden aikuispsykiatrisesta osastohoidosta. Osastolla hoidetaan myös varkautelaisten päihdekarkaisuhoitot ja opioidikorvaushoitotjen päivystysajan hoidot. Päihdekarkaisuun on varattu 1-3 paikkaa osaston paikkatilanteen sallimissa puitteissa. Ns. korvamerkittyjä paikkoja karkaisuhoitoihin ei ole osoitettu. Karkaisuhoitoon tullessa potilaan pitäisi puhaltaa nolla promillea, mutta tarvittaessa potilaita on otettu myös promilleissa Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaisesti. Koska psykiatrian osastolla ei voida antaa iv-hoitoa (suonensisäistä nesteytys- tai lääkehoitoa eli tiputusta), ohjautuvat erityistä somaattista hoitoa tarvitsevat karkaisuhoitopotilaat Varkauden sairaalan sisätautiosastolle. Psykiatrian osaston karkaisuhoitoon tarvitaan joko lääkärin tai A-klinikan sairaanhoitajan tekemä lähete. Sisätautiosastolle pääsee ainoastaan lääkärin läheteellä.

Päihdeongelmaisten avopalveluista vastaa Varkaudessa pääasiassa A-klinikka. Varkauden A-klinikka kuuluu Varkauden kaupungin psykososiaaliseen palvelualueeseen ja sen toimitilat sijaitsevat Varkauden sairaalan yhteydessä Savontiellä. A-klinikka tarjoaa päihdealan osaamista ja asiantuntijuutta sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteen aloilta. Henkilöstöön kuuluvat johtaja, yksi sosiaaliterapeutti, kolme sairaanhoitajaa (joista yksi on nuorten, alle 25-vuotiaiden työntekijä), toimistosihteri sekä osa-aikainen lääkäri. A-klinikan toiminta-ajatus pohjautuu päihdeongelmien ehkäisyyn ja hoitoon Varkauden seudulla. Kohderyhmänä ovat alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käytön vuoksi vaikeuksiin joutuneet henkilöt ja heidän läheisensä. Toiminnan periaatteita ovat vapaaehtoisuus, yksilöllisyys ja luottamuksellisuus. Klinikalla hoidetaan myös muita riippuvuusongelmia, kuten peliriippuvuutta. Varkautelaiset voivat hakeutua palvelujen piiriin ns. matalan kynnyksen periaatteella, ilman lähetettä. Seutukunnista puolestaan tullaan palvelujen piiriin eri tavoin.

Muita avopalveluita tuottavia tahoja Varkaudessa ovat Ratakadun pysäkki sekä Työterapinen yhdistys ry. Ratakadun pysäkki kuuluu Varkauden kaupungin psykososiaalisen tulosalueeseen, ja se on 18-paikkainen asuin- ja kuntoutumispalveluja tarjoava yksikkö. Sen kohderyhmänä ovat

päihdeongelmaiset tai kriisissä olevat naiset ja miehet. Ratakadun pysäkin toiminta perustuu päihdeettömyyteen, yhteisöllisyyteen ja omavastuullisuuteen. Hoidon tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn lisääminen ja itsenäinen asuminen. Joissakin poikkeustapauksissa myös avokatkaisuhoitoja on järjestetty Ratakadun pysäkillä.

Työterapinen yhdistys ry. on tarjonnut päiväkeskustoimintaa vuodesta 1992 lähtien Varkauden kaupungin ostopalvelusopimuksen turvin. Yhdistyksessä työskentelee 2 henkilöä sekä muutamia vapaaehtoisia. Yhdistyksen Päiväkeskus Kaleva on ns. matalan kynnyksen paikka, joka tarjoaa harrastustoimintaa, mahdollisuuden sosiaalisiin kontakteihin, ateria- ja hygieniapalvelut sekä työ- ja askartelumahdollisuuksia. Myös hoidontarpeen arviointi sekä palveluohjaus kuuluvat Päiväkeskus Kalevan palveluihin. Päiväkeskuksen toimintaa suunnitellaan yhdessä sen palveluja käyttävien asiakkaiden kanssa kerran kuussa Porinapiirissä. Yhteisiä retkiä ja tutustumiskäyntejä eri kohteisiin tehdään mahdollisuuksien mukaan. Päiväkeskuksessa on mahdollisuus tehdä puutöitä verstaalla, kuntoilla kuntosalilla, käyttää tietokonetta ja internetiä sekä katsella tv:tä. Lisäksi kävijät voivat saunoa ja pestä pyykkinsä. Toiminta-ajatuksena on auttaa päihde-ongelmaksi kokevaa olemaan ilman päihdeitä luomalla virikkeellinen, viihtyisä ja kodikas oleskeluvaihtoehto. Keskuksessa on keskimäärin 20 kävijää päivässä ja käyttäjiä yhteensä noin sata. Päiväkeskus on avoinna arkisin klo 8 – 15. Talviaikaan päiväkeskus on yhtenä arki-iltana avoinna ilta seitsemään sekä lauantaisin klo 10 – 14. Päiväkeskuksen toimintoihin osallistuminen edellyttää päihdeettömyyttä.

Työterapinen yhdistys ry:llä on myös tukiasuntotoimintaa Varkauden kaupungin alueen päihde- ja mielenterveysongelmallisille nuorille ja aikuisille. 12 tukiasuntoa käsittävä asuinkiinteistö on välivuokrattu Varkauden kaupungilta. Asunnoista yksi toimii ns. starttiasuntona ja kriisipaikkana. Asukkaan tavoitteena tulisi olla päihdeettömän elämäntapa ja ennen asumista tulisi päihdeettömyyttä olla taustalla vähintään yksi kuukausi. Valvontaa asuntolassa on ainoastaan arkisin päiväsaikaan. Tuetulla asumisella pyritään löytämään asiakkaan omat voimavarat ja vahvistaa niitä, vähentämään laitoshoidon ja katkaisemaan laitoshierrettä sekä monipuolistamaan päihdehuollon avopalveluja. Tukiasuntolan yhteydessä toimii myös päivätupa, joka on avoinna arkisin klo 9 – 15. Starttiasuntoa lukuun ottamatta asunnot ovat kalustamattomia. Asukkaat maksavat vuokransa ja ruokansa itse. Myös ruokailujen järjestäminen on asukkaiden omalla vastuulla. Lääkehoidossa voidaan toteuttaa ns. jakolääkitystä. Asumispalveluihin ei ole lähetekäytäntöä, mutta asukkaat valitaan yhteistyöryhmässä, jossa on edustettuna Työterapinen yhdistys ry., A-klinikka sekä Ratakadun pysäkki.

Laitoskuntoutuspalveluihin Varkaudesta lähdetään pääasiassa Tyynelän kuntoutuskeskukseen ja Tuustaipaleen kuntoutuskeskukseen. Muita kuntoutuslaitoksia käytetään tarpeen mukaan. Kirkkopalvelut ry:n alaisuudessa toimiva Tyynelän kuntoutuskeskus sijaitsee Pieksämäellä ja se on 25-paikkainen, nykyaikainen ja monipuolinen riippuvuustyön palvelukeskus. Kuntoutuskeskus on tarkoitettu sekä miehille että naisille ja myös perheille. Tyynelän perusarvoja ovat usko, lähimmäisenrakkaus ja yhteiskuntavastuu. Muita toimintaa ohjaavia arvoja ovat ihmisen kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja asiakaslähtöisyys.

Varkauden kaupungin palvelustrategiat

Varkauden kaupungissa on meneillään suuria muutoksia, jotka vaikuttavat kunnallisiin palveluihin ja henkilöstöön. Varkauden kaupungin kaupunginvaltuusto on vuonna 2007 päättänyt tehdä kaupungin toimintaan linjauksia, joilla on tarkoitus saattaa Varkauden heikko taloudellinen tilanne kuntoon ja turvata Varkauden kunnallinen itsehallinto taloussuunnitelmakauden 2008–2011 aikana. Päästrategiana on Varkauden kaupungin alijäämän kattaminen vuosina 2008 – 2013 mitoittamalla palvelujen määrä ja laatu uudelleen rakenteita ja toimintatapoja muuttamalla. Se tarkoittaa palvelujen järjestämistä edullisimmalla mahdollisella tavalla hallintokunnittain. Kustannustehokkuuden lisääminen edellyttää monessa toiminnassa ulkoistamista tai henkilöstön vähentämistä. Lisäksi henkilöstökustannuksia joudutaan leikkaamaan lomautuksilla. Rakenteelliset muutokset edellyttävät, että kaupungin omistajaohjaus toimii ja että hallintokunnissa mielletään tilaajan asema oikein. (Lähde: www.varkaus.fi)

Hallintokuntakohtaisessa strategiatyöskentelyssä on ollut tavoitteena löytää kaikista kustannuksiltaan merkittävistä toiminnoista kolme vaihtoehtoa. Näitä ovat oman toiminnan kehittäminen tai hyvin radikaali tapa uudistaa palvelutuotantoa ja saada merkittäviä säästöjä aikaan. Kolmas vaihtoehto olisi jotain näiden väliltä. Kun säästövaikutuksia on laskettu ja tehty niistä yhteenvetoa, on huomattu, että oman toiminnan kehittäminen on jäänyt kustannussäästöjen puolesta vain teoreettiseksi vaihtoehdoksi, koska se vaatisi enemmän aikaa kuin on käytettävissä. Sen vuoksi joudutaan tekemään rajujakin rakenteellisia muutoksia, jolloin saadaan aikaan henkilöstömenojen leikkauksia. (Lähde: www.varkaus.fi)

Päihdepalveluissa nämä strategiset linjaukset vaikuttavat toimintaan lähinnä lomautusten ja henkilöstövähennysten muodossa. Lisäksi strategian toimeenpanosuunnitelman mukaisesti katkaisuhuolto on siirretty Varkauden kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastolta Varkauden

sairaalan psykiatrian osastolle. Myös sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen vuoden 2009 alussa aiheuttaa mahdollisesti toimintaan muutoksia, joista ei tässä vaiheessa ole vielä tarkempaa tietoa. Kaikilla näillä muutoksilla on vaikutusta paitsi päihdepalvelujen sisältöön, myös sosiaali- ja terveystoimen henkilökuntaan: jatkuva muutoksessa ja epävarmuudessa eläminen ei voi olla vaikuttamatta henkilöstöön.

6.1.2. Leppävirta

Leppävirralla asuvan ihmisen ns. ensikontaktipaikkoja päihdeongelmassa voivat olla oman terveyskeskuksen eri toimipisteet (lääkärin vastaanotto, vuodeosasto, päivystys, mielenterveys-, perhe-, äitiys- ja lastenneuvolat ja kouluterveydenhuolto), eri työterveyshuollot, Leppälintu ry., Varkauden sairaalan psykiatrian osasto sekä eri työnantajat. Asiakas voi hakeutua päihdepalvelujen piiriin myös omasta halustaan. Ensikontaktipaikkoina voivat toimia myös työvoimahallinto sekä seurakunta. Näistä paikoista ihminen yleensä ohjataan hoitoon muualle tai oman kunnan sosiaalitoimeen elämäntilanteen kartoitusta ja hoidontarpeen arviointia varten. Joitakin päihdehuollon palveluita saa myös omasta terveyskeskuksesta.

Avokatkaisuhoito toteutetaan Leppävirran terveyskeskuksessa vastaanotolla ja lyhytkestoinen laitосkatkaisu terveyskeskuksen vuodeosasto 1:llä. Osastolle pääsee katkaisuhoitoon ainoastaan lääkärin läheteellä.

Leppävirralla päihdeongelmaisen avopalveluista vastaa pääasiassa Varkauden A-klinikka, joskin omassa kunnassa on myös joitakin avopalveluita. Leppävirran terveyskeskuksessa toteutetaan opioidiriippuvaisten korvaushoitoon liittyviä lääkärin seurantoja sekä päihdeseurantoja. Toimintayhdistys Leppälintu ry:n toiminnasta vastaa M20-hankkeen projektityöntekijä. Sininauhaliiton M20-hanke kehittää päihdehaittoja ehkäisevää ja sosiaalista vahvistumista tukevaa toimintaa hankkeen paikkakunnilla. Hankkeen tavoitteena on luoda hankepaikkakunnille uudenlaisia päiväkeskus- ja asuinaluetyön toimintamalleja. Toiminnan kohderyhmänä ovat palvelujärjestelmästä poisjääneet, pääosin yksinasuvat ihmiset, joiden elämää leimaa syrjäytyminen ja riippuvuus päihteistä. Toimintayhdistys Leppälintu ry ylläpitää päihdeongelmaisten päiväkeskus Veikkolaa, Veikkolan kirpputoria sekä Malinmäen asuntoloita. Tukimuotoina ovat mm. kotikäynnit ja sosiaalinen isännöinti. Leppälinnun kautta on tarjolla myös sosiaalista asumispalvelua sekä edullista siivouspalvelua, joiden avulla tuetaan terveyttä ja asumista. Lisäksi yhdistys tarjoaa työ-,

työharjoittelu- ja työkokeilupaiikkoja, yhdyskunta- ja asukastoimintaa sekä työpaja-, koulutus- ja virkistystoimintaa. Yhdistys järjestää myös valistus-, neuvonta- ja yhteistoimintaa Leppävirran sekä muiden kuntien, seurakuntien, viranomaisten, järjestöjen ja muiden yhteisöjen ja toimijoiden kanssa. Yhdistyksen alaista päiväkeskustoimintaa järjestetään myös Joroisissa.

Leppävirran alueellinen sosiaalityö toimii omalta osaltaan hoidontarpeen arvioijana sekä hoitoon ohjaavana tahona myöntämällä maksusitoumuksia sekä avo- että laitoshoidon. Leppävirran kunnan asukas ei voi tulla Varkauden A-klinikan asiakkaaksi ilman oman kunnan sosiaalitoimen myöntämää maksusitoumusta. Asiakas voi itse hakea maksusitoumusta, mutta sitä voidaan tiedustella myös A-klinikan toimesta, mikäli asiakas on tullut esim. klinikan päivystykseen. Näin halutaan madaltaa kynnyksiä. Maksusitoumuksessa määritellään joko käytettävissä oleva aika tai käyntien määrä. Sosiaalitoimi voi antaa maksusitoumuksen myös Kuopion seudun päihdepalvelusäätiölle, jolloin asiakkaan hoito toteutetaan siellä. Avohoidon tukena voi toimia myös osallistuminen AA-ryhmään.

Myös laitostuntoutukseen tarvitaan sosiaalitoimen myöntämä maksusitoumus. Yleisimmin käytettyjä kuntoutuslaitoksia ovat Tyynelän kuntoutuskeskus ja Kuopion seudun päihdepalvelusäätiön kuntoutus. Muita laitostuntoutuspaikkoja käytetään satunnaisemmin asiakkaan tarpeiden mukaan.

Leppävirran kunnassa toimii päihdetyöryhmä, joka kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa. Työryhmä on laatinut päihdestrategian, joka on päivitetty vuoden 2008 alkupuolella. Päihdetyöryhmässä ovat edustettuina terveyskeskuksen eri toimipisteet, kunnan sosiaalitoimi, seurakunta, nuorisotoimi, poliisi sekä eri järjestöt ja yhdistykset.

6.1.3. Joroinen

Joroisten kunnassa oleva ihminen voi hakea apua päihdeongelmaansa useassa eri paikassa. Ns. ensikontaktipaikkoja, joissa hoidontarve arvioidaan, voivat olla Joroisten terveyskeskuksen eri toimipisteet (työterveyshuolto, mielenterveysneuvola, äitiys- ja lastenneuvolat, terveyskeskuksen vastaanotto ja kouluterveydenhuolto), Joroisten alueellinen sosiaalitoimi, Varkauden sairaalan ilta- ja viikonloppupäivystys sekä Sininauhaliiton M20-projektiin kuuluva Päiväkeskus Touhola. Näistä toimipisteistä ihminen voi ohjautua jatkohoitoon moneen eri paikkaan hoidontarpeen mukaisesti.

Katkaisuhoitoa tarvitseva ihminen voi käydä avokatkaisukäynneillä Joroisten terveyskeskuksen vastaanotolla tai Varkauden A-klinikan päivystyksessä. Laitoskatkaisuhoitoa järjestetään Joroisten terveyskeskuksen vuodeosastolla paikkatilanteesta riippuen. Osastolla ei ole ns. korvamerkittyä katkaisuhoitopaikkaa. Mikäli ihminen tarvitsee katkaisuhoidon lisäksi muuta sairaalahoitoa, ohjataan hänet vaihtoehtoisesti Varkauden sairaalan tai Mikkelin keskussairaalan vuodeosastoille diagnoosin mukaisesti.

Joroisten kunnan asukkaiden päihdeongelmien avohoito on keskitetty tapahtuvaksi Varkauden A-klinikalla, jonne palveluja tarvitseva voi hakeutua hoitoon ns. matalan kynnyksen periaatteella, ilman lähetettä. Joroislaisten käynnit laskutetaan Joroisten kunnan päihdehuollon menoista. Tukea voi saada myös päiväkeskus Touholasta, joka sijaitsee Joroisten keskustassa samoissa tiloissa Joroisten Työttömien kanssa (Koskentie 5). Touhola toimii Leppälintu ry:n alaisuudessa ja on Sininauhaliiton M20-projektiin kuuluva päiväkeskus, joka järjestää päihdeongelmallisille päihdehoitoa yhdessäoloa ja toimintaa ns. matalan kynnyksen periaatteella. Hanke on käynnistetty Joroisissa vuonna 2005 ja se on toiminut Joroisissa vuoteen 2007 vapaaehtoistyön pohjalta. Vuonna 2007 huhtikuussa hanke sai kuitenkin vuoden jatkoaikaa ja tuolloin siihen palkattiin työntekijä. Päiväkeskus järjestää päihdeongelmallisille päihdehoitoa yhdessäoloa, kuntouttavaa työtoimintaa, yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, virkistystoimintaa, vertaistukea sekä mahdollisuuden kahviin ja lounaaseen. Touholan tiloissa on käytettävissä TV ja tietokone. Lisäksi siellä voi lukea päivän lehdet, kirjoja, pelata pelejä ja käyttää kopiopalvelua. Päiväkeskus on avoinna arkisin 9-14 ja siellä työskentelee siis yksi ohjaaja sekä muutamia vapaaehtoisia.

Laitoskuntoutukseen Joroisista lähdetään Joroisten kunnan sosiaalitoimen tekemällä maksusitoumuksella. Käytetyimpiä kuntoutuslaitoksia ovat Tyynelän kuntoutuskeskus, Tuustaipaleen kuntoutuskeskus ja Mikkeli-yhteisö. Muita laitoskuntoutusyksiköjä käytetään satunnaisemmin. Kuntoutuslaitos sopii jatkohoidosta yhteistyössä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa.

Joroisten kunnassa ei ole olemassa päihdetyöryhmää. PARAS- hankkeen myötä aloitettu palvelujen uudelleenjärjestäminen näkyy myös Joroisissa. JJR-allianssikunnat (Joroinen, Juva ja Rantasalmi) ovat käynnistäneet yhteisen palveluntuotannon vuoden 2008 alusta alkaen. Tällöin henkilöstö on siirtynyt isäntäkuntien vastuulle. Joroinen vastaa sivistyspalveluista (perusopetus, lukio, kirjastot ja vapaa-aika), Juva sosiaalipalveluista ja perusterveydenhuollosta lukuun ottamatta Rantasalmen perusterveydenhuoltoa, josta vastaa Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Rantasalmi vastaa teknisistä ja

ympäristöpalveluista, tukipalveluista ja maaseutuasioista. JRR-allianssiin odotetaan tulevan vielä muutoksia, sillä valtio ei ole vielä hyväksynyt lopullisesti ko. järjestelyä.

6.1.4. Heinävesi

Heinäveden kunnassa asuvan ihmisen ensikontaktipaikka päihdeongelmassa voi olla oman terveyskeskuksen eri toimipisteet (työterveyshuolto, mielenterveysneuvola, äitiys- ja lastenneuvolat, kotisairaanhoido, vastaanottopoliklinikka sekä kouluterveydenhuolto), kotipalvelu, oppilashuolto, alueellinen sosiaalitoimi, Heinäveden koulupuisto ry. sekä Varkauden sairaalan ilta- ja yöpäivystys. Myös työnantaja voi toimia hoitoon ohjaavana tahona.

Katkaisuhoidot on Heinävedellä järjestetty omaan terveyskeskukseen. Terveyskeskuksen vastaanottopoliklinikalla voi käydä avokatkaisuhoidossa ja lyhytaikainen laitostakausi on järjestetty terveyskeskuksen vuodeosastolle. Vuodeosastolle pääsee katkaisuhuoltoon lääkärin läheteellä, mikäli osaston paikkaluku sen sallii. Ns. korvamerkityt katkaisuhoidopaikat puuttuvat myös Heinävedeltä. Katkaisuhoidon tavoitteena on juomakierteen katkaiseminen, fyysisen yleiskunnon koheneminen sekä jatkohoitosuunnitelman laatiminen. Mikäli ihminen tarvitsee muuta sairaalahoitoa katkaisuhoidon lisäksi, lähetetään hänet joko Varkauden sairaalan tai Joensuun keskussairaalan vuodeosastolle diagnoosin mukaisesti.

Heinäveden kunnalla itsellään on tarjota jonkin verran avopalveluja päihdeongelmallisille. Keskeisenä toimijana avopalveluissa on Heinäveden koulupuisto ry., joka tarjoaa päiväkeskustoimintaa syrjäytyneille. Päiväkeskus on ns. matalan kynnyksen paikka, jonne saapumisen ehtona on päihtetttömyys. Päiväkeskuksessa työskentelee yksi henkilö. Päiväkeskuksen toimintamuotoja ovat yhdessäolo, mahdollisuus puutöihin puusepänverstaalla, mahdollisuus vaatehuoltoon, ruokailuun ja kahviin sekä peseytymiseen. Koulupuisto ry:llä on myös tuettua asumista, jolloin asiakkaan tulee osallistua myös päiväkeskustoimintaan. Asiakkaan kanssa tehdään vuokra- ja tukisopimus, ja asiakas asuu Koulupuisto ry:n tai kunnan vuokra-asunnossa tai omistusasunnossa. Terveyskeskuksen mielenterveysneuvolassa tarjotaan palveluita työpaikalta hoitoon ohjatuille päihdelain mukaisesti. Usein myös masennuksen taustalta paljastuu päihdeongelma, jolloin mielenterveysneuvola hoitaa päihdeongelmaa välillisesti. Heinäveden kunnan sosiaalitoimi myöntää maksusitoumukset laitostuntoutuksiin sekä tarvittaessa avokäynteihin Joensuun A-klinikalle asiakkaan asuinpaikasta riippuen. Varkauden A-klinikalle sen sijaan ei erillistä maksusitoumusta tarvita. Avopuolella merkittävänä taustavaikuttajina ovat myös

seurakunta, Steppers-vapaaehtoistoiminta sekä Pitäjän olkkari-yhdistys. Näiden toiminta ei ole varsinaisesti suunnattu päihdeongelmallisille, mutta he ovat tervetulleita mukaan toimintaan.

Laitoskuntoutukseen maksusitoumuksen saamisen ehtona on laitoskuntoutustarpeen arvio. Arvioinnin tekevät yhteistyössä kunnan sosiaalityöntekijä ja Heinäveden koulupuisto ry:n työntekijä. Arviointiin voi osallistua myös terveyskeskuksen lääkäri ja omahoitaja tai mielenterveysneuvolan työntekijä. Jos asiakkaalla on kontakti A-klinikalle tai mielenterveysneuvolaan, voidaan kysyä myös heidän arviotaan laitoskuntoutusjakson tarpeellisuudesta. Arvioinnin pohjalta asiakkaalle tarjotaan joko avo- tai laitoshoitomahdollisuutta. Laitoskuntoutuksessa Heinäveden kunta käyttää eniten Tyynelän kuntoutuskeskuksen ja Tuustaipaleen kuntoutuskeskuksen palveluita. Muita kuntoutusyksiköitä käytetään satunnaisemmin ihmisen hoidontarpeen mukaisesti. Kuntoutuslaitos sopii jatkohoidosta yhteistyössä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa.

Heinävedellä toimii päihdetyöryhmä, joka kokoontuu useita kertoja vuodessa. Päihdetyöryhmä on moniammatillinen työryhmä, jonka tehtävänä on koordinoida ja kehittää kaikkia päihdetyön alueita Heinävedellä. Työryhmä on jaettu kahteen osaan niin, että siinä on sekä ennaltaehkäisevä ryhmä että korjaava ryhmä. Ryhmät jakavat koko päihdetyöryhmän tehtävät. Päihdetyöryhmissä ovat edustettuina neuvola, koulutoimi, nuorisotoimi, poliisi, terveyskeskus, sosiaalitoimi ja Koulupuisto ry. Työryhmä toimii myös tarvittaessa viranomaisverkostona yksittäisissä asiakastapauksissa. Heinäveden päihdetyöryhmässä on laadittu päihdestrategia, joka on päivitetty vuoden 2008 kevään aikana.

6.2. Keskeisimmät työmenetelmät

Sekä Varkauden A-klinikka että Tyynelän kuntoutuskeskus tuottavat palveluja kaikille Varkauden seutukunnille. Seuraavassa on kuvattu tarkemmin näiden kahden yksikön keskeisimmät työmenetelmät ja -tavat. Muiden palvelujentuottajien työmuodot on kuvattu edellä.

6.2.1. Varkauden A-klinikan palvelut

Päivystys

Varkauden A-klinikan päivystys palvelee ihmisiä arkisin klo 8.15 – 11.00 välisenä aikana. Päivystyksessä työskentelee kaksi sairaanhoitajaa. Päivystykseen tullaan ensisijaisesti silloin, kun asiakkaalla on päihteiden käyttöön liittyviä vieroitusoireita ja hän tarvitsee katkaisuhoidoa. Muita päivystyskäyntien syitä ovat erilaiset akuutit kriisitilanteet (esim. uhkaava avioero, työpaikan menetys tai muu elämäntilannekriisi, retkahdus yms.). Päivystykseen voi hakeutua omatoimisesti, ilman lähetettä ja usein päivystys voi olla ihmisen ensimmäinen kontakti A-klinikkaan. Päivystyksen työmuotoja ovat keskustelu, ohjaus ja neuvonta. Tarpeen mukaan on käytetty myös erilaisia kyselylomakkeita arvion tukena. Päivystäjä tekee tilanearvion ja hoidontarpeen arvion ja ohjaa asiakkaan tarvittaessa eteenpäin oikean palvelun piiriin. Yksittäistä päivystysaikaa ei ole ajallisesti rajattu, mutta käytännössä kontaktien kesto vaihtelee muutamista minuuteista yli puoleen tuntiin.

Päivystäjät arvioivat myös katkaisuhoidon tarpeen. Lyhytkestoiseen laitосkatkaisuun Varkauden psykiatrian osastolle riittää A-klinikan sairaanhoitajan lähete. Avokatkaisuhoito puolestaan toteutetaan päivystyksessä, josta ihminen saa mukaansa tarvittavan lääkityksen voimnin arvioinnin jälkeen. Avokatkaisuhoito kestää 1 – 3 päivää ja asiakkaan tulee noutaa päivittäin lääkeannoksensa päivystyksestä.

Päivystyksessä suoritetaan myös päihteettömyyttä tukevaa toimintaa keskusteluin, terveydenhoidollisin menetelmin (terveysneuvonta, laboratoriotestit, verenpaineen ja verensokerin mittaus, rokotteet, seulat) sekä lääkehoidon keinoin. Tarvittaessa A-klinikan päivystäjä jakaa asiakkaan lääkkeitä, ja asiakas noutaa lääkkeensä sopimuksen mukaan A-klinikan päivystyksestä. Myös opioidiriippuvaisten korvaushoitoa toteutetaan päivystysajoilla.

Varkauden A-klinikan hoitosuhteiden jonoutuessa, on päivystyksessä voinut käydä myös lyhyellä keskusteluajalla. Tätä ei kuitenkaan ole koettu hyvänä ratkaisuna, koska päivystys on tuolloin ruuhkautunut.

Arviointijaksot ja päihdeseurannat

A-klinikalla toteutetaan erilaisia arviointijaksoja ja päihdeseurantoja sekä hoidontarpeen arvioimiseksi että palvelutuotteena muille yhteistyötahoille. A-klinikan omiin tarpeisiin suunniteltu arviointijakso sisältää 3 – 5 käyntikertaa, joiden aikana pyritään muodostamaan kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tilanteesta ja tekemään hoitosuunnitelmaa tältä pohjalta. Arviointijaksolla kartoitetaan päihteiden käytön historiaa, sosiaalista verkostoa, terveydentilaa, jo olemassa olevia tukipalveluita ja etuuksia, taloudellista tilannetta ja asumisololoja, hoitohistoriaa ja kokemuksia hoidosta, voimavaroja ja muutostavoitteita. Konkreettisina työvälineinä ovat keskustelu, laboratoriorikokeet, verenpaineenmittaus, juomapäiväkirja sekä erilaiset kyselylomakkeet (BDI, AUDIT, SADIT yms.). Kertyneen tiedon pohjalta laaditaan hoitosuunnitelma, jota voi toteuttaa joko A-klinikka itse tai tarvittaessa jokin muu taho (psykiatria, kuntoutuslaitos yms.). Päätökset maksusitoumuksista laituskuntoutukseen tekee A-klinikan johtaja varkautelaisten osalta. Muiden kuntalaisten osalta päätökset tehdään kunkin kunnan omassa sosiaalitoimessa.

Nuorten arviointijakso poikkeaa hieman edellä esitetystä. Jaksoa toteuttaa yksi sairaanhoitaja, joka hoitaa vain nuoria, alle 25-vuotiaita. Jaksoa voidaan toteuttaa paitsi A-klinikan tiloissa myös eri oppilaitoksissa, joissa nuorten työntekijä säännöllisesti pitää vastaanottoaan. Yhden tapaamiskerran kesto on yksi tunti. Nuorten arviointijakso alkaa alkutapaamisella, jolla kartoitetaan perustietoja, pyydetään tarvittavat luvat olla yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja vanhempiin, sovitaan jakson pelisäännöistä sekä otetaan tarvittaessa yhteyttä vanhempiin ja lastensuojeluun. Arviointia aloitetaan keskustelun ja kyselylomakkeiden (CRAFTT, Nuorten päihdemittari) avulla. Päihteiden käyttöä ja muita riippuvuuksia selvitetään 1 – 2 käyntikertaa. Nuoren kanssa keskustellaan hänen päihdehistoriastaan sekä päihteiden käytön positiivisista ja negatiivisista puolista. Samoilla käynneillä tehdään nikotiiniriippuvuudesta sekä peli- ja nettiriippuvuustestit. Alustavia tavoitteita ja hoitosopimuksia voidaan tehdä. Nuoren fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa arvioidaan myös. Yhteisesti käydään läpi nuoren sairaushistoriaa, lääkitystä, erilaisia hoitopaketteja sekä mahdollisia toistuvia somaattisia vaivoja. Työntekijä selvittelee myös nuoren rokotustarpeet. Masennusta pyritään tunnistamaan ja tässä apuna keskustelun lisäksi on Beckin depressiokysely, BDI. Jakso sisältää myös psykososiaalisen toimintakyvyn arviointia, jossa selvitetään koulu- ja perhetilanne, sosiaaliset suhteet sekä vapaa-ajan viettotavat. Apuna voidaan käyttää verkostokarttaa. Myös rikollinen ja epäsosiaalinen toiminta on arvioinnin kohteena. Tarvittaessa nuori voidaan ohjata lääkärikäynnille tai lääkäriä voidaan konsultoida nuoren asioissa. Nuorten arviointijakso jatkuu mahdollisella perhe- tai verkostotapaamisella, jossa annetaan palautetta arviointijaksosta, tehdään

jatkosuunnitelmat ja palveluohjausta sekä päätetään hoitosuhteen mahdollisesta jatkosta A-klinikalla.

Työvoimahallinnolle tehtävään arviointijaksoon asiakkaat ohjautuvat lähinnä Varkauden työvoiman palvelukeskus PALETIN lähettämänä. Jakso sisältää yhteensä seitsemän käyntikertaa A-klinikalla. Kaksi ensimmäistä käyntiä ovat sairaanhoitajalla ja näillä käynneillä kerätään tarvittavat taustatiedot asiakkaasta. Tällaisia tietoja ovat henkilötiedot, päihteiden käytön arviointi, terveydentilan arviointi sekä asiakkaan oma arvio sosiaalisesta ja ammatillisesta elämäntilanteestaan. Päihteiden käyttöä arvioidaan keskustelun avulla, mutta arvioimiseen käytetään myös erilaisia kyselylomakkeita (AUDIT, MAST, SDS, RTCQ). Alkoholin käytön lisäksi arvioidaan myös huumeiden käyttöä, jota tukee jokaisella käyntikerralla otettava huumeseuila. Terveydentilasta arvioidaan asiakkaan fyysinen ja psyykinen vointi. Tässä työmenetelminä ovat erilaiset laboratoriokokeet, haastattelu ja Beckin depressiokysely BDI. Asiakas täyttää oma-apukorttia ensimmäisestä käynnistä alkaen. Käynnit kolme ja neljä toteutuvat A-klinikan sosiaaliterapeutilla. Näillä käynneillä tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa, jatketaan sosiaalisen ja ammatillisen elämäntilanteen arviointia sekä tarkennetaan päihteiden käytön kuvausta Alkoholin käyttötarkoitus-lomakkeen avulla. Asiakas saa tietoa eri hoitovaihtoehdoista (avohoito, laitospalaveri, lääkahoito) sekä tietoa retkahduksesta (ennakoivat vaiheet, mielitekojen havainnointi, kuinka selvittää retkahduksesta). Asiakkaalle annetaan myös kirjallista materiaalia luettavaksi kotiin mukaan. Näiden neljän käynnin jälkeen tehdään kirjallinen palaute, joka annetaan sekä asiakkaalle että A-klinikan lääkärille. Palautteesta myös keskustellaan molempien kanssa. Kuudes käynti on lääkärikäynti, josta tulee erillinen lausunto. Viimeinen eli seitsemäs käynti on yhteispalaveri asiakkaan, A-klinikan ja Varkauden työvoiman palvelukeskus PALETIN kanssa. Palaverissa käydään läpi arviointijakson tulokset ja tehdään jatkosuunnitelmat yhteistyössä eri tahojen kanssa.

Kriminaalihuollolle on olemassa oma jaksonsa, joka on nimeltään Yhdyskuntapalvelun päihdehuollon – jakso. Asiakkaan on tultava käynneille selvin päin ja jokainen käynti alkaakin puhallutuksella. Käynnit on etukäteen sovittuja ja käynnille osallistuminen tarkastetaan kriminaalihuollosta puhelinoitolla. Yhden käynnin kesto on tunti ja jakson avulla asiakas voi suorittaa yhdyskuntapalvelustaan viisi tuntia. Ensimmäisellä käynnillä läsnä ovat asiakas, kriminaalihuollon työntekijä ja A-klinikan työntekijä. Käynnillä laaditaan palvelusuunnitelma ja sovitaan päihdehuollon jakson ehdoista ja aikatauluista. Lisäksi arvioidaan asiakkaan kokonaiselämäntilannetta, päihdehistoriaa ja nykytilannetta. Työvälineinä ovat keskustelu sekä

erilaiset kyselylomakkeet (esim. AUDIT). Toiselle käynnille asiakas tulee yksin ja sen tavoitteena on asiakkaan fyysisen ja psyykkisen terveydentilan sekä sosiaalisen tilanteen arviointi. Asiakkaalle tehdään tarvittavat läheteet laboratoriokokeisiin ja annetaan tarvittavat rokotukset. Asiakkaalle annetaan myös ohjausta ja neuvontaa päihdeasioissa sekä terveysasioissa. Mielialaa kartoitetaan Beckin depressiokyselyllä, BDI:llä. Kolmas käyntikerta keskittyy asiakkaan päihteidenkäytön tarkasteluun. Yhteisesti työntekijän kanssa käydään läpi päihteiden käytön hyvät ja huonot puolet sekä muutostarpeet ja -tavoitteet. Neljäs ja viides käynti keskittyvät rikosten ja päihteidenkäytön tarkasteluun. Käynneillä käydään läpi rikostilanteet, oman käyttäytymisen analysointia sekä vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja riskitilanteissa jatkossa. Koko jakson tarkoituksena on toimia ns. motivointijaksona päihteettömyyteen. Käyntien pohjalta laaditaan yhteenveto asiakkaalle ja kriminaalihuollolle, joka puolestaan tekee tarvittavat selvitykset yhdyskuntapalvelukelpoisuudesta.

Ajokorttiseurantaan tullaan poliisin ohjaamana. Ajokorttiseurantaan voi ohjautua, jos taustalla on vähintään kaksi rattijuopumusta kolmen vuoden aikana tai on tullut usein säilöön otetuksi päihtyneenä ja omistaa ajokortin, jolloin poliisilla on syytä epäillä myös päihtyneenä ajamista. Asiakkaan ajo-oikeus voi edelleen olla voimassa tai menetettynä. Seuranta on kestoltaan joko kolme tai kuusi kuukautta ja se sisältää käyntejä sekä lääkäriä että A-klinikan työntekijällä. Kolmen kuukauden seurannassa käyntejä tulee yhteensä neljä ja näistä kaksi on lääkärikäyntejä. Kuuden kuukauden seurannassa käyntejä tulee yhteensä seitsemän, joista kaksi on lääkärikäyntejä. Molemmissa jaksoissa vähintään yksi käynneistä tulee lyhyellä varoitusajalla, jolloin asiakas ei pysty valmistautumaan käyntiin esim. huumesekulan varalle. Jokaiselle käynnille on tultava selvin päin, sillä käynnit alkavat puhallutuksella. Seurannassa tehdään tarkat selvitykset päihteiden käytön historiasta ja pyritään määrittelemään alkoholiriippuvuuden tasoa. Tässä keinoina ovat haastattelu, eri kyselylomakkeet (AUDIT, SDS), laboratoriokokeet ja huumesekulat. Jakson aikana otetaan laboratoriokokeita kolmeen eri otteeseen. Jakso katsotaan keskeytyneeksi, mikäli asiakas saapuu ajalle päihtyneenä tai ei tule ajalleen, eikä ilmoita poisjäämisestä etukäteen. Jakson päätteeksi tehdään lääkärin lausunto päihderiippuvuudesta poliisille.

Hoitosuhdetyö

Arviointijakson jälkeen asiakkaan hoito A-klinikalla jatkuu hoitosuhteena. Hoitosuhdekäynnit toteutetaan aina ajanvarauksella. Osa asiakkaista ei halua koskaan varsinaista hoitosuhdetta, vaan haluaa käydä ainoastaan päivystysajoilla. Osa asiakkaista puolestaan ohjautuu jatkohoitoon muualle. Toistaiseksi A-klinikan hoitosuhteisiin ei ole muodostunut kovin pitkiä jonoja, vaan

jonoaika on ollut maksimissaan kuukauden. Yhteydenottojen lisääntyessä ja asiakkaiden ongelmien moninaistuessa saattavat jonot kuitenkin jatkossa muodostua pysyvämmiksi ja pidemmiksi. Hoitosuhdetyötä tekee koko A-klinikan henkilöstö.

Hoitosuhdetyössä yleisin hoitomuoto on supportiiviset keskustelukäynnit, joilla jatketaan alkuarvioinnista saadun tiedon pohjalta päihdeongelman hoitamista keskustelun keinoin. Keskusteltavat teemat nousevat asiakkaalta itseltään. Keskusteluissa käytetään erilaisia lähestymistapoja, kuten kognitiivisen terapian ja ratkaisukeskeisen terapian elementtejä sekä motivoivaa haastattelua. Hoitosuhteen kesto vaihtelee viikoista useisiin vuosiin. Nuorten kohdalla hoitosuhdekäynnit voidaan toteuttaa myös oppilaitoksen tiloissa nuorten työntekijöiden vastaanottoaikoina. Nuorten hoitosuhdekäynnit ovat kestoltaan tunnin mittaisia. Nuorten hoitosuhteisiin liittyy paljon verkostotyötä sekä eri yksiköiden yhteisesti tehtävää työtä, jolloin eri yksiköiden työntekijät tapaavat nuorta yhdessä.

A-klinikalla voi käydä myös parisuhdekäynneillä. Parikäynnit tehdään työparina. Parikäynnit ovat mahdollisia silloin, kun puolisoista jommallakummalla tai molemmilla on päihdeongelma. Parikäynteihin ohjaututaan myös lastensuojelun lähettämänä, jolloin lastensuojelu velvoittaa alaikäisen lapsen vanhempia selvittämään parisuhdettaan ja päihdeongelmaansa A-klinikalla.

A-klinikalla tehdään myös perhetyötä eri muodoissa. Nuorten kohdalla perhetapaamiset ovat kestoltaan puolentoista tunnin mittaisia ja niitä tehdään työparina. Jalkautuvassa, lapsiperheisiin kohdistuvassa perhetyössä työparina toimii Alvari-perhetyöntekijä. Nämä käynnit voivat tapahtua asiakkaan kotona asiakkaan suostumuksella. Tavoitteena on päihteettömyyteen ja vanhemmuuteen tukeminen sekä parisuhteen, mahdollisen perheväkivallan ja päihteiden käytön selvittely. Myös käytännön asioissa, kuten lasten hoidossa, voidaan olla ohjaamassa ja neuvomassa. Yksi tärkeimmistä tavoitteista vauvaperheissä on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen.

Muut työmuodot

Muita A-klinikalla käytettäviä työskentelymuotoja ovat erilaiset tarpeenmukaiset verkosto- ja hoitokokoukset, konsultaatiopalvelut, ryhmätoiminnat, akupunktiohoito, lääkärin vastaanotto, lääkehoito ja korvaushoito. Lisäksi hoitojaksoina toteutetaan työnantajan hoitoonohjauksia.

Verkosto- ja hoitokokoukset liittyvät useimmiten arviointijaksojen palautteenantoon ja jatkohoidon suunnitteluun. Hoitokokouksia voidaan pitää myös asiakkaan ollessa laitostuntoutuksessa, jolloin useimmiten A-klinikan työntekijä menee kuntoutuslaitokseen paikan päälle. Myös hoitoketjun siirtymävaiheisiin sisältyy usein verkostotyötä ja -kokouksia. Konsultaatiopalveluiden voidaan ajatella sisältyvän verkostotyöhön.

A-klinikalla toimii erilaisia ryhmiä asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Ryhmiin ohjaututaan klinikan oman henkilökunnan suosituksesta, mutta myös A-klinikan ulkopuolelta riippuen ryhmän kohderyhmästä. Käytössä on ollut sekä keskusteluryhmiä että toiminnallisia ryhmiä. Säännöllisesti kokoontuu akupunktioryhmä, jossa sairaanhoitaja antaa korva-akupunktiota neuvoilla sitä haluaville päihdeongelmallisille. Akupunktio rauhoittaa ja rentouttaa tai opettaa rentoutumiseen, koska asiakkaan on opeteltava pysähtymistä ja paikallaan oloa. Akupunktion on todettu helpottavan päihteiden käytön himoa ja vieroitusoireita ja sitä käytetäänkin vaihtoehtohoitona bentsodiatsepiinien käytölle.

A-klinikalla työskentelee osa-aikainen lääkäri (yksi päivä joka toinen viikko). Lääkärin vastaanotolle tullaan A-klinikan työntekijän ohjaamana. Lääkəriin pääsyn ehtona onkin voimassa oleva hoitosuhde A-klinikalla. Lääkäri voi aloittaa lääkityksiä ja tehdä tarvittaessa lausuntoja esimerkiksi sairausloman tarpeesta. Lääkäri arvioi myös asiakkaiden psyykkistä vointia ja mielialaa. Lääkeresepien uusinta A-klinikan lääkärin toimesta onnistuu, jos on hoitosuhteessa A-klinikalla. Lisäksi lääkäriellä on merkittävä rooli erilaisten arviointi- ja seurantajaksojen toteutuksessa.

Työpaikalta hoitoon ohjatut käyvät A-klinikan käynneillä sovitun ajanjakson. Jaksojen sisällöt ja toteutusmallit vaihtelevat eri työnantajien mukaan. Jaksoon sisältyy kuitenkin yleensä sekä arviointia että ohjausta ja neuvontaa.

6.2.2. Ratakadun pysäkki

Ratakadun pysäkki on Varkauden kaupungin A-klinikan alaisuudessa toimiva 18-paikkainen asumisyksikkö miehille ja naisille. Pysäkillä työskentelee vakituisesti 3 henkilöä sekä tällä hetkellä yksi oppisopimusopiskelija. Työtä tehdään aamu- ja iltavuorossa. Yöaikaan työntekijöitä ei ole paikalla. Ratakadun pysäkki on ns. matalan kynnyksen paikka eli lähetettä ei siis tarvita. Käytännössä yhteistyötahot usein ohjaavat asukkaat pysäkille, mutta jotkut hakeutuvat asumisyksikköön myös itse. Keskeisimmät yhteistyötahot ovat Varkauden sairaala sekä A-klinikka.

Pysäkillä vallitsee yhteisöllisyyden periaatteet. Päihteiden käyttö talossa on kielletty ja päihteettömyyttä valvotaan tarvittaessa alkometrillä ja huumeeseuloilla. Mikäli asukas rikkoo talon sääntöjä, rangaistuksesta päättää talon asukas-yhteisö. Useimmiten rangaistuksena on työpalvelu (esim. siivous), mutta törkeästä rikkomuksesta, kuten väkivallasta tai sillä uhkaamisesta, voi seurata myös uloskirjoitus. Asukkaat voivat tilata ruuan ruokapalvelusta tai valmistaa sen itse. Siivoaminen on asukkaiden omalla vastuulla. Joka aamu pidetään yhteinen aamupalaveri, johon osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista.

Ratakadun pysäkillä asukkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma, johon kirjataan talousasiat, terveydentila, mahdollinen työtoiminta, yhdyskuntapalvelu yms. Pysäkillä toteutetaan myös lääkehoitoa, mutta lääkkeet pidetään henkilökunnan takana. Useimmilla asukkaista on jonkin asteisia mielenterveysongelmia, yksinäisyyttä, leimautumista ja laitostumista.

Pysäkin asukaspaikat ovat karkeasti ottaen jaettu kahtia: puolet paikoista on lyhytpaikkoja ja puolet pitkäaikaispaikkoja. Ylipaikoille ei ketään voida ottaa tilan puutteen vuoksi. Huoneet ovat joko yhden tai kahden hengen huoneita. Vaihtuvuus asukkaissa ei ole mittavaa, mutta vaihtoakin tapahtuu ja pyrkimys siihen on. Naisten asuminen on pysäkillä usein lyhyempi aikaista kuin miesten. Kuluvana vuonna asukaspaikat ovat olleet poikkeuksellisen kysytyjä ja paikoille on syntynyt jonoa. Asuminen on asukkaalle maksullista ja lisäksi asukas maksaa itse ruokakulunsa.

6.2.3. Tyynelän kuntoutuskeskus

Kirkkopalvelut ry:n alaisuudessa toimiva Tyynelän kuntoutuskeskus sijaitsee Naarajärvellä, Pieksämäellä. Tyynelässä sijaitsee myös päihdetyön kehittämiseen erikoistunut kehittämissyksikkö. Kuntoutuskeskus on 25-paikkainen kuntoutusyksikkö, jossa hoidetaan alkoholi- ja peliongelmaisia ihmisiä. Huumeongelmia ei keskuksessa hoideta. Hoitoon hakeutuva asiakas tarvitsee lääkärin lähetteen kuntoutukseen, kotikunnan myöntämän maksusitoumuksen sekä avohoidon lähetteen, mikäli avohoito on jo olemassa. Hoitoon on mahdollista hakeutua myös KELA:n kuntoutuspäätöksellä.

Lähtävä taho määrittelee yhdessä asiakkaan kanssa perustavoitteet kuntoutusjaksolle. Tyynelän kuntoutuskeskuksessa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin osallistuu moniammatillinen työryhmä, joka pyrkii huomioimaan asiakkaan kokonaisvaltaisesti. Yhdessä asiakkaan kanssa laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Työryhmään kuuluvat johtaja, kaksi

sairaanhoitajaa, kolme sosiaaliterapeuttia, kaksi ohjaajaa, emäntä, keittäjä, laitoshuoltaja ja toimistos sihteeri. Lisäksi osa-aikaisina toimivat lääkäri ja pappi. Jatkohoitosuunnitelma laaditaan yhteistyö- ja verkostopalavereissa asiakkaan, kuntoutuskeskuksen ja avohoidon kanssa.

Kuntoutusjaksojen sisällöt

Tyynelän kuntoutuskeskuksessa on useanlaisia jaksoja tarjolla. Arviointi- ja peruskuntoutusjakso on vaiheittain etenevä 2 - 4 viikon päihdekuntoutusjakso, joka aloitetaan hoidon tarpeen arvioinnilla ja tavoitteiden asettamisella. Jakso alkaa tulohaastattelulla, jossa käydään läpi asiakkaan taustatietoja, perhetilannetta, työ-, hoito- ja päihdehistoriaa sekä sosiaalista ja taloudellista tilannetta. Lisäksi kartoitetaan oikeudellisia asioita sekä mahdollisen peliriippuvuuden olemassaoloa. Myös asiakkaan toiveita ja odotuksia hoidolta kuullaan. Tulohaastattelun ja keskustelujen pohjalta muodostetaan asiakkaalle kuntoutussuunnitelma. Välineinä kuntoutusjaksolla ovat yhteisöhoito, yksilö- ja ryhmähoidot, luennot sekä toiminnalliset menetelmät. Koko kuntoutusjakso voidaan toteuttaa myös ns. perhekuntoutusjaksona, jolloin mukana kuntoutuksessa on koko perhe. Kuntoutusjakson aikana suunnitellaan ja turvataan asiakkaan jatkohoito kotipaikkakunnalla. Myöhemmässä vaiheessa kuntoutusjaksoon voidaan liittää ns. intervallijaksot Tyynelässä.

Intervallijakso kestää yleensä viikon kerrallaan, mutta niitä voidaan järjestää säännöllisin väliajoin. Intervallijakso on etukäteen sovittu seurantajakso, jonka tavoitteena on asiakkaan hoitomotivaation vahvistaminen, suunnitelmien toteutumisen arvioiminen sekä toipumisprosessin tukeminen edelleen. Intervallijaksot toteutetaan yhteistyössä kotipaikkakunnan avohoidon kanssa. Jaksoa voidaan käyttää myös retkahdusta ennaltaehkäisevänä hoitojaksona, mikäli kotikunnasta tällainen ennaltaehkäisevä paikka puuttuu.

Ongelmapelaajan kuntoutusjakso kestää yleensä kolme viikkoa. Jakson tavoitteena on peliriippuvuuden ja sen aiheuttamien ongelmien selvittely. Jakso alkaa arviointi- ja motivointivaiheella, jonka aikana muodostetaan kuntoutussuunnitelma. Tätä seuraavat realisointi- ja muutosvaihe sekä tulevaisuuden suunnittelu ja sitoutuminen.

Elma-kuntoutus on päihdeongelmaisten pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittämiseen tähtäävä kuntoutusjakso, joka toteutetaan yhteistyössä työvoimahallinnon kanssa. Päihteen jakso turvallisessa ympäristössä mahdollistaa tarvittavien selvittelyjen tekemisen.

Kuntoutuksen välineet

Tyynelän kuntoutuskeskuksessa on tarjolla monenlaisia välineitä ja työtapoja kuntoutuksen sisällön toteuttamiseen. Karkeasti työmenetelmät voidaan jakaa ryhmähoitoihin, yksilö- ja perhekeskeisiin hoitoihin, yhteisöhoitoon sekä itsehoitoon. Ryhmähoitojen tavoitteena on antaa asiakkaille asiantietoa päihteisiin liittyen, luoda vuorovaikutustilanteita, tarjota vertaistukea ja samaistumiskohteita sekä saada palautetta omasta toiminnasta ja ajatuksistaan. Työmenetelmiä ryhmiin on otettu kognitiivisesta sekä ratkaisukeskeisestä terapiasta. Ryhmissä voidaan järjestää myös luovaa toimintaa, kuten puutöitä. Lisäksi jatkuvasti menossa olevia ryhmiä ovat papin ryhmä sekä akupunktioryhmä.

Yksilö- ja perhekeskeisillä työmenetelmillä tarkoitetaan keskusteluja, joiden avulla voidaan kartoittaa asiakkaan tilannetta, suunnitella muutosta ja käynnistää sitä sekä antaa tarvittavaa tukea asiakkaalle. Keskusteluissa voidaan myös purkaa asiakkaan saamia itsehoitoon liittyviä tehtäviä ja antaa palautetta niistä. Lisäksi keskusteluilla on merkittävä rooli asiakkaan jatkohoitoon motivoimisessa sekä jatkohoidon järjestämisessä.

Yhteisöhoitoon kuuluvat yhteisökokoukset, asiakasyhdistys, virkistystoiminta, talkoot ja tapahtumat sekä harrastustoiminta. Yhteisöllisyyden periaatteet vallitsevat kaikessa toiminnassa Tyynelässä. Näin on myös Tyynelän ulkopuolelle suuntautuviissa toiminnoissa kuntoutuksen aikana, kuten retkillä, harrastustoiminnassa sekä toiminnallisessa kuntoutuksessa. Yhteisöhoidon tavoitteena on muutosta tukevan yhteisöllisen ilmapiirin luominen ja sen ylläpitäminen. Lisäksi vastuuta pyritään jakamaan kaikille mielekkäiden tehtävien kautta.

Itsehoitoon katsotaan kuuluvan kuntoilun, työkirjojen käytön, tehtävien tekemisen, kirjallisuuteen ja videoihin tutustumisen sekä AA- tai GA-ryhmät ja muut vertaistukiryhmät. Itsehoidon tavoitteena on motivoida asiakasta aktiiviseen itsensä hoitamiseen sekä jäsenyntyneeseen toimimiseen myös kuntoutusjakson päätyttyä. Lisäksi itsehoidon keinoin tarjotaan asiakkaalle asiantietoa hänen ongelmaansa liittyen.

Kaikkiin hoito-ohjelmiin kuuluu myös luentoja, joiden tarkoitus on välittää asiantietoa riippuvuuksista, muutosprosessista, retkahtamisen torjuntakeinoista, mielialaongelmista, mielenterveydestä, toipumisesta jne. Luennot voidaan toteuttaa joko henkilö- tai videoluentoina.

6.3. Asiakkaan muutosvalmius työntekijän näkökulmasta

Haastateltaessa eri kuntien ja yksiköiden työntekijöitä kysyttiin heidän näkemystään siitä, miten tunnistaa muutosvalmiin tai motivoituneen asiakkaan, mikä edistää heidän näkemyksensä mukaan muutosvalmiutta sekä myös mikä heidän näkemyksensä mukaan ehkäisee tai suoranaisesti estää muutosvalmiuden kehittymistä. Seuraavassa eri työntekijöiden kuvaukset on koottu yhteen ja niistä on tehty asiaa kuvaava yleistys. Haastattelujen lisäksi aineistona on käytetty VALMA-hankkeen lähtökoulutusten ryhmätöiden ja keskustelujen tuotoksia.

Mistä tunnistaa muutosvalmiin tai motivoituneen asiakkaan?

Kysyttäessä työntekijöiltä, mistä he tunnistavat muutosvalmiin tai motivoituneen asiakkaan, tekijöistä yleisimmin mainittu oli sitoutuminen hoitoon. Väkisin hoitaminen ei ole mahdollista, vaan asiakkaan tulee itse haluta muutosta. Jo se, että on lähtenyt hakemaan apua päihdeongelmaansa, kertoo työntekijälle asiakkaan muutosvalmiudesta ja motivaatiosta. Tällöin asiakas haluaa muutosta johonkin elämässään ja on siis motivoitunut muuttamaan jotain, vaikka se ei olisikaan suoranaisesti päihteiden käyttö. Motivaatio on kuitenkin vaihteleva tila, jonka vuoksi hoitoon sitoutuminen kertoo työntekijöiden mielestä pidemmällä olevasta motivaatiosta tai muutosvalmiudesta. Tärkeäksi koettiin, että asiakas saa itse määrätä muutoksen suunnan.

Tärkeänä tässä vaiheessa koettiin asioiden avaaminen keskustelun keinoin. Keskustelun avulla pystytään paitsi herättelemään ja tukemaan asiakkaan muutosvalmiutta, myös kartoittamaan sen voimakkuutta. Kun asiakkaan muutosvalmius on herännyt, olisi työntekijöiden mielestä hyvä pystyä lisäämään hoitosuhdekäyntien määrää, jolloin laaja-alaisempi asiakkaan hoitaminen olisi mahdollista. Tiiviimpi hoitosuhde auttaa ylläpitämään asiakkaan muutosvalmiutta. Myös erilaiset kyselylomakkeet ym. työmuodot auttavat tuomaan esiin asiakkaan muutosvalmiuden tasoa.

Asiakkaan muutosvalmiudesta voi kertoa myös ulkoiset seikat. Asiakas alkaa esimerkiksi kiinnittää huomiota enemmän omaan ulkonäköönsä tai hygieniaansa. Tässä vaiheessa asiakas on jo saattanut myös tehdä konkreettisia muutoksia päihteiden käyttöönsä, mikä kertoo jo melko vahvasta muutosvalmiudesta. Jo se, että on yrittänyt vähentää käyttöään, kertoo motivaation tasosta.

Mikä edistää asiakkaan muutosvalmiutta?

Kysyttäessä työntekijöiltä, mikä edistää muutosvalmiutta asiakkaassa, saatiin vastauksia, jotka liittyivät joko asiakkaan, työntekijän tai puitetason ominaisuuksiin. Asiakkaaseen liittyvistä tekijöistä yleisimmin mainittiin asiakkaan tunne siitä, että on tullut kuulluksi ja että asiakas luottaa työntekijään. Myös terveyden koettiin olevan vahvasti muutosvalmiutta edistävä tekijä. Useimmat asiakkaat ovat huolissaan päihdeiden aiheuttamista terveyshaitoista ja kaipaavatkin tietoa niistä. Mitä enemmän asiakkaalla on menetettävää, sitä muutosvalmiimpi tai motivoituneempi hän yleensä on hoitamaan päihdeongelmaansa.

Jos uhkana on oman terveyden, parisuhteen, perheen, opiskelu- tai työpaikan menetys, saattaa asiakkaan muutosvalmius nousta lyhyessäkin ajassa jyrkästi. Muutosmotivaatiota edistää se, että asiakas on vielä ”elämän syrjässä kiinni”. Nämä liittyvät oleellisesti myös omien arvojen kanssa vastakkain joutumiseen, minkä koetaan olevan muutosvalmiutta vahvasti lisäävä tekijä. Asiakas on voinut esimerkiksi ajatella, että hän voi juoda, kunhan työpaikka säilyy. Kun uhkaksi tuleekin työpaikan menetys, joutuu asiakas todella miettimään, mitä hän elämältään haluaa. Myös voimakas katumus ja syyllisyys, joka voi liittyä esimerkiksi retkahdukseen, saattaa edistää asiakkaan muutosvalmiutta. Myös se, että asiakkaalla on halu ottaa vastaan apukeinoja, kuten esimerkiksi lääkehoitoa, koetaan muutosvalmiutta edistävänä tekijänä.

Työntekijään liittyvinä muutosvalmiutta edistävinä tekijöinä nähtiin monenlaisia asioita. Keskeisimmäksi työntekijöiden puheessa nousi kuitenkin vuorovaikutussuhteen laatu. Hoitosuhteen tulisi olla luottamuksellinen, asiakasta kunnioittava ja asiakkaan yksilönä huomioiva. Vuorovaikutussuhteen laatu määrää sen, kuinka ”syvälle” asiakas uskaltautuu keskusteluissa menemään ja vaikuttaa sitä kautta muutosvalmiuden syntyyn. Asiakkaan kokonaisvaltainen kuuleminen ja aito yhteistyösuhde on tärkeää: ainoastaan päihdeasian ympärillä pyöriminen ei auta asiakasta pääsemään eteenpäin, vaan hoidon painopistealue löytyy asiakkaan elämän kokonaisvaltaisesta huomioimisesta.

Työntekijän tulee jatkuvasti arvioida, ovatko hänen käyttämänsä työtavat toimivia ja juuri tälle asiakkaalle oikeita. Tärkeää on myös, ettei asiakasta lähdetä väkisin muuttamaan, vaan asiakas voi itse määritellä sen, millaisiin muutoksiin hän on valmis. Asiakkaan voimavarojen, hyvien puolien ja onnistumisten esiin saaminen auttavat samoin kuin asiakkaan tavoitteiden ja ratkaisujen aito

kunnioitus. Oikein mitoitettu usko asiakkaan mahdollisuuksiin ja kykyihin edistää myös asiakkaan omaa uskoa itseensä ja muutokseen.

Työntekijän tulee kyetä yhdistämään eri teorioita ja antamaan niistä tietoa asiakkaalle. Pähhteisiin liittyvää tietoa asiakkailla ei vastoin yleistä luuloa ole kovinkaan paljon. Myös muutoksen vaiheittaisuuden ymmärtäminen voi auttaa asiakasta motivoitumaan hoitoon. Vaikka konfrontaatio yleisesti ottaen koettiin huonona lähestymistapana, silti nähtiin, että ammattiin kuuluva tietynlainen auktoriteetin tai kontrollin käyttö voi myös joskus auttaa asiakasta muutoksen suuntaan. Tällöin työntekijä edustaa rajoja ja rakenteita, jotka asiakkaan omasta elämästä puuttuvat. Toisaalta työntekijän pitää kyetä olemaan armollinen ja antamaan asiakkaalle ”uusi mahdollisuus” esimerkiksi retkahduksen jälkeen. Hänen tulee sietää päihdeongelmaa kokonaisuutena retkahduksineen. Työntekijän tulisikin olla se, joka tukee silloin, kun muut hylkäävät.

Puitetasoon liittyen muutosvalmiutta edistäväksi koettiin eri yksiköiden yhteistyö. Työntekijöiden tulisi uskaltaa tulla omien reviiriensä yli ja turvata hoidon jatkumo ns. saattaen vaihtamisella. Myös sillä, minne asiakas ensimmäisen kerran hakeutuu päihdeongelmaansa selvittämään, koettiin olevan merkitystä muutosvalmiuden kannalta. Jos asiakas kohdataan kunnioittavasti ja hänet ohjataan oikeaan paikkaan saamaan jatkohoitoa, voi muutosvalmius ja motivaatio hoitoon nousta. Puitetason ominaisuuksista myös ns. matalan kynnyksen – periaatteen ja jalkautuvan työn koettiin vaikuttavan asiakkaan muutosvalmiuteen suotuisasti.

Mikä ehkäisee muutosvalmiuden kehittymistä?

Muutosvalmiutta ehkäiseviksi asioiksi nimettiin edellisessä kappaleessa esitettyjen asioiden vastakohtia. Myös nämä asiat on jaettavissa asiakkaan, työntekijän tai puitetason ominaisuuksiin liittyviksi tai yleisiin yhteiskunnallisiin tekijöihin liittyviksi.

Asiakkaan muutosvalmiutta voi ehkäistä häneen kohdistuvat liian suuret paineet, joista nousee ahdistus. Tällaisia paineita voi tulla esimerkiksi lähiomaisten tai muun sosiaalisen verkoston taholta ja työnantajan tai opiskelupaikan taholta. Myös päihdehoitopaikan työntekijä voi asettaa asiakkaalle liikaa paineita silloin, kun yhteistyö ei ole asiakaslähtöistä. Esimerkiksi asiakkaan liiallinen kehuminen voi luoda asiakkaalle liian kovat paineet olla työntekijän odotusten mukainen. Usein näissä tilanteissa asiakas ei enää palaa työntekijän luo, koska joutuisi tuottamaan työntekijälle pettymyksen, kun ei ole kyennyt olemaan työntekijän odotusten mukainen. Mitä enemmän ihminen

on elämässään menettänyt päihdeongelmansa seurauksena (työ, perhe yms.), sitä heikompi voi olla hänen muutosvalmiutensa, koska asiakas kokee, ettei ole enää mitään syytä muuttaa päihteiden käyttöä. Joskus työntekijänkin voi olla näissä tilanteissa löytää motivointikeinoja päihteettömyyteen.

Ensimmäisen kontaktin laatu voi olla joko muutosvalmiutta edistävä tai ehkäisevä. Ehkäiseväksi se muodostuu silloin, kun asiakas kokee tullessa vastaanotetuksi huonosti. Yleensäkin hoitosuhteen huono vuorovaikutus, jolloin työntekijä esimerkiksi pyrkii ”runnomaan läpi” omat ideansa ja itse parhaaksi kokemansa tavoitteet, voi pahimmillaan ehkäistä muutosvalmiuden syntymistä tai edistymistä. Asiakkaan yläpuolelle asettuminen, empatian puute, lokerointi, leimaaminen ja mitätöinti ehkäisevät muutosvalmiutta varmasti. Joskus sekin, että työntekijä on entuudestaan tuttu, voi kääntyä muutosvalmiutta vastaan. Jos hoitosuhteessa ei synny luottamusta, ei sen jatkumiselle ole edellytyksiä. Konfrontaatio ja asiakkaan ”kiinni saaminen” tai ”paljastaminen” eivät myöskään ole suotuisia työtapoja.

Erityisesti nuorten kohdalla kuvattiin ”turhan hysterian” olevan epäsuotuisa muutosvalmiuden syntymisen ja edistymisen kannalta, koska nuori saattaa liiallisen huolenpidon seurauksena kokea, ettei häntä kuulla oikeasti, vaan nähdään ainoastaan hänen päihdeongelmansa. Näin ollen nuori saattaa vetäytyä pois hoitosuhteesta ja jatkaa elämäänsä ja päihteiden käyttöään entiseen malliin.

Puitetason muutosvalmiutta ehkäiseviksi tekijöiksi mainittiin vaikeus päästä hoitoon. Tähän liitettiin useiden eri paikkojen lähetekäytännöt, jolloin asiakas joutuu ns. ”kiertämään luukulta toiselle” päästäkseen tiettyyn palveluun. Vaikka asiakkaalla olisi muutosvalmiutta, hän saattaa turhautua joutuessaan asioimaan monessa paikassa esimerkiksi päästäkseen katkaisuhoidon. Joskus myös asiakkaan fyysinen vointi voi olla niin heikko, että hän ei yksinkertaisesti jaksa odotella palveluihin pääsyä pitkiä aikoja. Ns. matalan kynnyksen paikkoja kaivattaisiinkin lisää. Myös hoidon jonoutuminen mainittiin muutosvalmiuden kehittymisen esteenä. Asiakas voisi olla motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaansa tässä ja nyt, mutta jos hoitoon pääsyyn on useiden kuukausien jonot, saattaa asiakkaan muutosvalmius heiketä tai jopa kadota.

Yhteiskunnallisista yleisistä tekijöistä mainittiin valtion päihdestrategiat sekä valtion linjaukset alkoholipolitiikassa. Alkoholin hintojen laskeminen viime vuosina on vaikuttanut päihteiden käytön lisääntymiseen ja ongelmien vaikeutumiseen. Näihin seikkoihin peilaten voidaan monien linjauksien ajatella olevan muutosvalmiutta heikentäviä.

6.4. Työsuunnitelma Varkauden seudulla

Varkauden seudulla järjestettiin syksyllä 2007 kaksi lähtökoulutusta VALMA-hankkeen keskeisistä teorioista ja teoreettisista käsitteistä yhteisen kielen pohjaksi eri toimijatahoille. Näissä koulutuksissa palautteen keräämisen yhteydessä tiedusteltiin eri toimijoiden ja työntekijöiden halukkuutta ryhtyä kehittämään Varkauden seudulle muutosvalmiutta tukevaa ja edistävää toimintamallia. Näiden palautteiden, haastatteluiden ja projektisuunnittelijan oman havainnoinnin pohjalta on noussut ajatus toimintamallin eri osista sekä niistä yksiköistä ja työntekijöistä, jotka voisivat olla kehittämistoiminnassa mukana.

Yksi selkeimmistä työntekijöiden esille tuomista toiveista ja tavoitteista oli asiakaspolkujen niveltymisen toisiinsa niin, ettei asiakkaiden ”putoamia” eri hoitoyksiköstä toiseen siirryttäessä tapahtuisi. Nykytilanteessa on tullut tuntuma, että asiakkaat eivät siirry joustavasti yksiköstä toiseen. Syyt voivat liittyä paitsi asiakkaan muutosvalmiuteen myös yksiköiden väliseen yhteistyöhön. Eri toimijoiden toivottiin tutustuvan toisiinsa paremmin ja yhteistyön toivottiin tätä kautta tiivistyvän. Yhteisen kielen löytyminen eri toimijoiden välille mainittiin yhtenä tärkeimpänä tavoitteena. Näiden tekijöiden ajatellaan edesauttavan asiakkaiden siirtymistä yksiköstä toiseen joustavammin.

Asiakastyöhön toivottiin saatavan konkreettisia työkaluja sekä päihdeongelman arvioimiseen että sen hoitamiseen. Yleensäkin toivottiin, että VALMA-hanke toimisi lähellä ihmisten arkityötä. Lisäksi toivottiin selkeyttämistä siihen, mitä asioita päihdeongelmassa tulisi arvioida. Näihin liittyen entisten, jo olemassa olevien työvälineiden, kuten kyselylomakkeiden käyttöön, haluttiin selkeää rakennetta. Aikaisemmin työntekijät ovat käyttäneet kyselylomakkeita lähinnä omien tuntemustensa pohjalta. Yhteisten rakenteiden uskottiin tuovan tehokkuutta arviointiin.

Myös koulutusta muutosvalmiudesta ja toimintamalliin liittyvistä asioista toivottiin järjestettävän. Tietoa ja koulutusta toivottiin tarjottavan myös niille tahoille, jotka eivät suoraan tee päihdetyötä, mutta toimivat yhteistyössä eri päihdetoimijoiden kanssa. Näin uskottiin yhteistyön parantuvan ja ymmärryksen päihdeongelman moninaisuudesta lisääntyvän. Samalla toivottiin, että työntekijöiden asenneilmastossa päihdeongelmaisia kohtaan tapahtuisi muutosta.

Kehittämistyöryhmä ja kehittämiskohteet

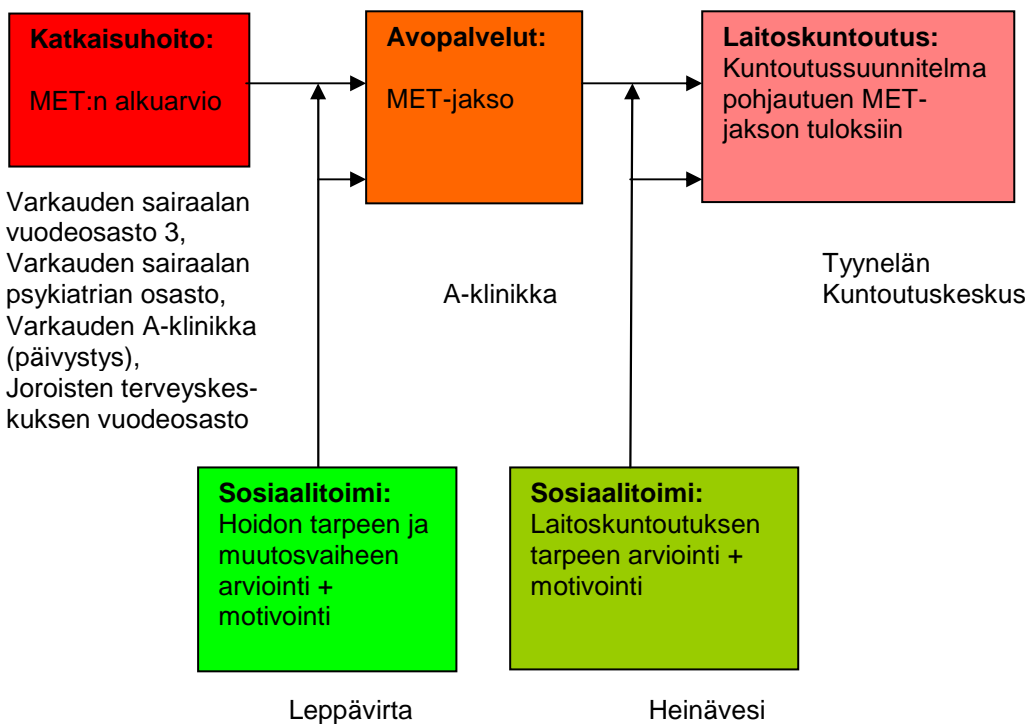
VALMA-hankkeen tavoitteena on kehittää muutosvalmiutta edistävä ja tukeva toimintamalli Varkauden seudulle. Syksyn 2007 aikana Varkauden, Leppävirran, Joroisten ja Heinäveden kuntien työntekijöistä koottiin kehittämistyöhön ydinryhmä, Varkauden seudun kehittämistyöryhmä (Ketry). Työryhmässä on yhteensä 19 henkilöä, jotka edustavat eri kuntien eri toimipaikkoja päihdetyön saralla. Kehittämistyöryhmän jäsenet on lueteltu toimipaikoittain luvun 7 lopussa. Kehittämistyöryhmä kokoontuu vuoden 2008 aikana säännöllisesti kuukausittain yhteisiin työkokouksiin, joissa projektisuunnittelijan työryhmään tuoman tiedon avulla kehitetään Varkauden seudulle sopiva, kaikki palvelujärjestelmän tasot huomioiva toimintamalli. Toimintamallin tavoitteena on asiakkaan muutosvalmiuden huomioiminen ja hoidon jatkumojen turvaaminen. Toimintamallin toimivuutta testataan ns. kokeiluvaiheen avulla vuosina 2008 - 2009.

Muutosvalmiuden näkökulmasta katsottuna Motivaatiota Edistävä Terapia eli MET on yksi tehokas keino edistää asiakkaiden muutosvalmiutta ja sitoutumista hoitoon. MET-malli on tutkimuksissa todettu tehokkaaksi keinoksi edistää päihdeongelmaisten muutosvalmiuden kehittymistä erityisesti silloin, kun ihminen on Proschaskan ja DiClementen transteoreettisen muutosmallin kuvaamassa esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Näissä vaiheissa muutosvalmius on vielä vähäistä tai sitä ei ole lainkaan, minkä vuoksi muutosvalmiuden aikaansaaminen tai parantaminen on hoidon kannalta tärkeää. Motivaatiota Edistävä Terapia MET pohjautuu motivoivan haastattelun menetelmään ja on strukturoitu tapa tehdä päihdetyötä.

Varkauden seudun kehittämistyöryhmän tavoitteena on kehittää seudulliseen päihdetyöhön sopiva MET-sovellus. Kehittämistyöryhmän työkokouksissa projektisuunnittelijan tuoman tiedon pohjalta kehitetään Varkauden seudun resursseihin ja käytäntöihin soveltuva strukturoitu työmalli. Pienemmän työntekijäjoukon testattua ja mahdollisesti uudelleen muotoiltua toimintamallia ns. kokeiluvaiheessa, voidaan alueen muut työntekijät kouluttaa käyttämään toimintamallia.

Toimintamalli on jaettu viiteen eri osaan. Sen ensimmäinen osa on alkuarviointi, jota on ajateltu tehtävän katkaisuhoidossa sekä A-klinikalla. Kehittämisen- ja kokeiluvaiheessa pilottiorganisaatioina toimivat Varkauden sairaalan psykiatrian osaston katkaisuhuolto, Joroisten terveyskeskuksen vuodeosaston katkaisuhuolto sekä A-klinikka. Alkuarvioinnin jälkeen asiakas siirtyy varsinaiselle MET-jaksolle, jonka pilottiorganisaationa toimii Varkauden A-klinikka. MET-jaksolle voidaan ohjata myös Leppävirran sosiaalitoimesta, jossa kehitetään sosiaalitoimelle sopivaa

hoidontarpeenarviointia ja motivointia hoitoon. MET-jakson jälkeen voidaan vielä tarvita esimerkiksi laitostuntoutusta. Laitostuntoutuksen pilottiorganisaationa Varkauden seudulla toimii Tyynelän kuntoutuskeskus, jossa kehittämiskohteina ovat hoidon tulovaihe, kuntoutussuunnitelma sekä kuntoutusvalmiuden arviointiin liittyvät asiat. Laitostuntoutukseen voidaan lähteä myös ilman edeltävää MET-jaksoa esimerkiksi suoraan katkaisuhoidosta. Tätä laitostuntoutustarpeen arviointia ja kuntoutumiseen motivointia kehitetään Heinäveden sosiaalitoimissa.



Kuvio 1. Varkauden seudun toimintamallisuunnitelman eri osat ja toimijatahot

Kehittämistyöryhmän jäsenille on jaettu VALMA-kansiot kehittämistyön tueksi. Kansioon on koostettu materiaalia VALMA-hankkeesta, muutos- ja kuntoutumisvalmiudesta, motivoivasta haastattelusta, motivaatiota edistävästä terapiasta (MET) sekä kehittämistyöryhmästä. Kansiota on kolme käyttötarkoitusta: 1) se tukee kehittämistyötä 2) se toimii tiedonsiirrossa kehittämistyöryhmän jäsenten omissa työyhteisöissä ja 3) se turvaa tiedon siirtymisen myös silloin, jos jonkin toimipaikan kehittämistyöryhmän työntekijäedustuksessa tulee vaihdoksia. Kansio täydentyy koko kehittämistyön ajan muodostaen lopulta tietopakettin, jossa on kaikki oleellinen teoretieto toimintamallin toteuttamiseksi.

KEHITTÄMISTYÖRYHMÄ:

A-klinikka:

- Päivi Immonen
 - Arja Markkanen
 - Heli Ikonen
- yht. 3

Psykiatrian osasto:

- Katri Ruuskanen
 - Juhani Hedman
 - Ilkka Hämeenniemi
- yht. 3

Terveyskeskus vo 3:

- Mia Auvinen
 - Katja Paljakka
- yht. 2

Heinävesi:

- Martti Leppänen (Sos.toimi)
 - Anna-Liisa Mujunen
(Koulupuisto ry.)
- yht. 2

Joroisten TK, vo:

- Aila Tirkkonen
 - Kirsi Memonen
- yht. 2

Leppävirta, sos.toimi:

- Eeva-Liisa Vesterinen
- yht. 1

Tyynelän kuntoutuskeskus:

- Minna Pitkänen
 - Pekka Kosonen
 - Anne Armila-Laaksonen
- yht. 3

”Seuraajat”:

- Ratakadun pysäkki
 - Työterapinen yhdistys ry./
Katja Saraketo
- yht. 2
yht. 1

YHT. 19

7. Asiakkaan muutosvalmiuden tekijöitä tutkimustiedon näkökulmasta

Anne Aholainen

Tähän lukuun on kerätty tietoa asiakkaan muutosvalmiudesta jo olemassa olevasta tutkimuksesta. Tietoa on saatu pääasiassa suomalaisista tutkimuksista ja artikkeleista, joissa esiin nostettuja asioita ja ilmiöitä olen pohtinut *Valma*-hankkeen näkökulmasta. Kirjallisuuden kartoittaminen liittyy kysymyksiin: Mistä rakentuu päihdekuntoutujan muutosvalmius? Mitkä ovat muutosvalmiuden rakentumiseen vaikuttavat edistävät ja ehkäisevät asiat asiakkaan omassa elämässä, päihdehuollon tilanteissa, puitteissa ja kontekstissa? (ks. kuvio s. 2)

Olen ensin määritellyt muutosvalmiutta ja sen rakentumista. Seuraavissa luvuissa olen yrittänyt kartoittaa muutosvalmiuteen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan oman elämäntilanteen tasolla, asiakkaan ja sosiaali- ja terveyshuollon työntekijöiden kohtaamisten tasolla, sekä puitteiden tasolla. Kontekstia eli yhteiskunnallista ympäristöä ja pilottipaikkakuntien kunta tai seututaso strategioita on selvitetty aiemmissa luvuissa 2 ja 3.

7.1. Muutosvalmius, muutosvaihemalli ja muutosvalmiusprofiilit

Muutosvalmiuden käsittely on saanut aineksia Marjo Peltomaan (2005) lisensiaattityön kuntoutumisvalmiudesta. Hänen työssään yhdistyvät VALMA-hankkeen tutkimukselle asetetut tavoitteet: realistisen vaikuttavuuden arvioinnin käyttäminen kehittämisen välineenä, sekä yritys operationalisoida laaja käsite kuntoutumisvalmius. Peltomaan ajatukset ja ratkaisut ovat toimineet omana ohjenuoranani *Valma*-hankkeessa tehtävän tutkimuksen osalta sekä muutosvalmiuden määrittelyssä. Kuntoutumisvalmius rakentuu viidestä osatekijästä, jotka tuovat esille asiakkaan ja toimintaympäristön vuorovaikutusta muutoksessa: tarpeen muutokseen, muutokseen sitoutumisen, tietoisuuteen itsestä, tietoisuuteen ympäristöstä ja vuorovaikutus suhteesta (Peltomaa 2005, 19–21). Nämä osatekijät on yhdistetty muutosvalmiuden polttoaineen motivaation osatekijöihin: haluun, kykyyn ja valmiuteen (Miller 2008, 33). Olen ajatellut kuntoutumisvalmiuden osatekijöiden tuovan esille yksilön ja toimintaympäristön välistä vuorovaikutusta muutosvalmiuden käsitteeseen.

Muutosvalmius

Motivaatio

- muutokseen halutaan
 - muutokseen pystytään
 - muutokseen ollaan valmiita
- ↔
- tarve muutokseen
 - muutokseen sitoutuminen
-
- tietoisuus itsestä: mitä itse haluaa ja mitä pitää tärkeänä
 - tietoisuus ympäristöstä: aiemmat kokemukset muutoksesta, mahdollisuudet muutokseen ja muutoksen ulkoiset esteet
 - yhteisyyssuhteet: halu olla muiden seurassa, hakeutua seuraan tai halu hakea ja ottaa vastaan apua ja olla vuorovaikutuksessa työntekijän kanssa
 - sosiaalinen tuki: riittävät auttavat verkostot

Kuvio 1. Muutosvalmiuden määritelmän ja kuntoutusvalmiuden osatekijöiden yhdistelmä.

Muutosvalmiuden näkökulmasta ihmisen henkilökohtainen motivaatio ja sen herääminen päihdeongelman ratkaisemiseksi on yksi avaintemoista. Lähtökohtana on, että jokaisella on motivaatiota johonkin, muutokseen tai muuttumattomuuteen. Kysymys kuuluu yksittäisen ihmisen kohdalla: mikä sytyttää halun vähentää, tai päästä kokonaan eroon päihteistä? Mikä antaa tarvittavan kyvyn (taidot ja voimavarat) ja pystyvyyden (luottamuksen itseensä) muutoksen tielle lähtemiseen? Mikä asettaa päihdeongelman ensisijaiseksi ratkaistavaksi asiaksi kaikkien elämän ongelmien keskellä? Tärkeitä tekijöitä näihin kysymyksiin vastauksia etsittäessä ovat yksilön arviot omasta itsestä, omista toimintamahdollisuuksista sekä vuorovaikutus toimintaympäristöön (lähi-, vertaistuki- ja viranomaisverkostoihin) kuuluvien ihmisten kanssa.

Muutosvalmiutta kuvataan usein ns. muutosvaihemallin avulla. Knuutila (2003, 35–44) kuvaa DiClementen ja Prochaskan (1984) ”luonnollisen toipumisen” prosessin kuvauksena kehitettyä mallia, joka on osa transteoreettista mallia. Muutosvaiheet jaetaan viiteen osaan: esiharkintaan, harkintaan, päätöksentekoon, toimintaan sekä ylläpitoon. Retkahdus on osa muutosvaiheita. Mallia kuvataan usein pyöröoveksi tai spiraaliksi, sillä se ei automaattisesti johda vaiheesta toiseen. Liike on edestakaista eri vaiheiden välillä tai vaiheet voi käydä läpi useaan kertaan.

Transteoreettiseen malliin kuuluvat muutosvaiheiden lisäksi muutosprosessit ja muutoksen tasot (Knuutila 2003, 35-44). Jälkimmäiset muutoksen tasot kuvaavat sitä, että ihminen yleensä painii useamman ongelman parissa, jotka ovat päihdeongelmaan enemmän tai vähemmän sidottuja:

terveydelliset, psyykkiset, oppimis-, vuorovaikutus-, perhe tai muut ympäristötekijät jne. Eri ongelma-alueiden suhteen muutos voi edetä eri vaiheessa. *Valma*- hankkeen näkökulmasta muutoksen tasot lisäävät kiinnostusta ihmisen elämänpiirissä vaikuttaviin muutosta edistäviin ja ehkäiseviin tekijöihin. Se antaa myös syytä pohtia sitä, millaiseen ongelma-alueeseen ihminen on omassa elämässään valmis ensisijaisesti tarttumaan. Mistä sisäinen motivaatio ja henkilökohtainen kiinnostus muutokseen lähtevät kumpuamaan?

Muutosprosessit ovat välineitä, jotka helpottavat siirtymistä vaiheesta toiseen. Nämä välineet painottuvat eri muutosvaiheissa eri tavoin ja ovat mukana muutoksessa. DiClemente ja Proschaska (1998; Knuutila 2003, 39) ovat tuoneet esille kymmenen välinettä yksilön kokemusmaailmasta muutosta edistävinä ja Knuutila ankkuroi nämä lukemiinsa tutkimuksiin tukeutuen seuraavasti eri muutosvaiheissa vaikuttaviksi:

- harkinta- ja päätöksentekovaiheessa: tietoisuuden syntyminen, itsensä uudelleen arviointi, ympäristön uudelleen arviointi, äkillinen helpotus, sosiaalinen vapautuminen
- toiminta- ja ylläpitovaiheessa: itsensä vapauttaminen, huomattavissa oleva fyysinen tervehtyminen, ärsykkeiden kontrolloiminen, aktiivinen kuntoutus tai tuki, auttavat ihmissuhteet

Valma -hankkeessa tavoitteena olevan muutosvalmiuden edistämisen yhteydessä on hyvä pohtia missä määrin kyetään havainnoimaan ja tukemaan harkinta- ja päätösvaihetta eteenpäin vievien tekijöiden syntymistä tai ylläpitämistä. Muutosvalmiutta edistävät ja ehkäisevät tekijät tuntuvat monella tapaa liittyvän näihin muutosprosesseihin: mikä edistää tietoisuuden syntymistä, mikä auttaa arvioimaan itseään ja ympäristöään uudella tavalla, mikä tuottaa äkillisen helpotuksen tai mikä auttaa vapautumaan sosiaalisesti. Nämä ovat myös yhteydessä kuntoutumisvalmiuden osatekijöihin.

Muutosvaihemallin pohjalta Saarnio ja Knuutila (2006) ovat kartoittaneet muutosvalmiustyyppejä. He päätyvät muutosvalmiuden kaksijakoiseen rakenteeseen, jossa profiilit jakautuivat ”osallistuviin” ja ”esiharkintaan”. ”Esiharkinta”-profiilin omaavat on heidän tutkimuksessaan jaettu vielä kahtia eli kokonaisuudessaan he ovat arvioineet kolmenlaista ryhmää. Taustamuuttujien valossa parempaa muutosvalmiutta osoittaneille eli ”osallistuvalla” ryhmälle oli ominaista pidempi koulutus, naissukupuoli, lasten kanssa asuminen ja parisuhteessa eläminen.

Muutoshalukkaammassa ryhmässä hoitoon tulo oli täysin vapaaehtoista ja tavoitteena oli täysraittius. Päihteiden käyttö oli tässä ryhmässä suurimmaksi osaksi kausittaista. Kausittainen käyttö oli suurempaa myös väliryhmässä. (emt. 2006, 36–37)

Muutoshaluttomimmassa ryhmässä päihteiden käyttö oli suurimmaksi osaksi viikonloppukäyttöä. Myös työttömien osuus oli suurin vähiten muutosvalmiissa ryhmissä. Hoitoonohjaus oli tällä ryhmällä tapahtunut vastentahtoisesti. Iso muutos eli täysraittius voi tälle ryhmälle tuntua liian kaukaiselta tavoitteelta, tulkitsevat Saarnio ja Knuuttila. Tavoite suuntautuukin usein kohtuukäyttöön. (mt.)

Muutosvaihemallia on kritisoitu siitä, että muutosvaihemalli ei osoita suoraa kehitystä vaiheesta toiseen, eikä se anna selkeää tietoa siitä, milloin vaiheesta toiseen siirrytään. Kriitikissä pohditaan, onko transteoreettisella mallilla empiirinen validiteetti. (Prochaska & Norcross 2002; Miller S. et al. 2004, 6). Gossop et al. (2007) pohtivat omien tutkimustulostensa valossa sitä, että malli voi sopia paremmin sellaisten henkilöiden hoidon tuloksellisuuden ennustamiseen, joilla on olemassa hoitomotiivaatiota ja jotka hakeutuvat lyhytohjelmiin. Intensiivisiin ohjelmiin hakeutuvien ja vaikeiden päihdeongelmien (esim. vaikea opiaattiriippuvuus) kohdalla mallilla ei ole ennustamiskykyä.

Scott Miller kumppaneineen (2004, 6) kommentoi, että empiiristä validiteettia vaativa kritiikki hukkaa ajatuksen mallin tulosorientoituneisuudesta vaatiessaan prosessorientoituneisuutta. Heidän mielestään on oleellisempaa todeta muutosta tapahtuneen asiakkaassa hänen siirtyessään vaiheesta toiseen, kuin pyrkiä todistamaan prosessin vääjäämätöntä kulkua eteenpäin esimerkiksi jonkin hoitomenetelmän avulla – menetelmät ovat keinoja monien joukossa saada muutosta aikaiseksi.

Valma –hankkeen toiminnan kannalta muutosvaihemallin voima piilee sen kuvailevaisuudessa, ei suorassa ennustettavuudessa. Malli antaa ymmärrystä toipumisprosessista ja siinä etenemisestä, sekä auttaa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Mikäli tällaisia malleja käytetään orjalliseen hoidon lopputuloksen ennustamiseen, voidaan suistua ojasta allikkoon ja vahvistaa asiantuntija- tai budjettivaltaa sen suhteen, kenelle hoitoa ja kuntoutusta annetaan.

Saarnio ja Knuuttila (2006) pohtivat, että hoitotutkimusta voitaisiin tehdä suuntaamalla motivoivaa haastattelua ryhmälle, joka on vähiten muutoshaluinen. Toisaalta he tuovat esille myös toisen näkökulman muutosvaihemalliin liittyvään kritiikkiin toteamalla etteivät tutkimustulokset rohkaise

laajaan hoitomenetelmän ja muutosvaiheen yhteensovittamiseen. Esimerkiksi VALMA-hankkeessa tullaan rakentamaan motivoivalle lähestymistavalle perustuvaa motivaatiota edistävää terapiaa (MET) avopuolen työvälineeksi. Eikö tämä ole yritys yhteen sovittaa hoitomenetelmä ja muutosvaihe?

Kenties ratkaiseva näkökulma löytyy siitä, että ”pienen” yhteensovittamisen eli asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöidyn hoidon toimivuudesta on näyttöä (McLellan & al. 1997, 1999; Saarnio 2004, 294). Tämä näkökulma edellyttää asiakkaan tavoitteiden ja kiinnostuksen kuuntelemista sekä erilaisia hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoja, joiden valintaan asiakas voi osallistua itse. *Valma* –hankkeen tapauksessa voidaan huomioida, että MET-malli ei sovellu kaikille, vaan jotkut voivat kaivata ohjaavampaa tapaa työstää muutosta. Toisaalta MET-malli antaa yhden välineen työstää motivaatiota sellaisten kanssa, jotka saattaisivat pudota palveluista ”motivoitumattomuuden” takia. Muutosvaiheen ja hoitomenetelmän yhteensovittamisen välillä tulisi tapahtua muutakin kuin lomakkeen täyttäminen ja hoitoonohjaus.

7.2. Asiakkaan elämänpiiri muutosta tukevana tai ehkäisevänä tekijänä

VALMA-hankkeessa on lähdetty pohtimaan motivaation syntymisen ja muutosvalmiuden tekijöiden taustoja: mitkä seikat yksilön elämänpiirissä ja kokemuksissa ovat niitä asioita, jotka saavat muutoksen käyntiin. Kuntoutumisvalmiutta tutkiessaan Peltomaa (2005) kehitti kyselylomakkeen, jolla kartoitti kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavia mekanismeja mielenterveyskuntoutujilla. Asiakkaan kohdalla kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat monet elämäntilanteen tekijät. Peltomaa luettelee mm. sosiaalisen tuen, arjen mielekkyyden, perhe- ja asuinolosuhteet, mielekkään toiminnan mahdollisuudet, fyysisen hyvinvoinnin, elämäntilanteen kuormittavuuden ja koherenssin tunteen. Näiden mekanismien voi olettaa löytyvän myös päihdeongelmaisen asiakkaan elämästä. Niiden sisällöt ja toimintatavat voivat olla erilaiset mielenterveyskuntoutujiin verrattuna. Sitä, miten nämä mekanismit vaikuttavat muutosvalmiuteen päihdeongelmaisen ihmisen elämässä, sääntelevät erilaiseksi päihderiippuvaisuuden erilaiset ulottuvuudet (fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja elämäntapariippuvaisuus) (Antti Särkelän luento, 2008).

William Miller (2008, 20) on eritellyt erilaisia kokemuksia, jotka voivat vaikuttaa motivaatioon voimakkaasti, joko vahvistavasti tai heikentävästi. Hänen mukaansa kokemukset ja niiden

voimakkuus ovat yhteydessä yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen, vaikka kokemukset itsessään ovat sisäisiä. Ensimmäinen näistä on *hädän tai ahdingon aste*. Voimakas masennus tai ahdistus voi herättää halun muutokseen tai avun hakemiseen. *Kriittiset elämäntapahtumat* vaikuttavat motivaatioon. Nämä kokemukset vaihtelevat sairauksista ja onnettomuuksista hengellisiin kokemuksiin. Spontaaneissa muutoksissa 30–60%:ssa tapauksista yksilö on tehnyt *kognitiivisen arvioinnin*, eli punninnut päihteidenkäytön etuja ja haittoja. *Kielteisten seurausten* ja muille aiheutettujen etujen ja haittojen *tunnistaminen* voi auttaa motivoitumaan. *Myönteiset ja kielteiset ulkoiset ylläkkeet* voivat vaikuttaa motivaatioon.

Pitkäaikaisella päihteiden käytöllä on vaikutusta moniin asioihin: terveyteen, mielenterveyteen, kykyyn oppia ja ymmärtää merkityksiä. Esimerkiksi lähtökohtainen oppimispotentiali vaihtelee voimakkaasti henkilöltä toiselle. Muutosvalmius rakentuu ihmisillä eri tavoin ja eri tavoitteiden pohjalta. Yhtälöä muutosvalmiuden tekijöiden määrittämiseen tuskin on olemassa. On kuitenkin asioita, joita voi yrittää hahmottaa ja huomioida asiakkaan kanssa muutosvalmiutta rakennettaessa. Seuraavassa on niistä muutamia.

- *Muutosvalmiusprofiilit apuna muutosvalmiuteen vaikuttavien mekanismien jäljittämässä – esimerkkinä sukupuoli*

Edellä on kerrottu Saarnion ja Knuutilan (2006) muutosvalmiusprofiilien tutkimuksesta. He erottelivat erilaisia muutosvalmiusprofiileille tyypillisiä piirteitä. Yksi oli sukupuoli. Pekka Saarnio (2002, 270–273) on pohtinut sukupuolen ja muutosvalmiuden välistä mekanismia. Tutkimustulosten mukaan naiset ovat hoidon alussa valmiimpia muutokseen kuin miehet. Naiset olivat myös toimintaorientoituneempia kuin miehet hoidon alussa. Kun hoidon alussa mitattua muutosvalmiutta pidetään hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä (DiClemente et. al 2001), niin miehet olivat alttiimpia keskeyttämään hoidon alussa. Saarnio (2002, 271) huomioi tuloksista sen, että naiset ovat alttiimpia keskeyttämään hoidon myöhemmässä vaiheessa, kun taas miehillä myöhempään vaiheeseen siirtyminen vähentää keskeyttämisriskiä. Saarnio on pohtinut seuraavia tekijöitä selityksinä sukupuolten erilaisille keskeyttämisille:

- Alkuvaiheen keskeyttämisen impulsiivinen luonne (esiharkintavaiheen miehet), joten ovatko myöhemmät keskeyttämiset harkitumpia (toimintaorientoituneet naiset)
- Onko päihdehoidossa tai hoitotavoissa näkymättömiä naisia huomioimattomia piirteitä, jotka johtavat myöhempään keskeyttämiseen?

- Löytyykö selitys päihderiippuvuuden luonteesta, sen sitovuudesta ja irtipääsyn luonteesta?
- Luovuttavatko miehet helpommin jo hoidon alkuvaiheessa?

Sukupuolierot tulevat esille myös ensimmäisen humalakokemuksen kohdalla: ennen 16 vuoden ikää hankitut ensihumalakokemukset olivat yhteydessä myöhempisiin mielenterveysongelmiin. Miehillä mielenterveysongelmat pahenivat myös korkeamman ensihumalaiän suuntaan. (Pape & Hammer 1996; Saarnio 2004, 288) Tämän tuloksen valossa Saarnio etsii syitä sosiaalisten verkostojen suojaavuudesta, erilaisesta itsenäisyyden asteesta sekä fyysisestä kehityksestä löytämättä kuitenkaan vastausta tutkimuskirjallisuudesta.

- *Keskeyttämisen aiheuttavat tekijät muutosvalmiutta ehkäiseviä mekanismeja?*

Saarnio (2001) tuo esille hoidon keskeyttämiseen vaikuttavia tekijöitä yleisemmällä tasolla. Hoidon keskeyttämistä voidaan pitää merkinä siitä, että asiakkaan toimintaympäristössä on muutosvalmiutta ehkäiseviä tai murentavia piirteitä. Stark (1992; Saarnion artikkelissa 2001, 192) on jakanut keskeyttämisen syyt kahteen luokkaan. Ensinnäkin ovat asiakkaaseen liittyvät tekijät (esimerkiksi ikä, sosiaalinen stabiliteetti, hoitohistoria ja muutosmotivaatio), jotka ovat tämän kappaleen teemoina. Toiseksi ovat hoitoyksikköön ja terapeuttiin liittyvät tekijät, jotka ovat esillä seuraavassa kappaleessa.

Artikkelissaan Saarnio (2001, 224) esittelee tutkimuksia, joissa on todettu että nuoremmat henkilöt keskeyttävät useammin kuin vanhemmat. Sosiaalinen stabiliteetti, parisuhteessa eläminen ja suhteiden väheneminen päihteitä käyttäviin alakulttuureihin taas vähentävät keskeyttämisriskiä. Saarnion oma tutkimustyö (mt.) vahvisti näitä havaintoja. Iän suhteen Saarnio tuo esille ikään liittyvän rajapyykin, jonka jälkeen terveydelliset ja sosiaaliset haittavaikutukset alkavat kasaantua. Tämä lisää ikääntyvien muutosmotivaatiota. Päihteiden käyttäjien alakulttuurit taas vetävät puoleensa yhteisönä, johon kuulua. Terapiasuhteen on vaikeaa kilpailla tämän yhteisön kanssa.

Heikki Ollikainen (2000) raportoi Helsingin päihdeasiaintoimiston Suomen Gallupilla teettämästä pienen laadullisen aineiston pohjalta tehdystä selvityksestä. Aineistoon on kerätty ”tavallisen” alkoholin käyttäjän puhetta. Aineisto kertoo osaltaan edellä esitettyä iän ja muutosvalmiuden välistä suhdetta, joskaan artikkelissa ei ole kerrottu miten haastateltavat ovat ikänsä puolesta jakaantuneet. Ollikainen esittää artikkelissaan kysymyksen, miksi vähentäjä vähentää? Aineiston pohjalta

vähentämiseen vaikuttavia syitä ovat terveyden pettäminen, huoli mielenterveydestä, taloudelliset ongelmat ja vapaa-ajan laadun kärsiminen.

Tämän aineiston pohjalta on selvitetty, mikä aiheuttaa ambivalenssia. Vaikeaksi lopettamisen tekee juomisen sosiaalisuus ja sen liittyminen lähes kaikkeen sosiaaliseen kanssakäymiseen. Lopettaminen on vaikeaa myös silloin, kun alkoholi on toiminut hyväksi koettuna rentoutumiskeinona, eikä muita vaihtoehtoisia tapoja ole. Helpoksi vähentämisen tekee oma päätös muutoksesta. Lähipiirin tuki muutokselle on tärkeää. Aikaisemmat onnistuneet kokemukset päihteidenkäytön vähentämisestä vaikuttavat myönteisesti ja vähentäminen tuntuu helpommalta. (Ollikainen 2000)

- *Spontaanien toipumisten tutkimus – esimerkkinä hengellisten kokemusten taustalla olevat muutosvalmiutta edistävät vaikutusmekanismit*

Saarnio tuo esille tutkimuksen, joka voi edistää päihdeongelmasta toipumisen ymmärtämistä. Tutkimus liittyy ns. spontaanitoipujiin, jotka muodostavat pääosan päihdeongelmasta toipujista. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan kolme neljäsosaa kaikista alkoholin ongelmakäyttäjistä on spontaanitoipujia. (Watson & Sher 1998; Saarnio 2004, 291). Tämän vuoksi hoitopopulaatioita tutkittaessa voidaan saada vääristynyt kuva päihdeongelmallisista, koska hoitoon hakutuvilla on enemmän vakavia alkoholiongelmia ja siihen liittyviä muita ongelmia. Spontaanina toipumista edistävät esimerkiksi halu välttää alkoholin aiheuttamia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä haittoja, muutokset sosiaalisessa verkostossa sekä hengellinen tai henkinen herääminen. (Laudet & al. 2002; Sobell & al. 2000; Saarnio 2004, 291.)

Kartoittaessaan merkittäviä päihdeongelmasta toipumista koskevia tutkimuksia, Saarnio (2004, 295–296) pohtii, mikä hänen mielestään on kipeimmin lisätutkimusta vaativa alue. Hän nostaa esille hengellisyyden ja henkisyiden toipumista edistävinä asioina. Anja Koski-Jännes (2001) erittelee artikkelissaan hengellisiin kokemuksiin liittyviä muutosta tuottavia tekijöitä. Hän tuo esiin yksilön ja hänen ympäristönsä välisen vuorovaikutuksen merkityksen muutosta tuottavana vuoropuheluna, jossa vaikuttavat koko vuorovaikutustilanteesta kumpuavien moninaisten merkityksien yhteentörmäys. Muutosta voi aiheuttaa ”sisäinen puhe”, jossa vaikuttavat yksilön elämässä tärkeiden ihmisten äänet. Muutokseen voi johtaa myös tietoisien ja alitajuisen välinen vuoropuhelu, jolloin ihminen voi kokea saavansa viestejä joltain ulkopuoliselta voimalta.

Koski-Jännes (mt.) pitää hengellisiä kokemuksia muutoksen aikaansaajina kiinnostavina, koska ne tuovat esiin yksilön ja ympäristön välisen dialogisen vuorovaikutuksen merkityksen muutoksen käynnistymisen kannalta. Hänen mukaansa dialogi ja erilaisten rinnakkaisten näkemysten olemassa olo herättää ihmisen omassa tajunnassa kysymyksiä, avaa uusia perspektiivejä eikä aja ihmistä puolustusasemiin.

Koski-Jännes tuo esiin myös muutoksen syvyyden merkityksen muutoksen pysyvyyteen. Hän viittaa Fyodor Vasilyukiin (1988), joka on määritellyt neljä eri tasoa kriiseistä selviämiskeinoista: hedonistinen taso, realistinen taso, arvotaso ja luova taso. Arvotasolla ihmisen motiivit ja arvot muuttuvat kriisin seurauksena. Luovalla tasolla puolestaan ongelma ylitetään, kun se yllyttää muuttuneiden arvojen mukaiseen altruistiseen toimintaan. Koski-Jännes ehdottaa tämän huomioimista hoitotyössä niin, että ihmisen kokiessa muutoksen arvotasolla sitä lujittaa liittyminen sitä tukevaan yhteisöön. William Miller (1998; mt.) näkee hengellisten kokemusten vaikutusmekanismin toimivan merkitysrakenteiden muuttumisen kautta. Saarnion (2004, 296) mielestä kyse on pohjimmiltaan elämän mielekkyydestä ja siinä tapahtuvista muutoksista.

▪ *Koherenssin tunne – tunne elämän mielekkyydestä, ymmärrettävyydestä ja hallittavuudesta*

Elämän kokeminen mielekkäänä on yksi koherenssin tunteen osa-alueista. Muita ovat elämän ymmärrettävyys ja elämän hallittavuus. Peltomaa (2005) tuo sille koherenssin tunteen yhtenä kuntoutumisvalmiutta edistävänä tekijänä. Hänen mukaansa mielenterveyspuolella hoitotyöntekijät pystyvät vaikuttamaan eniten elämän ymmärrettävyyden kokemukseen. Ymmärrettävyys tarkoittaa sitä, että ihminen kokee ympäristön tapahtumat johdonmukaisina, säännönmukaisina ja loogisina. Yksilö uskoo hallitsevansa omia voimavarojaan ja vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Tapahtumat vaikuttavat ennustettavilta ja selitettäviltä. Jos ymmärrettävyyden kokemus on vahva, niin henkilö ymmärtää traumoja ja vastoinkäymisiä kohdatessaan tilanteen merkityksen. (Antonovsky 1988, 16–17; Kataja-Aho 2002, 23)

Elämän hallittavuus viittaa siihen, että yksilö kokee voimavarojensa olevan riittäviä ulkoisten ärsykkeiden vaatimuksiin nähden. Resurssit ovat hänellä itsellään tai hän saa niitä tarvittaessa joltain muulta, johon hän luottaa. Hän ei pidä itseään uhrina, vaan luottaa siihen, että asiat järjestyvät. Elämän kokeminen mielekkäänä syntyy kokemuksesta siitä, että elämä on merkittävää ja ihminen on valmis erilaisiin sitoumuksiin. Samalla on tärkeää, että ihminen kokee osallistuvansa omaa kohtaloaan ja arkeaan muovaavaan prosessiin. Antonovsky arvottaa elämän kokemisen

mielekkäänä tärkeimmäksi elementiksi, joka ratkaisee tilanteessa, jossa ymmärrettävyyden ja hallittavuuden kokeminen ovat heikkoja. Perusoptimismi ja motivaatio elämään saavat ihmisen selviytymään. Ymmärrettävyys luo pohjan hallittavuuden tunteelle. Kaikkia kolmea kokemusta tarvitaan mahdollisimman hyvään selviytymiseen stressitilanteista. (1988, 17-18, 22; Kataja-Aho 2002, 23-24)

Päihteiden käytön ja koherenssin tunteen välistä yhteyttä on sivuttu Tuija Kataja-Ahon (2002) pro gradu – työssä, jossa hän havaitsi aineistonsa pohjalta merkittävän eron päihteiden käytössä selviytymiskeinona pitkäaikaistyöttömien (yli 12 kuukautta) ja vähemmän aikaa työttöminä olleiden välillä. Koherenssin tunne oli myös yhteydessä päihteiden käyttöön. Henkilöt, joiden koherenssin tunne oli heikko, käyttivät useammin alkoholia ongelmanratkaisukeinonaan säännöllisesti tai ajoittain, kuin ne, joiden koherenssin tunne oli vahva.

- *Ulkopuolinen motivaatio ideoiden ja ajatusten antajana, ja sisäinen motivaatio muutoksen ehtona. Miten huomioidaan ulkopuoliset tahot muutoksen mahdollistajana?*

William Miller (2008, 19) määrittelee motivaation yksilöön liittyvänä. Motivaatio on kuitenkin ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja/tai ympäristötekijöiden tulosta. Sisäiset tekijät luovat muutoksen perustan, mutta ulkoiset tekijät toimivat sen ehtoina. Anja Koski-Jännes (2008, 10) toteaa, että ymmärtääkseen motivaation ja addiktiivisen käyttäytymisen välistä suhdetta on tärkeää nähdä, että kummassakaan niissä ei ole kysymys vain ihmisen sisäisistä ilmiöistä. Molempiin vaikuttavat sekä yksilön sosiaaliset suhteet, että hänen elämäntilanteensa ja laajemman sosiaalisen ympäristönsä tekijät. Vuorovaikutteisuus on siis kirjoitettu sisään myös motivaatioon, ja näin ollen muutosvalmiuden rakentumiseen.

Peltomaa (2005) erottelee ympäristön ja ihmisen välistä vuorovaikutusta käsitellessään kuntoutumisvalmiutta. Ihmisen tietoisuus itsestään, omista arvoistaan, kyvyistään ja mahdollisuuksistaan määrittyy pitkälti sen kautta, mitä palautetta ympäristö hänelle antaa. Tietoisuus ympäristöstä pohjautuu aikaisempiin muutoskokemuksiin, nykyisiin mahdollisuuksiin ja tulevaisuudessa aukeaviin mahdollisuuksiin. Yhteisyysuhteet taas heijastavat ihmisen halua hakea apua, suhtautumista avunantajaan ja hakeutumista vertaisryhmiin.

Yhteisölliseen päihdekuntoutukseen liittyvät kaksi tutkimusta, joissa painottuu ympäristön vaikutus ihmisen omiin määrittelyihin itsestään. Arja Ruisniemi (2006) käsittelee minäkuvan muutosta

päihderiippuvuudesta toipumisessa. Hän käsittelee minäkuvaa uskomusjärjestelmänä itsestä. Muutoksessa apuna toimii yhteisö. Myös Anna-Liisa Hännikäinen-Uutela (2004) käsittelee yhteisökasvatuksen merkitystä huume kuntoutujan uudelleen juurtumisessa yhteiskuntaan. Hännikäinen-Uutela käy läpi sitä, miten elinympäristö on muokannut kehittyvän lapsen ja nuoren elämää sosialisatioprosessin varhaisessa vaiheessa, ja miten tähän prosessiin tuodaan uusia elementtejä kuntoutumisen myötä.

Peltomaa (2005, 22) arvostelee sitä, että paljon keskustellaan siitä, mitä kuntoutuvan ihmisen pitäisi kyetä tekemään. Vuorovaikutuksen toinen osapuoli jätetään usein vuorovaikutuksen ulkopuolelle. Päihdehuollossa tätä on jonkin verran tutkittu, kuten seuraavassa luvussa todetaan.

7.3. Kohtaamiset terveys- ja sosiaalipalveluissa

Muutosvalmius tuo näkökulmaa hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointiin muutoksessa alussa olevien kohdalla: esiharkinta-, harkinta- ja päätöksentekovaiheisiin. Muutoksen alkuvaiheessa oleville päihteidenkäyttäjille ei välttämättä osata tai voida antaa aikaa kypsyä muutosvalmiudessaan. Squires ja Moyers (2001a, 2001b) toteavat että ongelmia kohdataan usein silloin, kun hoitohenkilökunta on toimintaorientoitunut, mutta asiakas vasta harkitsee muutosta.

Valma –hankkeessa on pohdittu ns. ensikontaktien merkitystä muutokseen motivoitumiselle. Vaikeinta kohtaaminen muutosprosessin alussa olevan kanssa voi olla perussosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa kohtaamiset ovat lyhyitä ja voivat tapahtua jonkin muun asian kuin päihdeongelman vuoksi. Näissä tilanteissa olennaista olisi varhainen puheeksi ottaminen ja tiedon antaminen. Myös päihdepalveluiden piirissä ensimmäiset kohtaamiset voivat olla pikaisia hoidon tarpeen arviointeja. Myöhemmässä vaiheessa itse ongelman työstämiselle on enemmän aikaa. Ensimmäisissä tilanteissa asiakkaan kanssa työntekijän päämääränä tulisi olla asiakkaan saaminen palveluiden piiriin. Työtä tehdään omalla persoonalla ja ammatilliseen osaamiseen perustuen. Mitkä asiat tässä työssä vaikuttavat siihen, että asiakkaan halu, kyky ja valmius muutokseen voimistuvat ja päätös muutoksesta syntyy? Mihin pitäisi kiinnittää huomiota asiakkaan näkökulmasta?

Kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa tärkeinä tekijöinä Peltomaa (2005) tuo esille asiakkaan oman asiantuntijuuden kunnioittamisen ja muutokseen rohkaisemisen. Hoidon ja kuntoutuksen tilannekohtainen joustavuus sekä voimavarakeskeisyys auttavat kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa. Olen huomannut, että nämä eivät ole mullistavia keksintöjä päihdehuollon puolella. Kenties niiden liittäminen muutos- ja kuntoutumisvalmiuteen ovat olleet jäsentymättömiä.

- *Yhteistyön, yhteisymmärryksen tai vuorovaikutuksen puuttuminen keskeyttämisiin johtavana tekijänä.*

Saarnio (2001, 224–231) tuo esille hoitoyksikköön ja terapeuttiin liittyviä tekijöitä ja niihin liittyviä ulkomaisia tutkimuksia. Työskentelysuhde (working alliance) on yksi tekijä. Työtavan konfrontoivuus tai supporttiivisuus vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen. Tosin on tutkimuksia, joissa on todettu, että konfrontoiva tyyli toimii, mikäli terapiasuhteessa vallitsee luottamuksellinen ja hyvä yhteistyösuhde. (Moyers et al. 2005.)

Saarnion (2001, 225) mukaan psykoterapian puolella on osoitettu, että terapeutin ja asiakkaan yksimielisyys terapiasuhteen tärkeistä tapahtumista on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin. Saarnio löysi omassa tutkimuksessaan keskeyttämiseen vaikuttaneita tekijöitä terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksesta. Hänen mukaansa ensimmäisen terapiakäynnin vuorovaikutuksella oli vaikutusta hoidon kulkuun: hoidon jatkuminen oli yhteisymmärryksen tulos ja keskeyttäminen johtui yhteisymmärryksen puutteesta. Saarnio (2004, 295) tuo esille tutkimuksia, joissa erityisesti terapeutin vuorovaikutusta on tutkittu. Niiden mukaan terapeutin vuorovaikutussuhteella sekä yhteistyösuhteen ominaisuuksilla on merkitystä hoidon tuloksellisuuden kannalta.

On hyvin vaikeaa miettiä mittareita siihen, miten tarkastella asiakkaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta. Motivoivaa haastattelua arvioivassa MISC-koodausjärjestelmässä työntekijää arvioidaan seuraavilla mittareilla: hyväksyntä, tasavertaisuus, empatia, aitous, ystävällisyys ja motivoivan haastattelun henkeen virittäytyminen (Rakkolainen 2008, 109). Tällaisen tarkastelun kohteena oleminen vaatii ammatti-ihmiseltä kykyä refleksiivisyyteen ja oman työnsä avaamiseen. Esimerkiksi empatian osoittaminen haastavassa ja kiireisessä työssä voi välillä olla vaikeaa – aina ei vain jaksaa olla empaattinen. Kun empaattisuudesta puhutaan työntekijän hyveenä ja asiakaslähtöisyyden takeena, voi se aiheuttaa ahdistusta työntekijöissä. Empatia ei kuitenkaan ole niin vaativaa kuin kuvitellaan: esimerkiksi MISC-koodauksessa empatian mittarina on kyky ymmärtää ja nähdä asioita asiakkaan näkökulmasta. (mt., 176.)

Olen *Valma* –hankkeen myötä huomannut, että työyhteisöissä voisi keskustella enemmänkin empatiasta ja asiakaslähtöisyydestä yhteisinä arvoina, ja pohtia mitä ne oikeasti tarkoittavat asiakkaan kanssa tehtävänä yhteistyönä. Mitä konkreettisesti tarkoittaa se, että kuuntelee asiakasta ja pyrkii ymmärtämään hänen näkökulmaansa nimenomaan yhteisymmärryksen syntymisen

näkökulmasta? Avoin keskustelu työyhteisöissä voisi vapauttaa työntekijät pohtimaan ja kehittämään omaa työtään rohkeammin.

- *Terapeuttinen allianssi apuna yhteistyön rakentamisessa asiakassuhteessa*

Yksi tapa keskustella vuorovaikutuksesta voisi olla terapeuttisen allianssin käsitteen avulla. Jukka Oksanen (2008) on valmis laajentamaan käsitteen koskemaan kaikkia ammattiryhmiä, jotka kohtaavat apua tarvitsevia asiakkaita. Hänen mukaansa kyse on pohjimmiltaan työntekijän ja asiakkaan **liittoutumisesta** asiakkaan auttamiseksi. Oksanen esittelee viisi tasoa, joista ylin, yhteistoiminnan taso, vastaa toimivaa allianssia: tasoa määrittävät vähäinen kontrolli, vuorovaikutuksen osapuolilla on sama päämäärä ja yhteinen tietoisuus päämäärästä. Suhteessa ei myöskään ole rooleja tai arvojärjestyksiä, työntekijällä on aikaa kuunnella asiakasta, eikä suhteessa ole turhaa virallisuutta. Asiakkaat kuvaavat tätä tasoa kiintymisenä, ystävyytenä, luottamuksena tai ymmärryksenä.

Tämän ihanteellisen tilanteen rakentumista voivat estää monet asiat. Työntekijä saattaa pelätä olevansa epäammattimainen. Vastuu allianssin rakentumisesta on kuitenkin työntekijällä, ja hänen olisi päästävä mahdollisimman lähelle yhteistoiminnan tasoa. Oksanen (mt.) nimittää hoitomenetelmistä riippumattomia tekijöitä yhteisiksi tekijöiksi. Näitä ovat yhteistyösuhteen sävy, työntekijän empaattisuus ja johdonmukaisuus sekä yhteisesti jaettu käsitys hoidon päämääristä. Hän siteeraa asiantuntijaraporttia, jonka mukaan näiden tekijöiden vaikutus hoidon tuloksellisuuteen on merkittävä. Oksanen hahmottelee myös valmiuksia, joita työntekijä tarvitsee allianssin luomiseen:

- 1) Järkevä ajattelu: tieto- ja taitoperusta, jonka lähtökohtana on asianmukainen koulutus ja työkokemus. Menetelmälliset ja sisällölliset taidot tuovat työntekijälle luottamusta, johdonmukaisuutta, jämäkkyyttä ja uskoa omiin kykyihinsä.
- 2) Myötätunto: arvoperusta, joka kumpuaa työntekijän ihmiskäsityksestä ja eettisestä pohdinnasta. Empatia on toisen ymmärtämistä ja hänen asemaansa asettumista. Ammatillinen myötätunto on sen hyväksymistä, että kaikilla on myötäsnyntyinen halu olla onnellinen, ja päästä eroon kärsimyksestä.
- 3) Ystävällisyys: viestintävalmiudet, joiden tehtävänä on herättää hoidon kannalta rakentavia tuntemuksia. Asiallinen ystävällisyys auttaa asioiden hallintaan saamista.

Terapeuttiseen allianssiin liittyy Oksasen mukaan hoitosuhteen mitattavuus, josta yksinkertaisimmillaan saa tietoa asiakaspalautteen avulla. Yhden asiakaspalautemallin esittelevät Scott Miller kumppaneineen (2004, 9). He ovat kehittäneet yksinkertaisen mittarin (session rating scale) terapeuttisen allianssin toteutumisen mittaamiseksi istunnon aikana. Palautteen tarkoitus on ohjata työntekijää asiakkaan tavoitteiden ja tarpeiden suuntaan. Sen neljä muuttujaa ja niiden sisältö ovat seuraavanlaisia.

- 1) yhteistyösuhde: tuleeko asiakas omasta mielestään kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi
- 2) päämäärät ja aiheet: puhutaanko tai työstitäänkö sitä asiaa, mistä asiakas on kiinnostunut
- 3) lähestymistapa ja metodit: millainen terapeutin lähestymistapa on
- 4) kokonaisuus: yleismielipide istunnon onnistumisesta

Palautteen vastaanottaminen ja sen seuraaminen vaatii työntekijän mielen avoimuutta ja vastaanottavuutta – uskaltaako hän luopua omasta asiantuntijaroolistaan, ja luottaa asiakkaan asiantuntemukseen. Palautekulttuuri on usein edelleen arvostelukeskeinen sen sijaan, että osattaisiin katsoa sitä prosessia ohjaavana. Allianssin kannalta hyvää työtapaa voi jokainen kehittää omalta kohdaltaan.

- *Ammattikuntien rajoista ja koulukuntarajoista avoimeen moniammatillisuuteen asiakkaan lähtökohdista käsin*

Tutkimusten mukaan työntekijän ammatillinen koulutus ei ole mittari hoidon tuloksellisuudelle. Myöskään hoitomenetelmiä ei voida laittaa paremmuusjärjestykseen hoidon tuloksellisuuden kannalta. Miller (1998) toteaa, että kaikki päihdeongelmasta toipumiseen liittyvä aktiviteetti on hyödyllistä. Oksasen (2004) mukaan menetelmien hallinnasta on hyötyä työntekijälle, sillä ne tekevät työstä johdonmukaista ja luovat näin luottamusta asiakkaan ja työntekijän välille. On kuitenkin hyvä osata monia menetelmiä, jotta joustavuus ja asiakaslähtöisyys mahdollistuisivat.

Tärkeintä on, että terapeutille annetaan aikaa ja tilaa työstää terapeuttista allianssia asiakkaan kanssa. Tärkeää on myös selkiyttää asiakkaalle hänen hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluansa: suunnitelmien tulisi tukea asiakkaan omia tavoitteita, silloin hoito/kuntoutus on asiakkaalle motivoivaa. Asiakkaan oma kyky asettaa tavoitteita on jo yksi askel kohti muutoksen rakentumista.

7.4. Puitteet: palvelujen järjestäminen muutosvalmiutta tukevasta näkökulmasta

Peltomaa (2005) tuo työssään vahvasti esille toimintaympäristön luomat mahdollisuudet ja esteet kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa. Toimintaympäristö rakentuu asiakkaan lähiympäristöstä: asuinympäristöstä, läheissuhteista ja toimintamahdollisuuksista (työ, opiskelu, harrastukset). Toimintaympäristöön kuuluu myös palvelujärjestelmä: miten palvelut järjestetään, miten niitä on saatavissa ja mitkä ovat todelliset vaihtoehdot hoidon ja kuntoutuksen valitsemisessa. Viime kädessä yhteiskunnallinen konteksti (asenteet ja arvot, politiikan sisältö, lait ja resurssit) määrittävät reunaehdot muutoksen eteenpäin viemiselle. Yksilön lähiympäristön merkitystä on käyty läpi ensimmäisessä kappaleessa ja yhteiskunnallista tilaa selvitetty luvuissa 3 ja 4. Tässä luvussa hahmotan palvelujärjestelmään liittyvien tekijöiden merkitystä tutkimustiedon valossa. Yksilön muutosvalmiuden kannalta oleellista on millaisia kokemuksia hänellä on aikaisemmista muutosyrityksistä ja millaisiksi hän mahdollisuutensa kokee tällä kertaa.

- *Mikä mahdollistaa motivoivien menetelmien käyttöön ottamisen päihdehuollossa?*

Miller (1999, suomeksi 2008) kirjoittaa palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta muutosvalmiuden näkökulmasta. Hänen mukaansa motivoivien lähestymistapojen käyttäminen päihdepalveluissa on mahdollista, kun seuraavat tekijät terapeuttisissa kohtaamisissa toimivat: huomio on suunnattu yksilön kykyihin ja vahvuuksiin, yksilöllinen ja asiakaskeskeinen hoito on mahdollistettu, leimaamista (esimerkiksi yksittäisen diagnoosin mukaan hoitamista) pyritään välttämään, ja terapeuttista muutuskumppanuutta sekä empaattista työtapaa korostetaan.

Palvelujen järjestämisessä ja sisällöissä Miller painottaa painopisteen siirtymistä varhaisinterventioihin, huomion kohdistumista kevyempiin hoitoihin, päihdeongelmien jatkumon tunnustamista ja moniongelmaisuuden tunnistamista. Myös uusien hoitotavoitteiden hyväksyminen ja päihdeongelmien kytkeminen muihin järjestelmiin edistää motivoivien lähestymistapojen käyttöä.

Motivoinnin ja motivaation herättelyn merkityksen ymmärtäminen ja mukaan ottaminen yhtenä asiakastyön mahdollisuutena on tarpeen asioista päättävien taholta. Oleellista on ymmärtää, mitä muutosmotivaation herääminen tarkoittaa. Motivoivan lähestymistavan kohdalla kiinnitetään huomiota sen lyhykestoisuuteen ja sen myötä menetelmän edullisuuteen. Tällöin on vaarana, että ajatellaan sen olevan riittävä interventio, jonka jälkeen asiakkaan voi ohjata omilleen. Osan

asiakkaista kohdalla näin kenties tapahtuukin, mutta on muistettava, että osan kohdalla muutosvalmius tarkoittaa valmiutta vastaanottaa hoitoa tai kuntoutusta. Voi olla, että ihminen asettaa ensimmäistä kertaa itselleen tavoitteita kuntoutumisensa suhteen. Hoidon jatkuvuuden parantaminen ei onnistu yhdellä keinolla, vaan parhaisiin tuloksiin päästään toimimalla usealla taholla. Näin ollen motivointi on osa hoidon- ja kuntoutumisen jatkumoa. (Saarnio 2005, 10.)

- *Missä vaiheessa hoitojatkumoa huomion tulisi kiinnittyä muutosvalmiuteen?*

Project Match – tutkimusprojekti on tuottanut mielenkiintoisia tuloksia muutosvalmiuden huomioon ottamisen kannalta. Yksi tulos on ollut, että hoitoprosessin alussa mitattu muutosvalmius ennakoi hoidon lopputuloksen kannalta myönteistä tulosta. (Saarnio 2006, 33.) Palvelujen järjestämisen suhteen muutosvalmiuden arvioimisen ja rakentamisen täytyisi siis tapahtua hoito- ja kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Hoidon alkuvaiheeseen panostaminen on tärkeää myös asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen näkökulmasta. Saarnion (2005, 12) tutkimuksen mukaan ”suksien luistamattomuudella tai luistamisella” on merkitystä hoitosuhteen alussa, sillä se ennakoi hoidon keskeyttämistä.

Miller (2004, 6) huomioi joukon tutkimuksia, joiden mukaan muutoksen käynnistyttyä suurin osa muutoksesta tapahtuu hoitoprosessin alkuvaiheessa. Hoitoprosessin tulisi alkuvaiheessa tuottaa paranemista subjektiivisessa kokonaisyhyvinvoinnin tunteessa. Muutoin mahdollisuudet saavuttaa tavoitteet, oireiden helpottuminen ja terveemmät elämän toiminnot, heikentyvät. (Martinovich 1993.) Millerin tutkimusryhmä (2004, 6) on kehittänyt asiakaspalautteen, jonka päämittarina on kokonaisyhyvinvoinnin tunne. Palautteessa kiinnitetään huomiota henkilökohtaiseen, lähisuhteiden (perhe, läheiset ystävät) ja sosiaaliseen (työ, harrastukset) hyvinvointiin. Yksi palautteen tarkoituksista on mitata aktiivisen kuntoutuksen tarpeen muuttumista aktiivisen tuen tarpeeksi.

Mielenkiintoinen hoidon alkuvaiheeseen liittyvä menettelykokeilu on ollut De Leonin (2000; Saarnio 2006, 34) ajatus sijoittaa kokeneimmat työntekijät hoidon aloitukseen, joka on keskeyttämisen kannalta kriittisin vaihe. Oma näkökulmansa tähän tulee terapeutin allianssin myötä. Allianssin syntymistä auttaa, jos asiakas tuntee, että työntekijä luottaa omaan osaamiseensa ja kykenee kertomaan havainnollisesti ja pätevästi oman työtapansa lähtökohdista. Oksasen (2008) mukaan kokemattomat työntekijät ovat yhtä hyviä luomaan allianssia, mutta kokeneet pystyvät paremmin ylläpitämään sitä korjaavilla liikkeillä.

- *Asiakkaan osallisuuden huomiointi osana yksilöllistä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua*

Osallisuus on yksi teema, joka liittyy asiakaslähtöiseen, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöityyn hoitoon. Osallisuus on myös tekijä, joka lisää elämän kokemista mielekkäänä. Teija Makkonen (2006) raportoi artikkelissaan valtakunnallisessa katkaisu- ja vieroitushoidon kehittämishankkeessa tehdystä haastattelututkimuksesta asiakkaiden kokemuksista osallisuudesta ja ulkopuolisuudesta päihdepalveluissa. Asiakkaan oma päätös hoitoon hakeutumisesta saattaa olla päihdepalveluiden piirissä vaakalaudalla. Tarvitaan asiakkaan omaa sinnikkyyttä, mutta erilaiset tilanteet saattavat silti johtaa hoidon epäämiseen. Päihdehoitajaksot koetaan liian lyhyiksi ja hoito tekniseksi. Asiakas haluaa elämän kokonaistilanteen esille, mutta hoidossa ollaan kiinnostuneita pelkästään päihteiden määrästä tai laadusta. Yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi ja valinnan mahdollisuus hoitopaikoista ja –muodoista on motivoivaa.

Makkonen etsii palvelujärjestelmän suunnasta heränneitä ulkopuolisuuden tunteita kysymällä: ”*Millaiset seikat työntävät asiakasta ulos osallisuudesta, syrjäyttävät, torjuvat ja poistavat hänet haluamansa hoidon piiristä?*” Yksi tekijä on motivaatiopuhe, joka ilmenee muun muassa kotiin passittamisena ”hoitomotivaatiota kasvattamaan”. Niukkojen resurssien raamittamisessa palvelujen järjestämisen puitteissa tällaiseen toimintaan voidaan jopa kannustaa. Makkonen kysyykin, että kuka ja miten mittaa ja arvioi motivaatiota? Tutkimusten mukaan hoitomotivaatio syntyy ja vahvistuu vasta hyvässä hoidossa. Hyvä hoito ottaa huomioon myös asiakkaan taustalla olevan ongelmavyöhyden ja sieltä löytyy ensisijainen, myös asiakkaalle tärkeä, hoitokohde. (Makkonen 2006.)

- *Muutosvaiheen ja hoito- ja kuntoutussuunnittelun yhdistämisellä saadaan aikaan pientä yhteensovittamista*

Hoidon intensiteetti on yksi tärkeä osa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa päätettäessä. Tuon tämän esille tässä, koska päihdepalveluja pyritään järjestämään kokonaisuuksiksi, ”tuotteiksi”, päihdepalvelujen puitteista käsin. On olemassa tutkimuksia siitä, että asiakkaan kannalta kevyet terapiat ja hoidot ovat yhtä tuloksellisia kuin pitkäkestoiset. Nämä tutkimukset saattavat johtaa lyhytkestoisempien hoitomuotojen suosimiseen. Saarnio (2004, 293–294) esittelee tällaisen tutkimuksen, mutta kiinnittää huomion siihen, että yksilön taustalla olevat tekijät ovat niitä, joiden tulisi vaikuttaa hoidon intensiteettiin. Esimerkiksi alkoholi-ongelman vakavuus tai asiakkaan ihmissuhteet vaikuttavat siihen, miten ”helpolla” hoitojärjestelmä voi päihdeongelman ratkaisuun

päästä. Hoidon jatkuvuus olisi turvattava yksilöllisesti määritellyllä tavalla (aktiivinen kuntoutus vai aktiivinen tuki), jotta siitä saataisiin tuki muutosvalmiuden rakentamiselle ja ylläpitämiselle.

Project Match:n tulosten mukaan myöskään kokonaisilla hoitomenetelmillä operoiva asiakkaan ja hoidon yhteensovittamista ei välttämättä ole toimiva (Project Match 1998 a & b; Saarnio 2004, 294). Projektissa testatut hoitomenetelmät eivät olleet kovinkaan eroavia tuloksellisuudeltaan. Samoin hypoteesit asiakkaiden ominaisuuksien ja hoitomenetelmien yhteensovittamisesta eivät pitäneet paikkaansa.

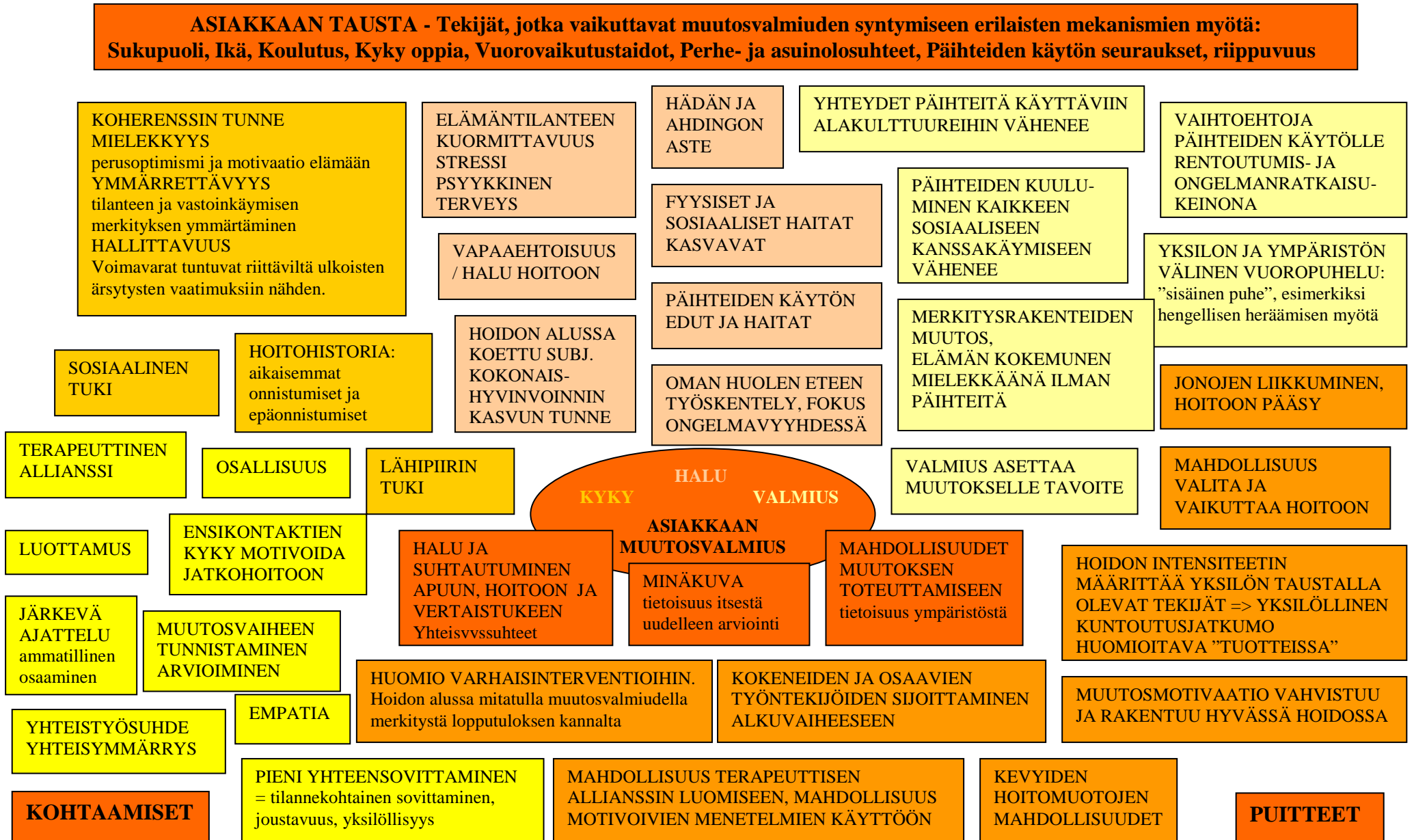
Näiden tulosten näkökulmasta päihdepalveluja tuotteistettaessa ei ole järkevää luoda mittavaa hoidon tarpeen arviointia oikean hoitotuotteen valitsemiseksi pelkästään asiakkaan spesifeihin ominaisuuksiin huomiota kiinnittäen. ”Tuotteen” sisällön tulisi vastata myös asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen. Tällöin lähestytään jo edellä mainittua pientä yhteensovittamista, jonka tuloksellisuudesta on näyttöä.

Pientä yhteensovittamista on myös terapeutin allianssin rakentamisen mahdollistaminen puitteiden suunnalta. Työpaikat ja asiakaspolut voivat olla rakennettu niin, että tukkoiset rakenteet ja niukat resurssit estävät työntekijää pyrkimästä toimivaan allianssiin. Toimintayksiköt voivat toisaalta myös olla osaltaan kannustamassa työntekijöitään refleksiiviseen työn pohdintaan ja kehittämiseen. Toimintayksikkö voi olla linjaamassa yhteisesti sitä, mikä on hyvää vuorovaikutusta ja miten se mahdollistetaan. (Oksanen 2008.)

7.5. Yhteenvedoksi

Seuraavalle sivulle olen kerännyt tekijöitä, jotka tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta ovat nousseet asiakkaan muutosvalmiuteen vaikuttavina tekijöinä asiakkaan taustan, kohtaamisten ja puitteiden osalta. Kuvio on piirretty sivun 2 mallin mukaiseksi esitykseksi. Tuokoon se esille sen, miten monitahoisesta ilmiöstä asiakkaan muutosvalmiudessa on kyse.

KUVIO 1: ASIAKKAAN TAUSTALLA, KOHTAAMISISSA JA PUITTEISSA MUUTOSVALMIUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT



8. Lopuksi

Toimintaympäristön kartoituksen kirjoittajat

Hankkeen toimintaympäristön kartoituksessa on käsitelty asioita, ajatuksia ja teoreettista tietoa motivaation, muutoksen ja muutosvalmiuden taustalta. Tietoa kartoitukseen on kerätty asiakkaan, kohtaamisten ja puitteiden näkökulmista. Ensimmäinen ajatus, joka kartoitusta laadittaessa on herännyt, on ilmiöiden laajuus ja tutkimuksen paljous. Toinen ajatus on ollut, miten tämän kaiken materiaalin saisi sellaiseen muotoon, että sitä oikeasti voitaisiin hyödyntää muutosvalmiutta edistävässä toimintatavassa. VALMA-hankkeen kehittämistyön puolella on lähdetty liikkeelle motivoinnista ja motivoivan työtavan tuomisesta mukana oleviin pilottityöyhteisöihin. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä ajatus lähtökohdan oikeellisuudesta on vahvistunut. Motivaatio on muutoksen avain, ja nimenomaan hoitoprosessin alkupäässä ja vielä varsinaista hoitoprosessia aikaisemmin, ns. ensikontakteissa, motivaatio on oleellinen asia.

Kartoituksessa kuvatussa asetelmasta VALMA –hankkeessa jatketaan toimintaa. Toiminnan sisältö on jaettu toisiaan tukeviin prosesseihin, joiden on ajateltu johtavan projektin lopputuloksiin ja tavoitteiden toteutumiseen. Prosesseihin voi tutustua liitteessä 2 ja tavoitteet on kerrattu liitteessä 3. VALMA:n haasteet löytyvät toimintaympäristön muutoksista. Muutosten kohteena ovat pilottiorganisaatiot niukkenevien resurssien ja organisaatiomuutosten johdosta. Haasteena on myös projektin punaisen langan pitäminen selkeänä ja eteenpäin vievänä. Materiaalin ja mahdollisuuksien paljoudesta on löydettävä projektin resursseihin sopiva osuus. Projektin toiminta on kuitenkin selkeytynyt aloitushetkestä ja aihepiiriin tutustumisen myötä on löydetty oikeat toimintatavat.

Käytetyt lähteet luvuittain

1. luku:

Peltomaa, M. 2005. *Kuntoutumisvalmius kokonaisvaltaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelussa*. Lapin yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisuja, Sarja B, Tutkimuksia ja selvityksiä 49.

Suikkanen, A. & Lindh, J. 2001. *Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia*. Teoksessa Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Nouko-Juvonen, S. (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Helsinki: Kuntoutussäätiö. S. 11–27.

2. luku:

Inkeroinen, T. & Partanen, A. 2006. *Päihdepalvelujen tila 2005*. Stakes. Työpapereita 7/2006.

Kaukonen, O. 2000. *Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa*. STAKES, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 107.

Kaukonen, O. 2002. *Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos*. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (toim.) : *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus. S. 137-166

Kaukonen, O. 2005. *Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen*. Yhteiskuntapolitiikka nro 70:3. S. 311–322.

Lappalainen-Lehto, R. & Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. *Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita*. Helsinki: WSOY, Oppimateriaalit Oy.

Simpura, J. 2006. www.paihdelinkki.fi/tietopankki/500_riippuvuuslinja. Viitattu 18.2.2006, Lappalainen-Lehto et. al. 2007.

Sulkko, S. 2004. *Kuntoutusjatkumot ja palveluiden saumakohdat*. Teoksessa Soininen, M. & Sulkko, S. *Puheenvuoroja itä-suomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta*. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1 / 2004. S. 66–86

<http://www.stm.fi/> Viitattu 24.5.2008)

7. luku:

Antonovsky, A. 1987. *Unraveling of Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Healthy*. San Francisco, London: Jossey-Bass Publishers.

DiClemente, C. & Prochaska, J. 1998. *Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change*. Teoksessa Miller, William & Heather, Nick (eds.) *Treating Addictive Behaviors*. New York: Plenum Press.

- DiClemente, C. & Carbonari, J. & Zweben, A. & Morrell, T. & Lee, R. 2001. *Motivation hypothesis Causal Chain Analysis*. Teoksessa Longabaugh, Ricard & Wirtz, Philip (eds.) *Project Match: A Priori Matching Hypotheses, Results and Mediating Mechanism*. NIAAA: Rockville, MD
- Gossop M, et. al. 2007. *Readiness for Change and Drug Use Outcomes after Treatment*. *Addiction* (Feb 2007) vol. 102, No. 2. P. 301–308.
- Hännikäinen-Uutela, A-L. 2004. *Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa*. Väitöskirja, kasvatustieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto.
- Kataja-Aho, T. 2002. *Työttömien elämänhallinta. Kyselytutkimus työttömien koherenssin tunteesta ja selviytymiskeinojen käytöstä*. Sosiaalipolitiikan pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Knuutila, V.2003. *Muutos on välttämätön. Filosofinen ja empiirinen lähestymistapa päihdeongelmaisen ihmisen muutosvalmiuteen*. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Koski-Jännes, A. 2001. *Hengelliset kokemukset muutoksessa*. A-klinikkasäätiö Tiimi 2001. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/2001/201/hengell.htm>.
- Koski-Jännes, A. 2008. *Johdanto*. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.). 2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi. S. 7-15.
- Laudet, A. & Savage, R. & Mahmood, D. 2002. *Pathways to longterm recovery: A preliminary investigation*. *Journal of Psychoactive Drugs* 34. P. 305–311.
- Makkonen, T. 2006. *Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus*. A-klinikkasäätiö, Tiimi 1/2006.
- McLellan, A. & Grissom, G. & Zanis, D. & Randall, M. & Brill, P. & O'Brien, C.1997. *Problemservice "matching" in addiction treatment. A prospective study in 4 programs*. *Archives of General Psychiatry* 54. P. 730-735.
- McLellan, A. & Hagan, T. & Levine, M. & Meyers, K. & Gould, F. & Bencivengo, M. & Durell, J. & Jaffe, J. 1999. *Does clinical case management improve outpatient addiction treatment?* *Drug and Alcohol Dependence* 55. P. 91-103.
- Miller, S. D. & Duncan B. L. & Hubble M. A. 2004. *Beyond Integration: the triumph of outcome over process in clinical practice*. *Psychotherapy in Australia*. Vol. 10, No 2, Feb. P. 2-20
- Miller, W.1998. *Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems*. *Addiction* 93. P. 979–990.
- Miller, W.1999. *Motivaation ja muutoksen käsitteellistämisestä*. (suom. Koski-Jännes, A.) Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.).2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki, Tammi.

Moyers T.B. & Miller W. R. & Henderson S. M. L. 2005. *How does motivational Interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions.* Journal of Consulting and Clinical psychology 73, 4. P. 590–598.

Ollikainen, H. 2000. *Miksi vähentäjä vähentää.* A-klinikkasäätiö, Tiimi 5/2000

Oksanen, J. 2008. *Terapeuttinen allianssi tuottaa tulosta hyvässä hoidossa.* A-klinikkasäätiö, Tiimi 1/2008.

Pape, H. & Hammer, T. 1996. *Sober adolescence – predictor of psychosocial maladjustment in young adulthood?* Scandinavian Journal of Psychology 37. P. 362–377

Peltomaa, M. 2005. *Kuntoutumisvalmius kokonaisvaltaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelussa.* Lapin yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisuja, Sarja B, Tutkimuksia ja selvityksiä 49.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. 1984. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy.* Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Prochaska, J.O. & Norcross J.C. 2002. *Stages of change.* Psychotherapy, 38. P. 443-448.

Project Match Research Group (1998a) *Matching clients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project Match.* Journal of Mental Health 7. P. 589-602.

Project Match Research Group (1998b) *Therapist effects in three treatments for alcohol problems.* Psychotherapy Research 8. P. 455–474.

Rakkolainen, M. 2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin.* Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.). 2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin.* Helsinki, Tammi.

Ruisniemi, A. 2006. *Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta.* Väitöskirja, Yhteiskuntatieteellinen laitos, Tampereen yliopisto.

Saarnio, P. 2001. *Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa.* Yhteiskuntapolitiikka 66 :3

Saarnio, P. 2002. *Miehet ja naiset päihdehoidossa. Kolme empiiristä tutkimusta.* Yhteiskuntapolitiikka 67: 3.

Saarnio, P. 2004 *Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa punomassa.* Yhteiskuntapolitiikka 69 : 3

Saarnio, P. 2005. *Viisi välähdystä päihdetutkimukseen.* Sosiaalialan menetelmien arviointi 2/2005. FinSoc, Stakes.

Saarnio, P. & Knuutila, V. 2006. *Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista.* Yhteiskuntapolitiikka 71:1.

Sobell, L. & Ellingstad, T & Sobell, M. 2000. *Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions*. *Addiction* 95. P. 749-764.

Stark, M. (1992) *Dropping out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review*. *Clinical Psychology Review* 12. P. 93-116.

Squires, D. D. & Moyers, T.B. (2001a) *Motivational Interviewing*. University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions. Albuquerque, New Mexico. <http://www.bhrm.org/guidelines/motiveint.pdf>

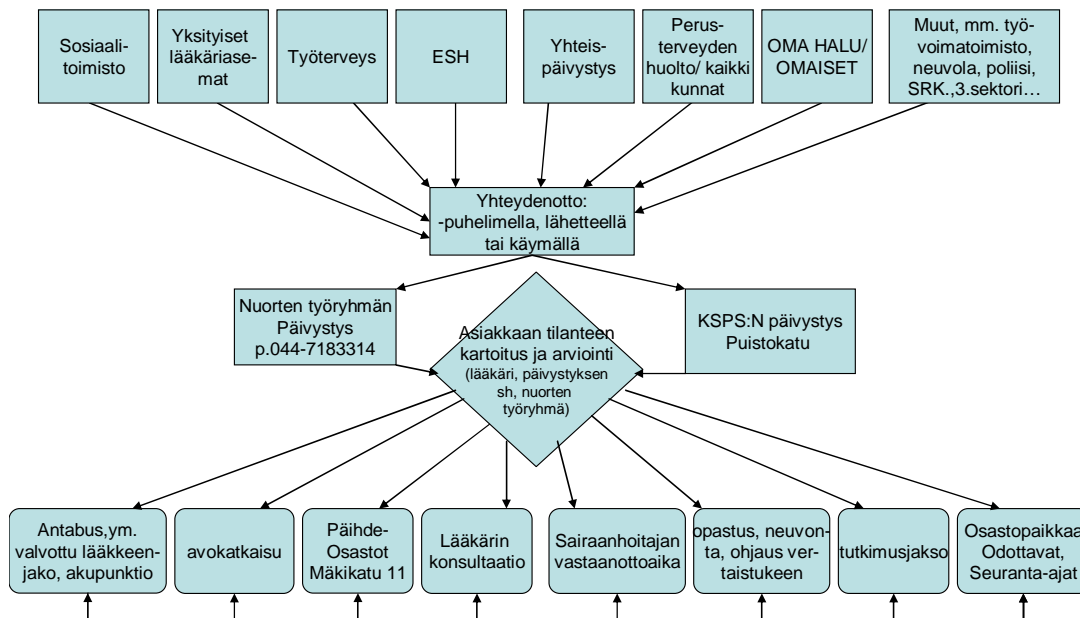
Squires, D. D. & Moyers, T.B. (2001b) *Motivational Enhancement for Dually Diagnosed Consumers*. University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions. Albuquerque, New Mexico. <http://www.bhrm.org/guidelines/squiresmoyers.pdf>

Watson, A & Sher, K (1998) *Resolution of alcohol problems without treatment: methodological issues and future directions of natural recovery research*. *Clinical Psychology; Science and Practice* 5. P. 1-18.

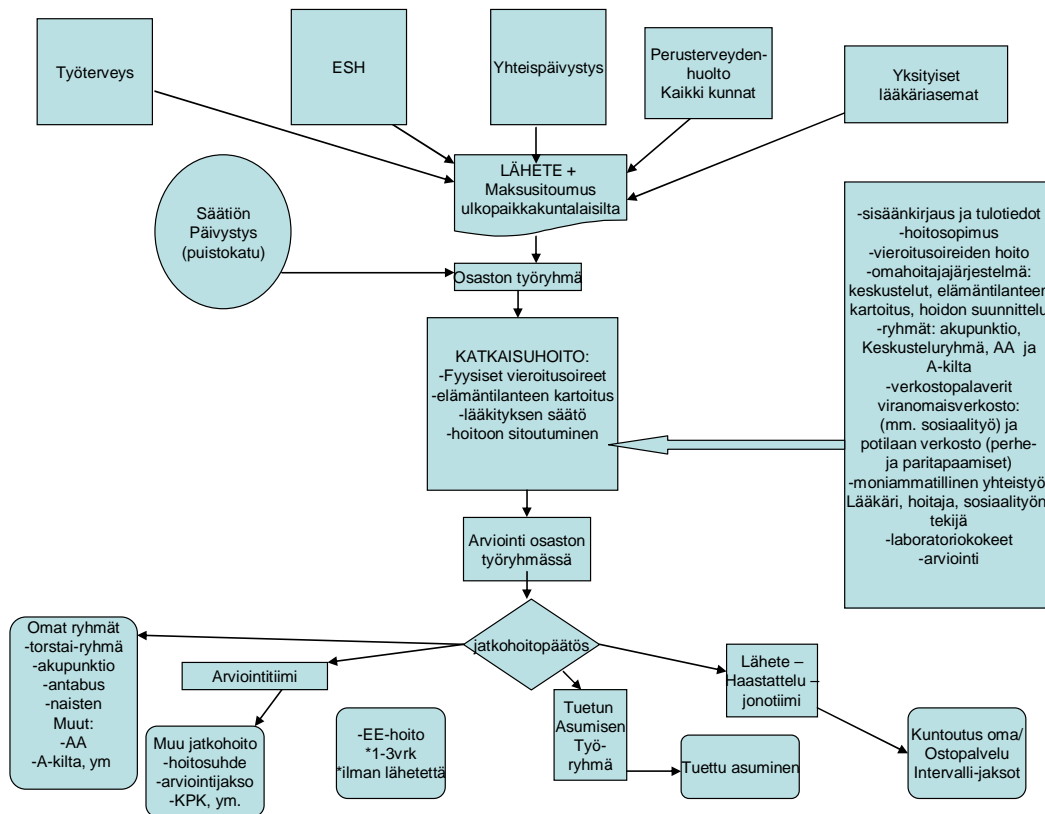
Liitteet

Liite 1a. Kuopion seudun Päihdepalvelusäätiön asiakaspolut

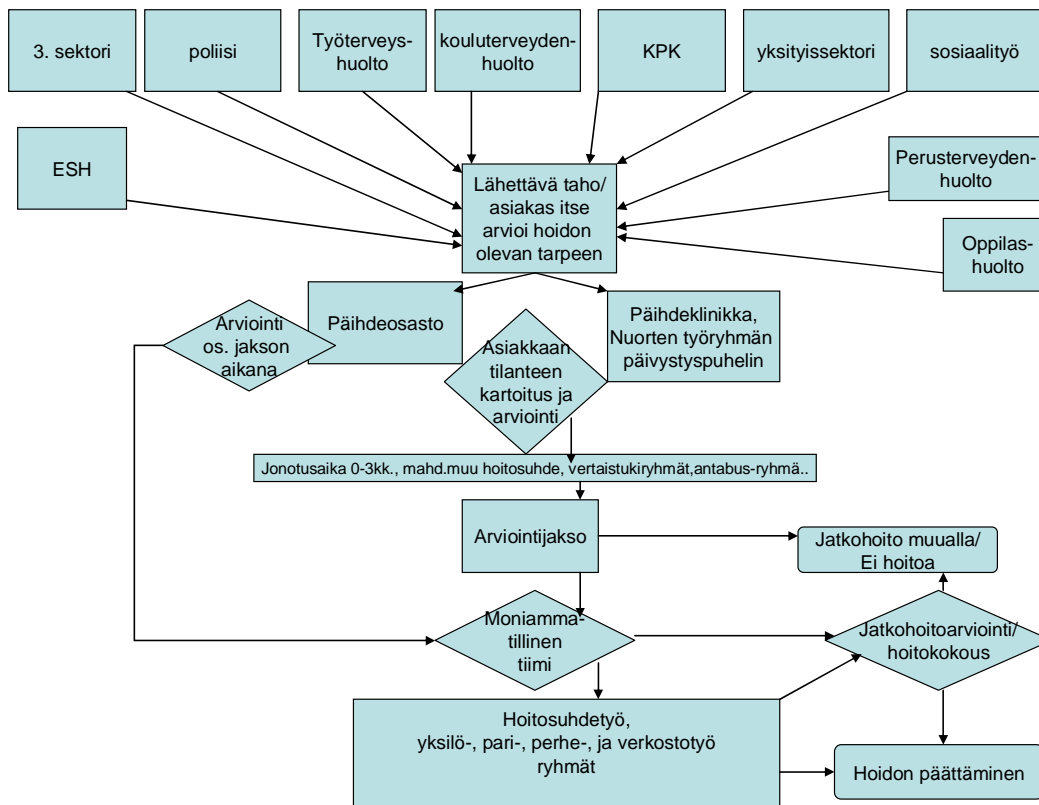
Kuva 1: Asiakaspolku päihdeklinikan päivystyksessä



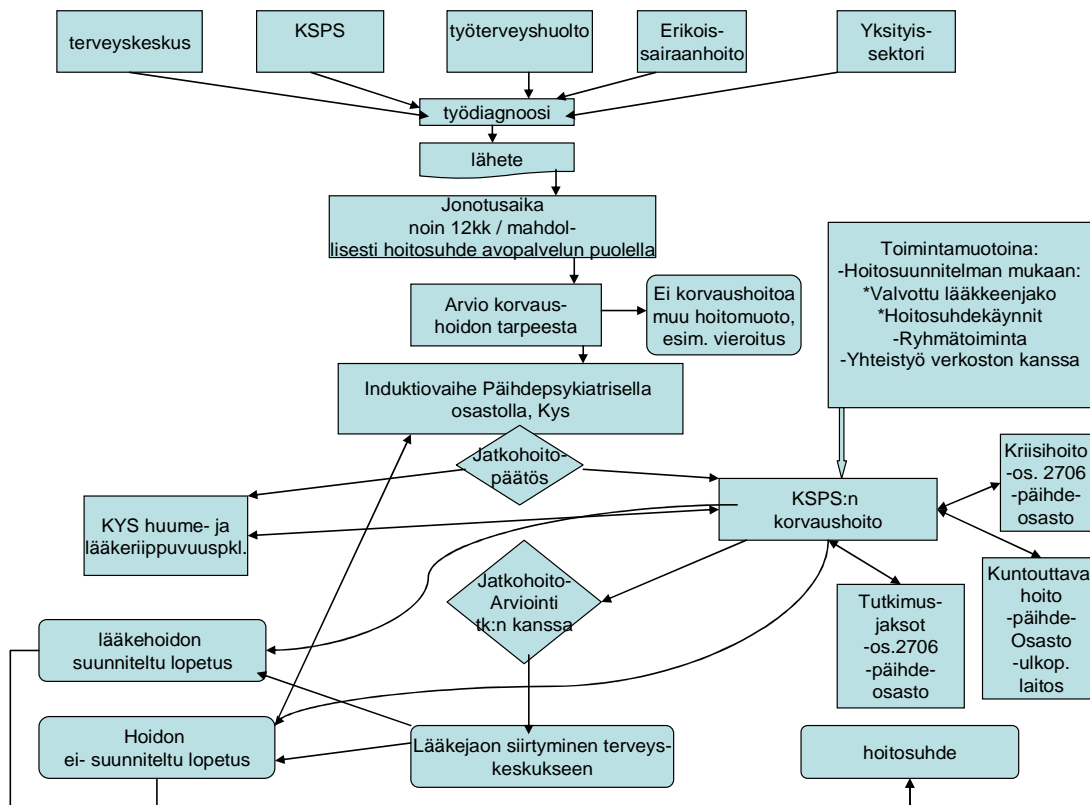
Kuva 2: Katkaisuhuito-osaston asiakaspolku



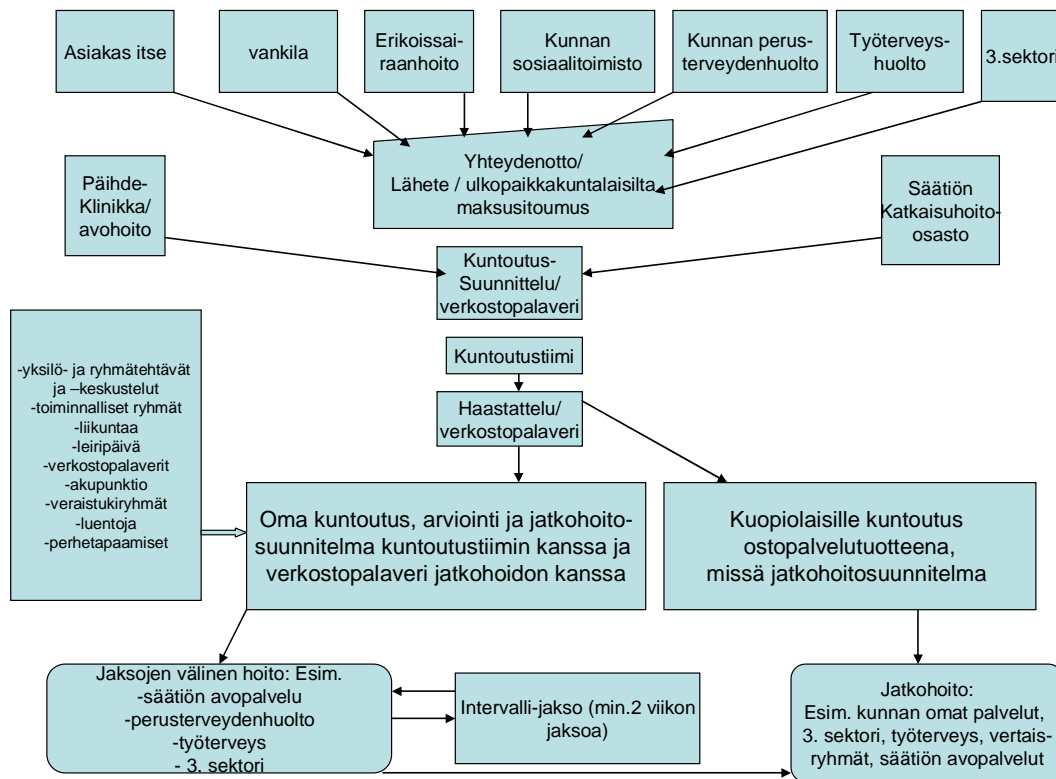
Kuva 3: Asiakaspolku hoitosuhdetyössä



Kuva 4: Asiakaspolku korvaushoidossa

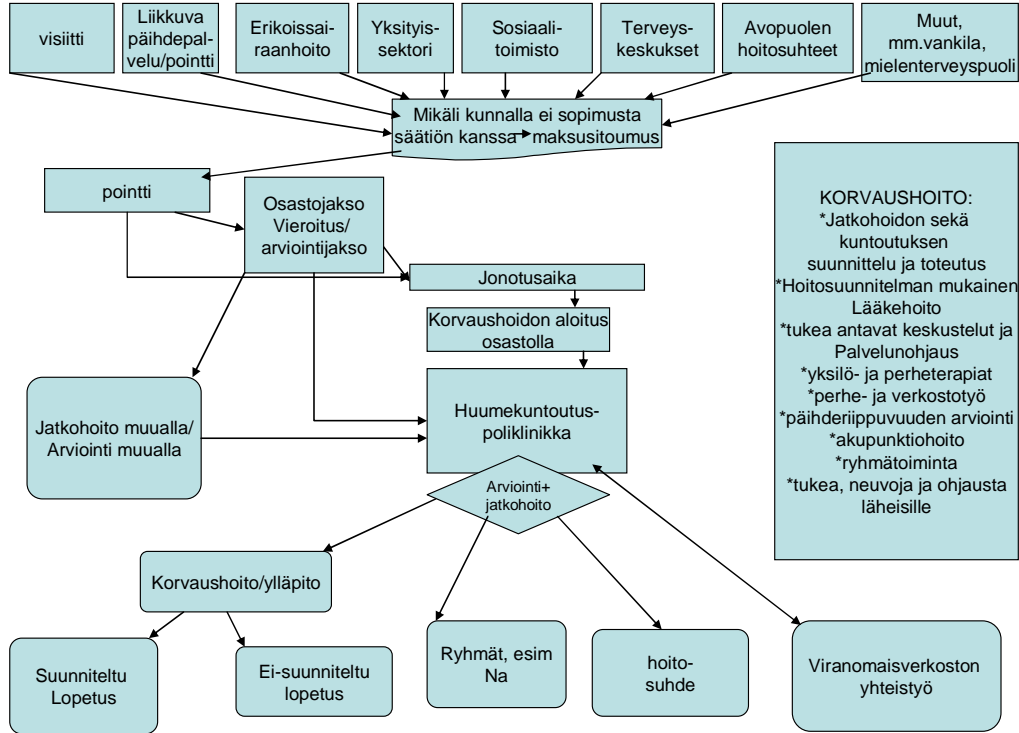


Kuva 5: Päihdepalvelusäätiön kuntoutus

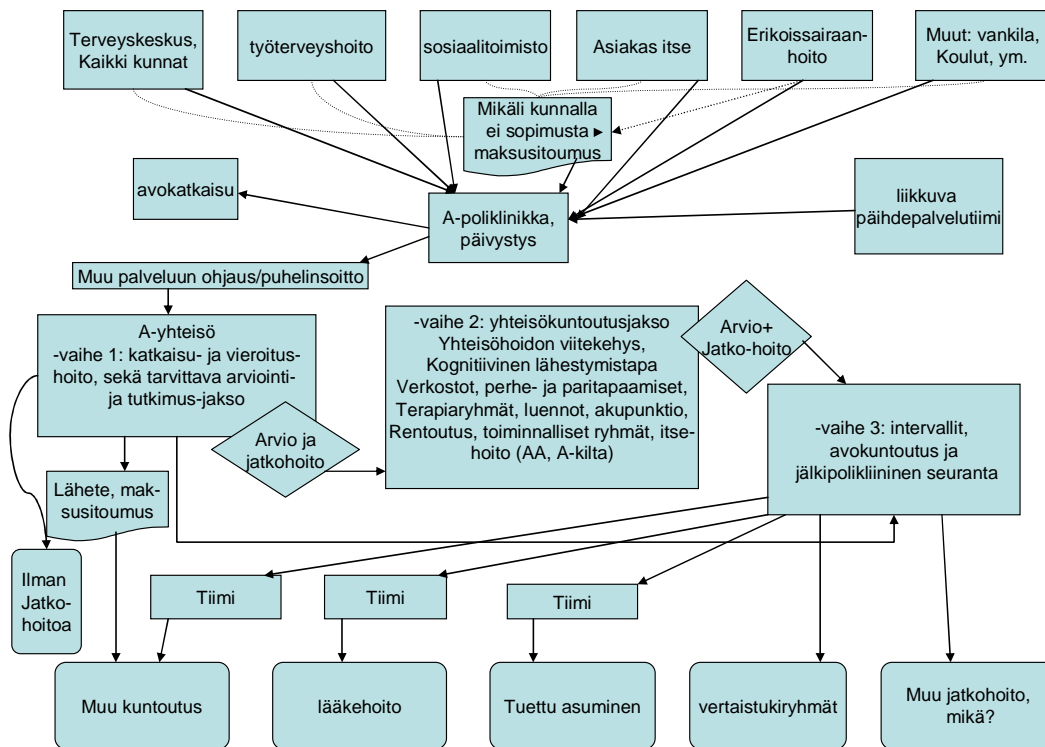


Liite 1b: Jyväskylän seudun asiakaspolut

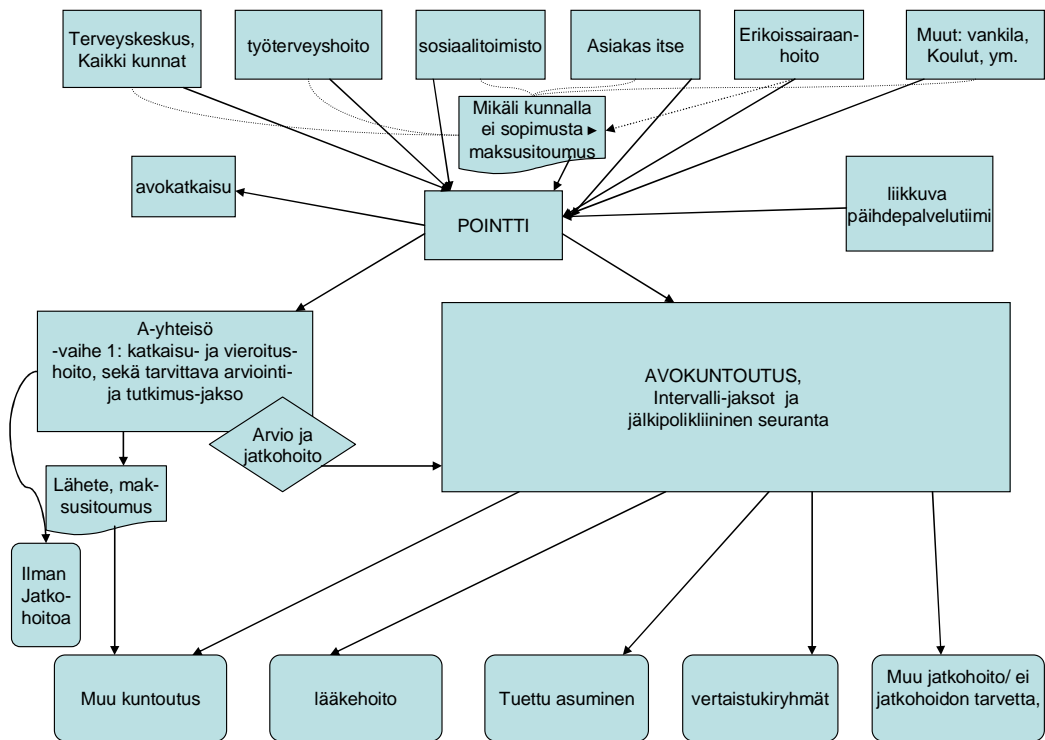
Kuva 1: Huume kuntoutujan asiakaspolku



Kuva 2: Jyväskylän seudun Päihdepalvelusäätiön A-yhteisön asiakaspolku

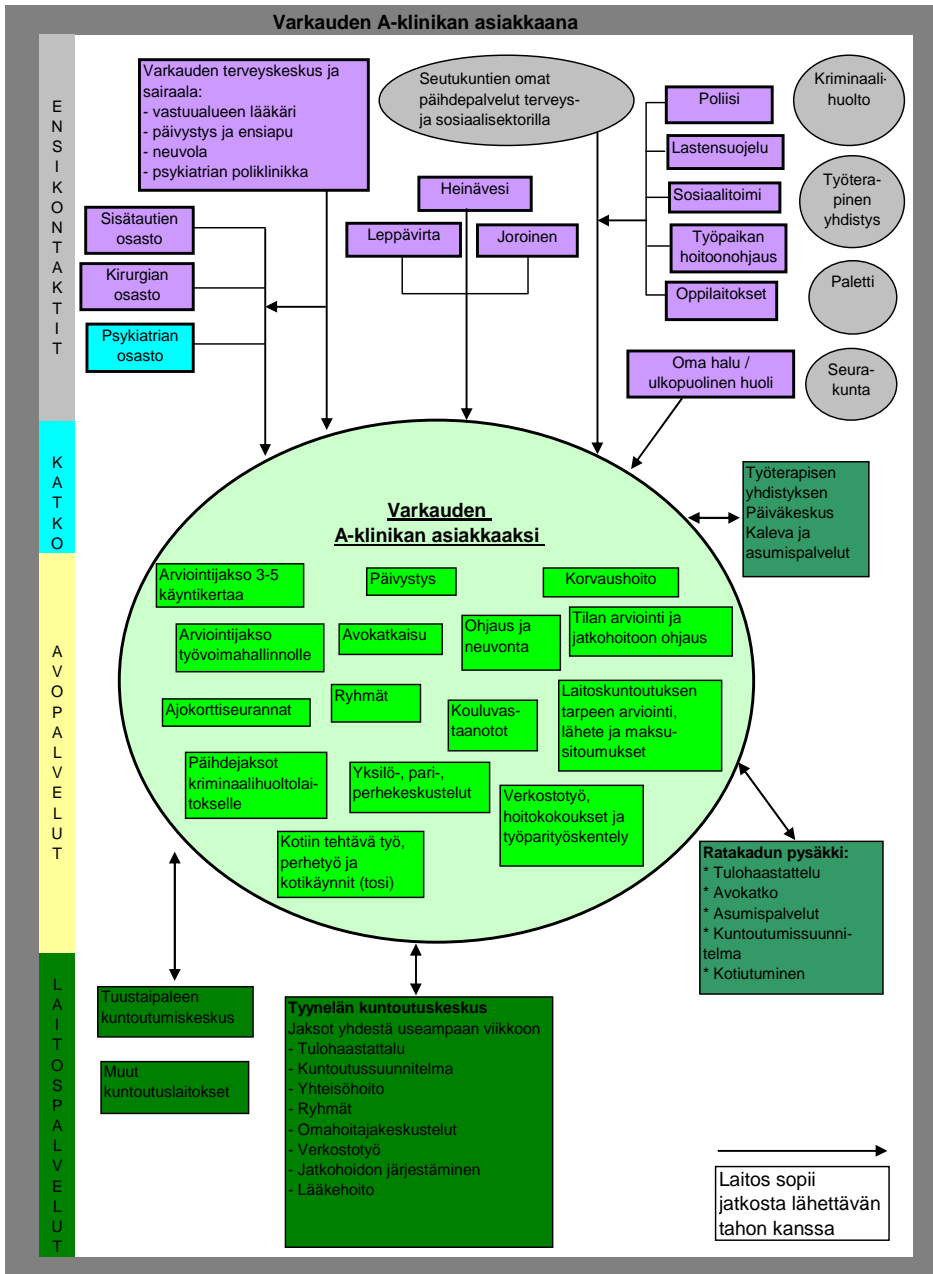


Kuva 3: Jyväskylän seudun A-yhteisön asiakaspolku, 2008 eteenpäin

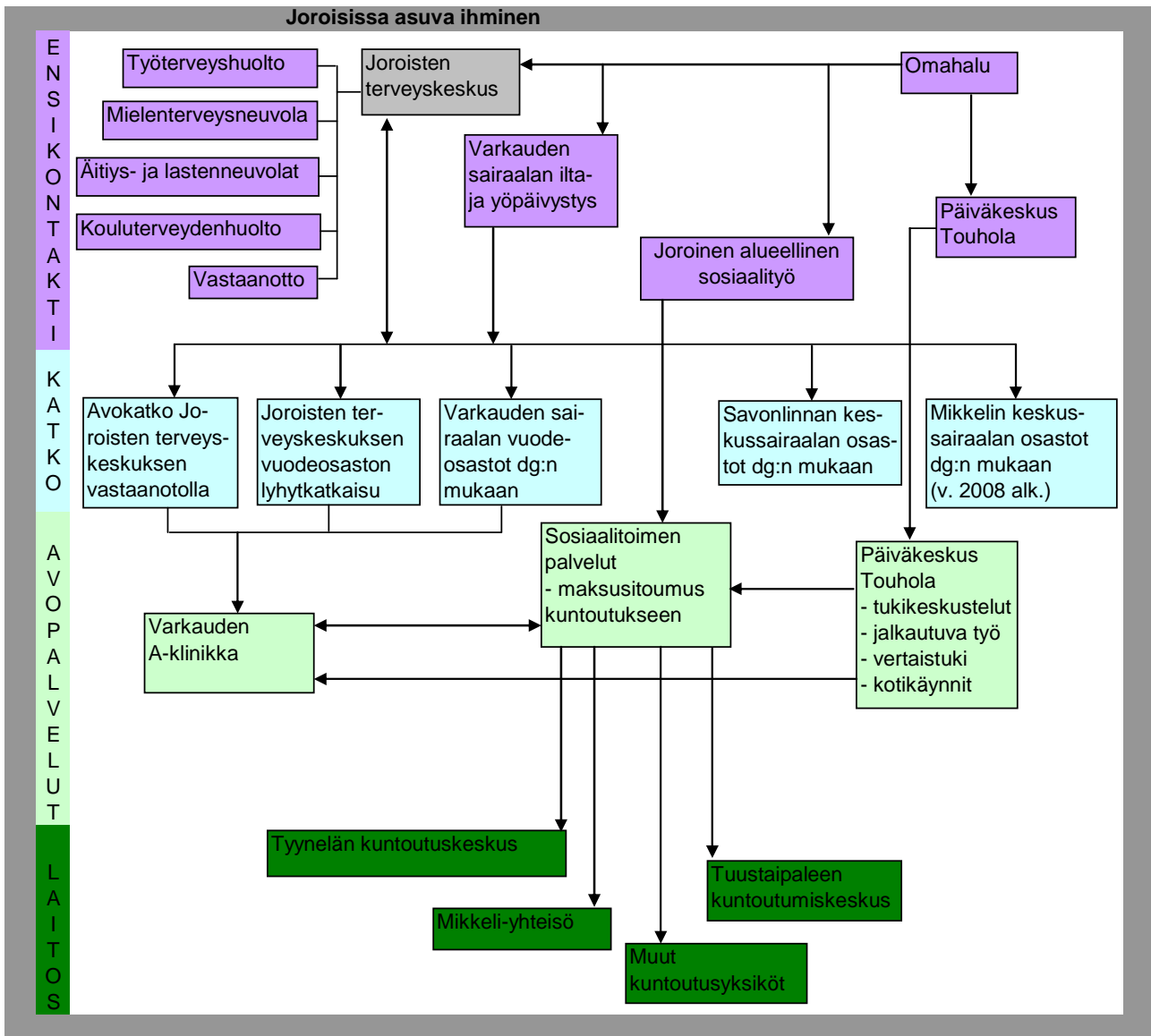


Liite 1c: Varkauden seudun asiakaspolut

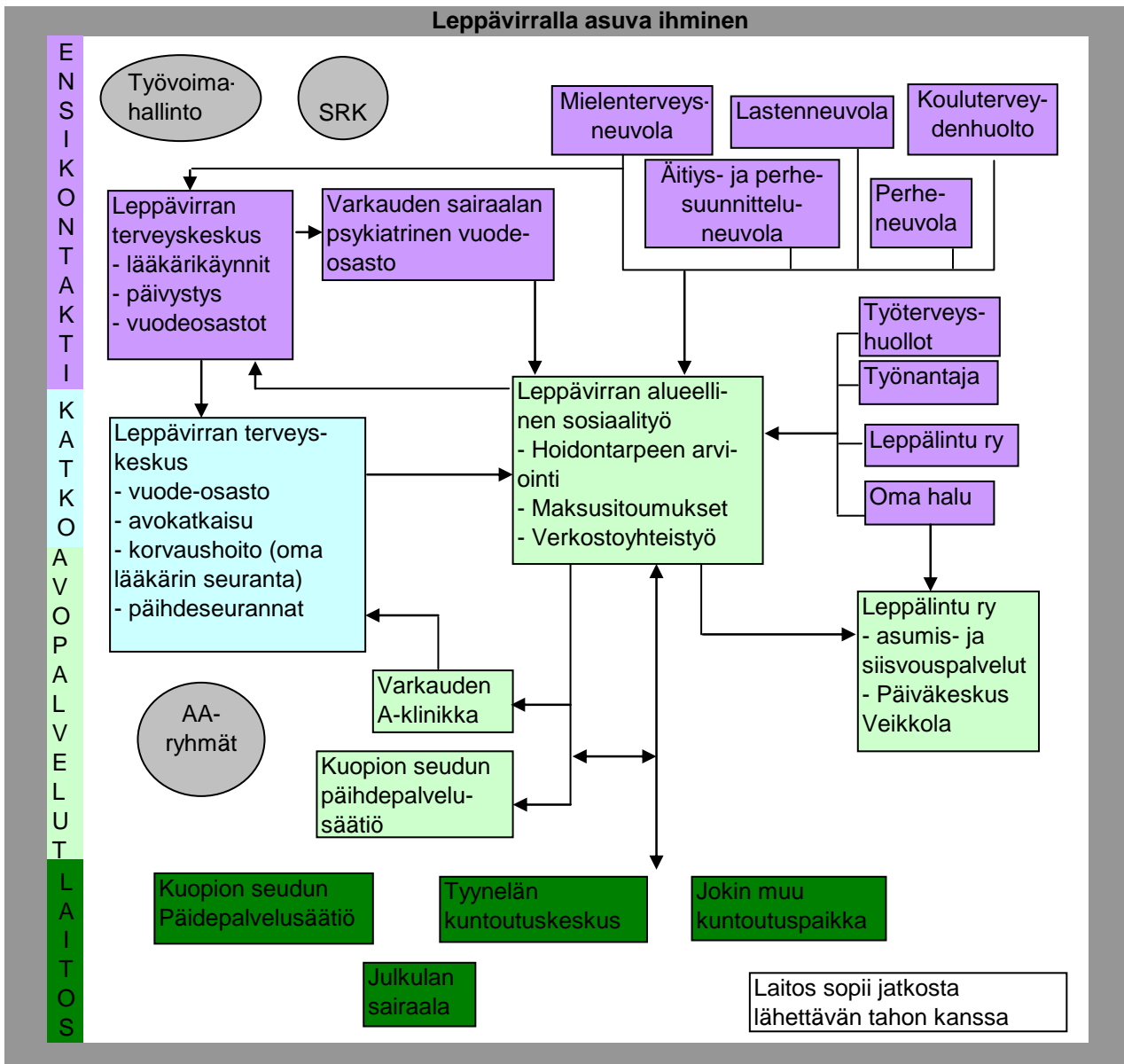
Kuva 1: Varkauden asiakkaan asiakaspolku



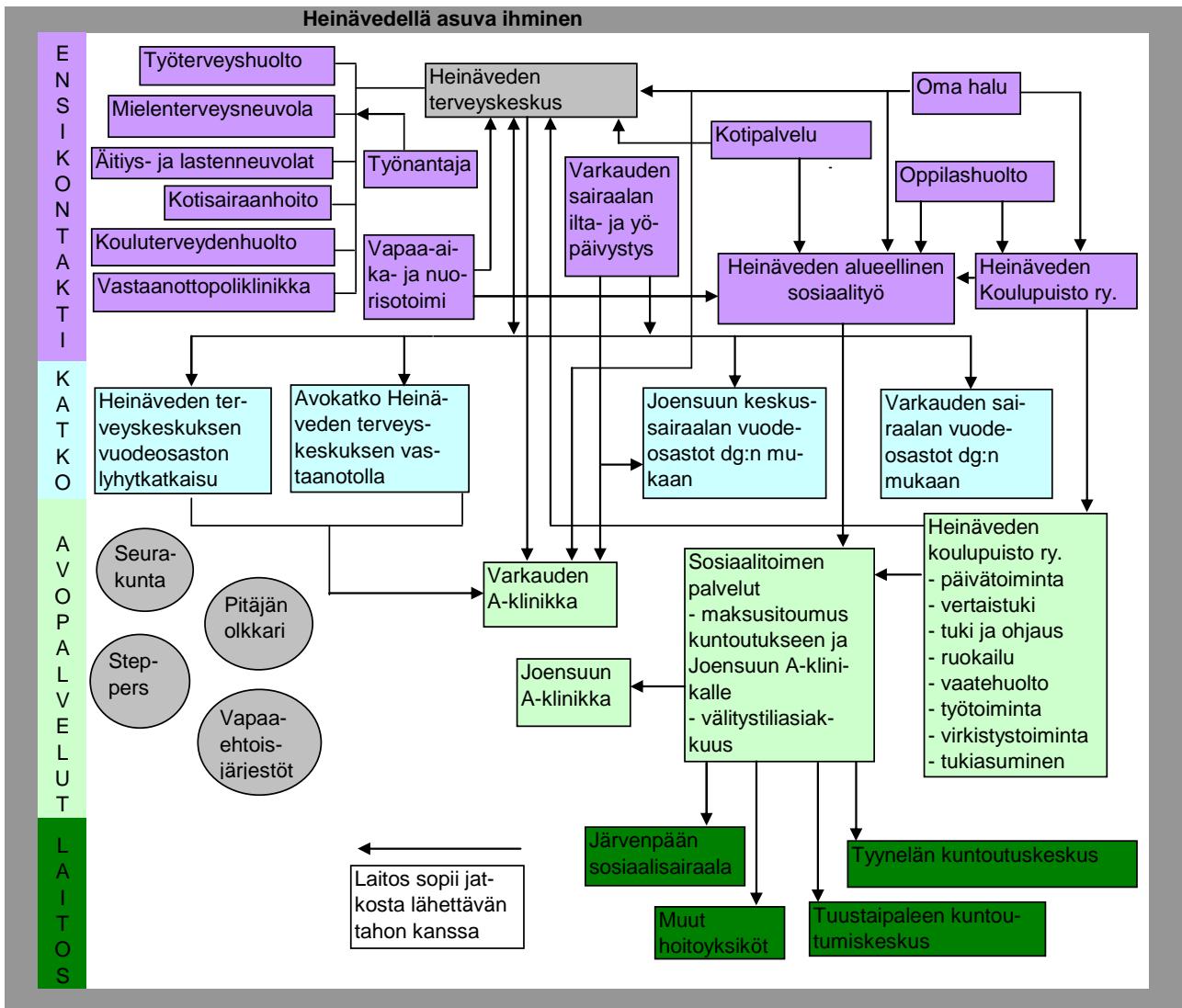
Kuva 2: Joroisten asiakkaan asiakaspolku



Kuva 3: Leppävuiran asiakkaan asiakaspolku



Kuva 4: Heinäveden asiakkaan asiakaspolku



Liite 2. VALMA-hankkeen prosessikaavio

Hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi käynnistetyt prosessit ja odotetut tuotokset

Prosessi	Sisältö	Odotetut tuotokset (hankesuunnitelmassa)
Kehittämisprosessi	Muutosvalmiuden toimintamallin kehittäminen ja testaus sekä tähän liittyvät sovitut raportit	- Kuntoutusprosessin alkuvaiheeseen sijoittuva asiakkaan muutosvaiheen tunnistamis- ja haastattelumalli perustuen motivoivan haastattelun tekniikkaan ammattihenkilöstölle
Pilottipaikkakuntien sisäisen kehittämisen prosessi	Toimintamallin kehittämiseen ja testaamiseen tarvittavat tiedot ja taidot kehittämissyhmille omilla infoilla sekä ulkopuolisilla asiantuntijakoulutuksilla sekä aikaansaadun toiminnan juurruttaminen pilottikohteiden toimintatavaksi	- Avohoitoon kehitetty lyhytkestoinen strukturoitu avohoito-ohjelma - Kuntoutussuunnitelmien käyttö asiakaslähtöisinä työvälineinä – toimintamalli - Kehittämistyöhön liittyvät julkaisut: Toimintaympäristön kartoitus Väli­raportti Loppuraportti
Koulutusprosessi	Kahdesta edellisestä kehittämissuunnitelmasta tietoa suodattaen, tarpeita kartoittaen ja tutkimuksen kanssa vuoropuhelua harjoittaen koulutuspaketin rakentaminen	- Edelliseen liittyvä koulutuspaketti ammattihenkilöstölle (hankesuunnitelmassa liittyen muutosvaiheen tunnistamis- ja haastattelutekniikkaan)
Tutkimusprosessi	Tutkimustyön tekeminen muutosvalmiuden huomioimisesta hoito- ja kuntoutusprosessissa Tiedon tuominen kehittämissuunnitelmaan sekä pilottipaikkakuntien sisäiseen kehittämissuunnitelmaan	- Tutkimusraportti
Arviointiprosessi	Arviointisuunnitelma - itsearviointi hankkeen eteenpäinviemiseen - hankkeen toiminnan arviointi ja syntyneiden työtapojen vaikuttavuus asiakkaiden muutosvalmiuteen ja kuntoutusprosessiin - tutkimukseen tiedon keruu -	- Aineiston tuottaminen hankkeen kehittämiseen ja tutkimukseen
Koordinointiprosessi	- - Valma-tiimit - Johtoryhmät - Ohjausryhmät - suunnittelu ja ohjaustyö arviointiprosessin kanssa	- Hankeraporttien hankkeen kokonaistoimintaa kuvaavat osat ja arviointi
Tiedotusprosessi	Tiedotussuunnitelman mukaisesti	- Tiedotteet ym.

Liite 3. VALMA-hankkeen tavoitteet

Hankkeen kokonaistavoitteet

<ul style="list-style-type: none">○ Päihdekuntoutuksen ja asiakastyön kehittäminen asiakkaan muutosvalmiuksien edistämiseksi	<ul style="list-style-type: none">○ Muutosvalmiuden ja kuntoutusvalmiuden käsitteiden nostaminen esiin ja kuntoutumisen prosessin esille tuominen
<ul style="list-style-type: none">○ Kuntoutumisen prosessuaalisuuden esiintuominen ja kuntoutumisjatkumoiden rakentaminen	<ul style="list-style-type: none">○ Tutkitaan kuinka valmius muutokseen ja kuntoutumiseen rakentuu ja millaiset tekijät toimintaympäristössä, kuntoutujassa ja toisaalta kuntoutus- ja hoitotilanteessa edesauttavat muutosta
<ul style="list-style-type: none">○ Asiakaslähtöisyyden lisääminen kuntoutumisen ja hoidon suunnittelussa	<ul style="list-style-type: none">○ Tuotettua tietoa annetaan kehittämistyön tueksi

Kehittämistavoitteet hoito- ja kuntoutustyön näkökulmista

<p>1.Kehittämistavoite</p> <ul style="list-style-type: none">- Kehittämistyön painopisteet löytyvät hoitoprosessin alkupäästä: kriittisin paikka on päihdepalvelujen piiriin pääsyssä ja kynnyksen madaltamisessa.- Katkaisuhoidon osalta: usein fyysiseksi jäävä hoitotapahtuma jää muusta hoidosta ja kuntoutuksesta. Tarvitaan rinnalle motivoivia ja muutokseen valmentavia elementtejä. <p>2.Kehittämistavoite</p> <ul style="list-style-type: none">- Kuntoutussuunnitelmien tekeminen asiakaslähtöisemmiksi ja asiakkaan omaa kuntoutusprosessia paremmin hyödyntäviksi välineiksi avo- ja laituskuntoutuksessa. <p>3.Kehittämistavoite</p> <ul style="list-style-type: none">- Kuntoutusprosessin eri vaiheiden avaamisen kautta kehitetään niitä käytäntöjä, jotka osoittautuvat tuloksellisiksi. Tavoitteena prosessuaalisuuden korostaminen ja iatkuvuuden turvaaminen

Kuntoutumisprosessi ja kehittämiskohteet palvelujärjestelmän näkökulmasta

<p>Katkaisuhoidojaksot / muutokseen valmentaminen ja muutosvaiheen tutkiminen</p> <ul style="list-style-type: none">- asiakkaan muutosvaiheen tunnistaminen ja työntekijän työotteen suhteuttaminen muutosvaiheeseen- muutokseen ”valmentaminen”- motivoiva haastattelu työvälineenä
<p>Avopalvelut</p> <ul style="list-style-type: none">- motivoiva interventio malli (pohjana MET-malli)
<p>Laituskuntoutus</p> <ul style="list-style-type: none">- Kuntoutussuunnitelmien rakentaminen asiakaslähtöiseksi, asiakastyön välineeksi, kuntoutumisvalmiuden vahvistuminen hoito- ja kuntoutustilanteissa – kuntoutuksen kehittäminen tutkimustiedon pohjalta