

Janne Karppinen

**Toipumisorientaation edistäminen
mielenterveys- ja riippuvuushoidossa
kokemustietoa hyödyntäen**



Sosionomi (AMK)

Sosionomikoulutus

Syksy 2024



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä: Karppinen Janne

Työn nimi: Toipumisorientaation edistäminen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa kokemustietoa hyödyntäen

Tutkintonimike: Sosionomi (AMK)

Asiasanat: toipumisorientaatio, toipuminen, kokemustieto, päihderiippuvuus

Toipumisorientaatio on saavuttanut vahvan aseman suomalaisissa mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluissa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan toipujalähtöistä lähestymistapaa, joka yhdistää eri teorioita ajattelun ja toiminnan viitekehykseksi korostaen asiakkaan yksilöllistä toipumisprosessia. Toipumisorientaatio oli keskeinen kehittämiskohde Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa vuosina 2023–2024, jolloin se järjesti henkilöstölleen toipumisorientaatiokoulutuksen yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Koulutuksen tavoitteena oli toipumisorientaation tavoitteellinen käyttöönotto eli implementointi hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Opinnäytetyössä keskityttiin tukemaan tämän tavoitteen saavuttamista, ja toimeksi-antajana toimi Kainuun hyvinvointialue. Opinnäytetyön viitekehys muodostui kokemustiedosta, riippuvuuden ilmiöistä sekä toipumisen ja toipumisorientaation teorioista. Työssä hyödynnettiin kokemustietoa innovatiivisella lähestymistavalla, joka perustui tekijän omakohtaiseen kokemukseen päihderiippuvuudesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää toipumisorientaation mukaista ajattelua ja toimintaa Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Tavoitteena oli edistää henkilöstön toipumisorientaatioajattelua, syventää heidän ymmärrystään toipumisorientaation keskeisistä käsitteistä, vahvistaa yhteistä näkemystä asiakkaiden tukemisesta toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti sekä edistää tämän näkemyksen juurtumista käytännön työhön hyödyntäen kokemustietoa.

Opinnäytetyössä toteutettiin toiminnallinen kehittämistyö, joka jakautui kahteen keskeiseen osa-alueeseen: toipumisorientaatiokoulutukseen ja kehittämistyöpajaan. Toipumisorientaatiokoulutuksen kehittämiseen kuului työskentelyä koulutuspäivissä sekä ydinryhmässä, joka koostui koulutukseen osallistuneista työntekijöistä. Kehittämistyön keskiössä oli koulutuksessa pidetty puheenvuoro, joka tarjosi näkemyksiä toipumisorientaation edistämiseksi. Puheenvuoro käsitteli toipumisorientaation keskeisiä osa-alueita ja sisälsi kokemustietoon pohjautuvia esimerkkejä toipumisprosessin eri vaiheista. Kehittämistyön toinen osa-alue oli kehittämistyöpaja, joka järjestettiin Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidon avohoitoyksikkö Ryhmätalon toiminnan kehittämiseksi. Työpajan pääteemat olivat toipumisorientaatio ja päihderiippuvuus. Toipumisorientaatioteemalla pyrittiin edistämään sen juurtumista käytännön työhön, kun taas päihderiippuvuusteeman tarkoituksena oli syventää henkilöstön ymmärrystä päihderiippuvuuden mekanismeista sekä tuoda esiin asiakkaiden näkökulmia. Päihderiippuvuutta lähestyttiin poikkeuksellisella tavalla keskittymällä päihderiippuvaisen ajattelutapoihin, erityisesti kognitiivisiin ja psykologisiin mekanismeihin. Työpajassa tarkasteltiin myös toipumisen vaihemalleja ja muutosprosessia.

Kehittämistyö tuki osaltaan mielenterveys- ja riippuvuushoidon henkilöstön toipumisorientaation tunte- muksen ja osaamisen lisääntymistä. Se edisti henkilöstön toipumisorientaatioajattelua ja tarjosi koulutus- prosessin myötä konkreettisia keinoja toipumisorientaation toteuttamiseen. Työ syvensi myös henkilöstön ymmärrystä päihderiippuvuudesta. Koulutusprosessi käynnisti toipumisorientaation implementoinnin Kai- nuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidon palveluissa, ja kehittämistyötä on tärkeää jat- kaa, sillä implementointi vaatii aikaa ja pitkäjänteistä työtä. Toipumisorientaation juurtuminen edellyttää tavoitteellista toimintaa sekä työyksiköissä että ydinryhmässä. Kainuun hyvinvointialueen toiminta on ke- hittänyt yhä vahvemmin toipumisorientaation mukaiseksi, ja sitä voitaisiin edelleen vahvistaa esimerkiksi edistämällä asiakkaiden osallisuutta omassa hoidossaan, korostamalla hoidon yksilöllisyyttä sekä lisäämällä vertaistukea ja kokemusasiantuntijuutta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää esimerkiksi toipumisorientaa- tion implementoinnissa ja yksilöllisen toipumisorientaatioajattelun kehittämisessä.

Abstract

Author: Karppinen Janne

Title of the Publication: Promoting Recovery-Oriented Practices in Mental Health and Addiction Care through the Use of Experiential Knowledge

Degree Title: Bachelor of Social Services

Keywords: recovery-oriented practices, recovery, experiential knowledge, substance dependence

Recovery-oriented practices have become an established framework for organizing mental health and substance abuse services in Finland over the past decade. This approach emphasizes person-centered care and recognizes each individual's unique recovery process. Kainuu Wellbeing Services County organized a professional development program for its mental health and addiction care staff, in collaboration with the Finnish Institute for Health and Welfare, aimed at strategically implementing recovery orientation.

The purpose of this thesis was to promote recovery-oriented thinking and practices within mental health and addiction care services in Kainuu. The goal was to enhance the staff's understanding of recovery-oriented principles and facilitate their application in daily work, using experiential knowledge based on the author's personal experience with substance dependence. The thesis project included training days and a workshop on recovery orientation and substance dependence. The training included a talk that focused on the core aspects of recovery, using experience-based examples to illustrate these principles. The workshop took an unconventional approach to addiction by exploring the thought patterns of individuals with substance dependence, with particular attention to cognitive and psychological mechanisms.

The program enhanced the staff's knowledge and practical skills in applying recovery-oriented practices, supported by the thesis. In addition, the thesis project provided practical tools to integrate recovery-oriented principles into everyday care and deepened the staff's understanding of substance dependence. Successful implementation of recovery-oriented practices requires time and sustained effort. Recovery orientation could be further strengthened by promoting client participation, emphasizing individualized care, and increasing the use of peer support and experiential expertise. This thesis can be used, for example, to support the implementation of recovery-oriented practices and the development of individualized recovery-oriented thinking.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kokemustieto.....	5
2.1	Kokemustiedon määritelmä ja merkitys terveydenhuollossa.....	5
2.2	Kokemustiedon historia ja kehitys asiakastyössä	7
2.3	Kokemustiedon hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa	8
2.4	Kokemusasiantuntijuus	10
2.5	Kokemustiedon haasteet ja mahdollisuudet.....	11
3	Riippuvuus	13
3.1	Mitä riippuvuus on?	13
3.2	Addiktiivinen riippuvuus.....	14
3.3	Päihderiippuvuus.....	17
3.4	Toiminnalliset riippuvuudet	28
3.5	Päihde- ja riippuvuushoidon lähtökohdat ja lainsäädäntö	30
4	Päihderiippuvuuden kognitiiviset ja psykologiset mekanismit	31
4.1	Psyykkiset puolustusmekanismit.....	31
4.2	Kognitiiviset vinoumat ja ajatusvääristymät	35
4.3	Ajatusten automatisoituminen ja ehdollistuminen	38
4.4	Motiiviristiriidat ja kognitiivinen dissonanssi	40
4.5	Valehtelu, itsepetos ja ambivalenssi	42
4.6	Tunteiden säätely ja tunne-elämän haasteet päihderiippuvuudessa	44
4.7	Toipumista tukevien kognitiivisten mallien kehittäminen	47
5	Toipuminen.....	50
5.1	Toipumisen käsite.....	50
5.2	Henkilökohtainen toipuminen	51
5.3	Toipumisen prosessit.....	54
5.4	Toipuminen päihderiippuvuudesta	56
5.5	Toipumisen vaiheet	57

6	Toipumisorientaatio	66
6.1	Toipumisorientaation merkitys mielenterveys- ja riippuvuushoidossa	66
6.2	Suomalaisen toipumisorientaation kehityskaari.....	70
6.3	Aiempi toipumisorientaatiotutkimus	71
6.4	Toipumisorientaation keskeiset osa-alueet	75
6.5	Toipumisorientaation implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet.....	90
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	94
8	Toipumisorientaation edistäminen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa	95
8.1	Toimeksiantajan esittely	95
8.2	Kehittämistyön lähtökohdat ja vaiheet	96
8.3	Toipumisorientaatiokoulutus	99
8.4	Kehittämistyöpaja	106
9	Pohdinta	117
9.1	Luotettavuus.....	117
9.2	Eettisyys.....	120
9.3	Kehittämisprosessin keskeiset havainnot ja johtopäätökset	123
9.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet.....	131
9.5	Ammatillinen kasvu	135
	Lähteet	138

1 Johdanto

Asiakslähtöisyys on keskeinen tavoite nykypäivän sosiaali- ja terveyspalveluissa. Viimeisten 20 vuoden aikana palvelut ovat kehittyneet asiakslähtöisemmiksi, ja asiakkaiden rooli oman hoidonsa suunnittelussa on vahvistunut merkittävästi (Nordling 2018, 1476; Laitila 2019). 2000-luvulla on alettu ymmärtää entistä paremmin, kuinka merkittävää asiakkaiden oma toiminta ja ajattelu on heidän kuntoutumisprosessiensa lopputuloksen kannalta (Jones 2018, 172–173). Kuntoutuminen on perinteisesti ollut vahvasti ammattilaislähtöistä, mikä on asettanut asiakkaan passiiviseen ja vastaanottavaan rooliin. Toipuminen puolestaan viittaa asiakkaan aktiivisempaan rooliin terveydentilansa paranemisessa. Mielenterveyspalveluissa yksilöllistä toipumista tukevaa ja asiakkaan erityispiirteet huomioivaa laaja-alaista työskentelytapaa kutsutaan toipumisorientaatioksi (Nordling 2023, 36, 197).

Toipumisorientaation viitekehys perustuu moniin toipujan hyvinvointia huomioiviin teorioihin, jotka sisältävät sekä psykologisia että sosiaalitieteellisiä näkökulmia. Tämä lähestymistapa eroaa perinteisistä mielenterveyspalveluiden viitekehyksistä, sillä se korostaa yksilön toimijuutta, itsemääräämisoikeutta ja henkilökohtaista toipumisprosessia. (Nordling 2023, 31–36, 58–62, 197.) Toipumisorientaatiolla voidaan viitata sekä mielenterveyspalveluiden järjestämiseen että ammattilaisen yksilölliseen toimintatapaan (Korkeila 2017, 2865). Suomessa toipumisorientaatio alkoi saada jalansijaa 2010-luvulla, ja monet mielenterveysjärjestöt, kuntasektorit ja hyvinvointialueet ovat sittemmin ottaneet sen toimintansa viitekehyyseksi (Martin & Soronen 2022, 8, 23–25). Esimerkkejä tästä kehityksestä löytyy muun muassa Helsingistä ja Etelä-Pohjanmaalta (Kallio & Kuosmanen 2020; Nordling 2024; Ketola 2024).

Toipumisorientaatio on ollut keskeinen kehittämiskohde Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Kainuun hyvinvointialue järjesti yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa kattavan toipumisorientaatiokoulutuksen mielenterveys- ja riippuvuushoidon henkilöstölle vuosina 2023–2024. Koulutuksen tavoitteena oli toipumisorientaation tavoitteellinen käyttöönotto eli implementointi hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. (Rapeli, Sipilä & Nordling 2024.) Koulutukseen osallistui yksiköitä eri puolilta Kainuuta, jotta yhteinen näkemys kuntoutujien toipumisen tukemisesta toipumisorientaation mukaisesti vahvistuisi ja juurtuisi yksiköiden käytännön toimintaan.

Toipumisorientaation periaatteet voivat ilmetä palveluissa monin tavoin, esimerkiksi asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisena ja tasavertaisena yhteistyönä, jossa hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa (Laitila 2019). Toipumisorientaatio voi näkyä myös asiakkaiden osallistamisena palveluiden tuottamiseen, esimerkiksi kokemusasiantuntijatoiminnan kautta (Nordling & Rissanen 2020, 42). Mielenterveys- ja päihdetyössä kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on oma-kohtainen kokemus mielenterveys- tai päihdehäiriöstä. Toipumisorientaation myötä kokemusasiantuntijuuden merkitys on alettu ymmärtää paremmin, mikä on lisännyt kokemusasiantuntijoiden koulutusta ja heidän rooliaan palveluissa. (Nordling 2023, 78–80; Hietala & Rissanen 2015, 13–14.) Monille sairaudesta toipuneille tämä on tarjonnut mahdollisuuden hyödyntää haastavaa menneisyyttään auttamalla muita, ja osalle tämä on kehittynyt myös ammatilliseksi uraksi.

Sosiaali- ja terveysalalla ei ole ennenkuulumatonta, että ammattilaisella on henkilökohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdehäiriöstä ja siitä toipumisesta. Tällainen tilanne edustaa toipumisorientaation ydintä: ammattilainen, joka on itse läpikäynyt toipumisprosessin, ymmärtää toipumisorientaation keskeiset periaatteet henkilökohtaisella tasolla ja voi siksi tarjota asiakkaalle monipuolista tukea ja syvällistä ymmärrystä. Tässä opinnäytetyössä yhdistän oman toipumiskokemukseni tuottaman kokemustiedon mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden kehittämiseen. Olen käynyt läpi päihderiippuvuudesta toipumisen pitkäjänteisen prosessin, edeten päihteidenkäyttäjistä päihdeettömäksi toipujaksi, edelleen kokemusasiantuntijaksi ja lopulta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiseksi.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää toipumisorientaation mukaista ajattelua ja toimintaa Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Tavoitteena oli edistää henkilöstön toipumisorientaatioajattelua, syventää heidän ymmärrystään toipumisorientaation keskeisistä käsitteistä, vahvistaa yhteistä näkemystä asiakkaiden tukemisesta toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti sekä edistää tämän näkemyksen juurtumista käytännön työhön hyödyntäen kokemustietoa.

Tavoitteiden saavuttamiseksi toteutin kehittämistyön, jonka toimeksiantajana toimi Kainuun hyvinvointialue. Kehittämistyö jakautui kahteen keskeiseen osa-alueeseen: toipumisorientaatiokoulutukseen ja kehittämistyöpajaan Ryhmätalon toiminnan kehittämiseksi. Ryhmätalo on Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidon avohoitoyksikkö, jonka keskeisiin toimintoihin kuuluvat erilaiset ryhmätoiminnot, yksilöohjaus ja yksilöllisen lääkehoidon toteuttaminen (Kainuun hyvinvointialue n.d.a). Kuuluin opinnäytetyön tekemisen aikaan Ryhmätalon henkilökuntaan ja osallistuin työhön kautta toipumisorientaatiokoulutukseen, jossa perehdyin toipumis-

orientaation käsitteeseen. Toipumisprosessin läpikäyneenä kiinnostuin aiheesta nopeasti. Näkemysni mukaan koulutuksessa, joka painotti toipujalähtöistä toimintatapaa, oli olennaista tuoda esiin myös toipujan näkökulma. Koin velvollisuudekseni tuoda tämän näkökulman koulutukseen.

Kehittämistyön keskiössä oli toipumisorientaatiokoulutuksessa pidetty puheenvuoro, jossa esitin näkemyksiäni toipumisorientaation edistämiseen. Toin näkemyksiäni esiin myös koulutuksessa järjestetyssä paneelikeskustelussa. Lisäksi osallistuin koulutuksen ydinryhmään, johon kuului joukko mielenterveys- ja riippuvuushoidon ammattilaisia eri puolilta Kainuuta. Toinen keskeinen kehittämistyön osa-alue oli Ryhmätalolla järjestämäni kehittämistyöpaja. Sen pääteemoja olivat toipumisorientaatio ja päihderiippuvuus. Toipumisorientaatioteeman tarkoituksena oli edistää sen juurtumista käytännön työhön, kun taas päihderiippuvuusteeman tarkoituksena oli syventää henkilöstön ymmärrystä sen mekanismeista ja tuoda esiin asiakkaiden näkökulmia. Päihderiippuvuuden valinta työpajan toiseksi aiheeksi perustui sekä Ryhmätalon tarpeeseen että omaan mielenkiintoni ja asiantuntemukseeni. Kokemustiedolla oli kehittämistyössä merkittävä rooli, ja sen hyödyntäminen tarjosi ainutlaatuisen näkökulman toipumisorientaation implementointiin Kainuun hyvinvointialueen palveluissa.

Opinnäytetyön viitekehys muodostuu kokemustiedosta, riippuvuuden ilmiöistä sekä toipumisen ja toipumisorientaation teorioista tarjoten monipuolisen tietopohjan, jota voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä ja käytännön työssä. Koska toipumisorientaatio on uusi toimintatapa Kainuun hyvinvointialueella, viitekehysten laaja ja yksityiskohtainen tarkastelu on perusteltua, sillä se tukee aiheen ymmärrystä useista eri näkökulmista ja edistää toipumisorientaation mukaisien palveluiden kehittämistä ja käyttöönottoa.

Toipumisorientaation viitekehys koostuu sen keskeisistä osa-alueista, joita ovat positiivinen mielenterveys, osallisuus, toivo, merkityksellinen elämä, identiteetti, voimavarat ja voimaantumisen. Niiden käsittely on olennaista, sillä ne tarjoavat teoreettisen perustan implementoinnille ja työkaluja yksilölliseen työskentelyyn, mikä tukee toipumisorientaatioajattelun kehittymistä hyvinvointialueen tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi tarkastellaan toipumisorientaation käsitettä, merkitystä ja kehitystä Suomessa sekä implementoinnin edellytyksiä, mahdollisuuksia ja haasteita.

Kokemustiedon hyödyntäminen oli keskeinen osa kehittämistyötä, erityisesti puheenvuoron ja kehittämistyöpajan suunnittelua ja toteutusta. Kokemustiedon tarkastelu on olennaista, koska toipumisorientaatio tukeutuu tutkimustiedon lisäksi kokemustietoon ja sen roolin ymmärtäminen on tärkeää toipumisorientaatioajattelun kehittymiselle. Kokemustieto toi esiin asiakkaiden näkökulmia ja tarjosi konkreettista tukea toipumisorientaation soveltamiseen käytännössä.

Toipuminen on keskeinen teema, sillä se luo käsitteellisen perustan toipujälähtöiselle ajattelulle. Sen tarkastelu auttaa syventämään ymmärrystä yksilöllisestä toipumisprosessista ja sen eri vaiheista. Työssä tarkastellaan vaihemalleja, jotka jäsentävät toipumisprosessia. Vaihemallien tarkastelu on olennaista, sillä se avaa uusia näkökulmia toipumisprosessin ymmärtämiseen, auttaa syventämään käsitystä asiakkaiden kokemuksista ja toipumisen etenemisestä sekä tukee yksilöllisten interventioiden suunnittelua ja toteuttamista.

Kehittämistyön kantavana teemana oli edistää toipumisorientaatiota tuomalla esiin asiakkaiden näkökulmia. Tarkoituksena oli konkretisoida asiakkaiden kokemuksia yhdistämällä tutkimustietoa ja kokemustietoon perustuvia esimerkkejä. Tässä opinnäytetyössä asiakkaiden näkökulmia tuodaan esille päihderiippuvuuden ja siihen liittyvien ilmiöiden kautta, mikä muodostaa keskeisen osan työn viitekehystä. Työssä käsitellään myös toiminnallisia riippuvuuksia, mikä täydentää kuvaa ilmiön laajuudesta. Lisäksi päihderiippuvuutta tarkastellaan poikkeuksellisella tavalla kognitiivisten ja psykologisten mekanismien näkökulmista, mikä auttaa selittämään päihderiippuvaisen ajattelutapoja ja toimintaa. Päihderiippuvuuden kattava tarkastelu muodosti tieteellisen perustan kokemustietoon pohjautuville esimerkeille, ja se oli keskeinen teema kehittämistyöpajassa. Tarkastelun tavoitteena on myös vähentää riippuvuuksiin liittyvää stigmaa, syventää ymmärrystä asiakkaiden kokemuksista ja asemasta sekä tarjota tietoa riippuvuuksista.

Opinnäytetyö keskittyy mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluihin, jotka toiminnan organisoinnin perusteella kuuluvat sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) ja/tai terveydenhuoltolain (L 1326/2010) piiriin. Näiden palveluiden kehittäminen on keskeinen ja alati ajankohtainen teema sosiaali- ja terveysalalla. Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusongelmien merkitys yhteiskunnassa on huomattava, sillä ne koskettavat monia eri ihmisryhmiä. Siksi näiden ongelmien ja niihin liittyvien palveluiden ymmärtäminen on sosionomeille erittäin tärkeää. Halu kehittää mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluita oli keskeinen syy, miksi valitsin toiminnallisen toteutustavan opinnäytetyölle. Tämä menetelmä mahdollisti sekä palveluiden konkreettisen kehittämisen että ammatillisten kehittämistaitojen vahvistamisen.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyö on alue, johon olen opinnoissani erikoistunut ja joka erityisesti kiinnostaa minua. Tämä opinnäytetyö vastasi hyvin sosionomin ammatillisiin kompetensseihin ja tuki ammatillista kasvuani. Työn tavoitteena oli osoittaa sosionomilta edellytettävät tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaamisen kompetenssit. Pyrin työssäni osoittamaan taitoni hyödyntää tutkimus- ja kokemustietoa asiakaslähtöisesti kehittäessäni asiakastyön käytäntöjä ja menetelmiä. (Sosiaalialan AMK-verkosto 2023.)

2 Kokemustieto

Tässä luvussa tarkastellaan kokemustietoa, joka oli keskeisessä roolissa toipumisorientaation edistämiseen keskittyvässä kehittämistyössä mielenterveys- ja riippuvuushoidossa¹. Kokemustiedolla oli erityinen merkitys puheenvuoron ja kehittämistyöpajan suunnittelussa ja toteutuksessa, joissa hyödynnettiin kokemustietoon perustuvia esimerkkejä konkreettisten näkökulmien tarjoamiseksi. Luvussa määritellään kokemustiedon käsite ja tarkastellaan sen roolia tutkimustiedon täydentäjänä sekä asiakaslähtöisten ja kokonaisvaltaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Lisäksi perehdytään kokemusasiantuntijuuteen, joka on olennainen osa toipumisorientaation mukaisten palveluiden toteuttamista. Kokemustiedon käsittelyssä huomioidaan myös siihen liittyvät haasteet ja mahdollisuudet, kuten virheelliset käsitykset ja kielteiset asenteet, jotka voivat vaikuttaa sen hyväksyttävyyteen ja hyödyntämiseen. Kokemustiedon merkityksen ymmärtäminen on olennaista toipumisorientaatioajattelun kehittymiselle.

2.1 Kokemustiedon määritelmä ja merkitys terveydenhuollossa

Kokemustieto on tiedon muoto, joka perustuu yksilön omiin kokemuksiin ja vuorovaikutukseen ympäristön kanssa (Jakonen 2017, 107–109; Kasila & Kettunen 2021, 10; Vahtivaara 2010, 21). Kokemustieto muodostuu elämän aikana koetuista konkreettisista tilanteista, jotka kuvastavat yksilön fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tunteuksia ja kokemuksia. Näiden kokemusten sanallistaminen ja jakaminen muiden kanssa mahdollistaa kokemustiedon muodostumisen. (Jones 2018, 176.) Kokemuksen syntyyn vaikuttavat yksilön minäkuva, maailmankuva sekä elämän aikana kertyneet kokemukset, mikä tekee kokemustiedosta henkilökohtaista ja ainutlaatuista. Koska jokainen yksilö kokee kokemukset omalla tavallaan, niiden tuomia tietoja ja taitoja ei voida saavuttaa pelkästään virallisen koulutuksen avulla. (Vahtivaara 2010, 21.)

¹ Kainuun hyvinvointialue järjestää terveydenhuoltolain (L 1326/2010) mukaiset mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushoidon palvelut palvelualueella, joka on nimeltään mielenterveys- ja riippuvuushoidon palvelu. Toisaalta nämä palvelut ja niitä toteuttavat yksiköt tunnetaan myös mielenterveys- ja päihdepalveluina tai -yksikköinä. Tässä työssä käytetään termiä *mielenterveys- ja riippuvuushoito* viittaamaan näihin palveluihin ja hoitoihin, mukaan lukien päihdehoito.

Sosiaalialan opiskelijana haluan painottaa, että vaikka kehittämissi sijoittuu hallinnollisesti terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin, sen aiheet ovat sovellettavissa myös sosiaalipalveluihin. Kainuun hyvinvointialueella mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut on organisoitu terveyden- ja sairaanhoidon vastuulle. Nämä palvelut voivat kuitenkin kuulua myös sosiaalipalveluiden piiriin.

Kokemustiedon arvo perustuu sen konkreettisuuteen ja käytännönläheisyyteen, mikä erottaa sen perinteisestä teoreettisesta ja akateemisesta tiedosta. Kokemustieto ja tutkimustieto täydentävät toisiaan, sillä molemmilla on omat erityiset vahvuutensa ja heikkoutensa. Tieteellinen tieto pyrkii yleispätevyyteen ja objektiivisuuteen, ja se perustuu systemaattiseen tutkimukseen, tarkasti määriteltyihin menetelmiin ja tilastollisiin analyysihin, mikä tekee siitä luotettavaa ja yleistettävää. Samalla se voi kuitenkin jäädä etäiseksi arjen käytännöistä ja yksilöllisistä kokemuksista. Kokemustieto puolestaan tarjoaa syvällistä ymmärrystä arjen käytännöistä ja yksilöllisistä tilanteista, mutta sen subjektiivisuus voi rajoittaa sen yleistettävyyttä. Kokemustieto on usein nopeammin saatavilla ja välittömästi sovellettavissa, mutta sen luotettavuutta on vaikeampi arvioida systemaattisesti. Kokemustiedon avulla voidaan kuitenkin tuoda esiin näkökulmia ja tietoa, jotka saattaisivat jäädä huomaamatta tai aliarvostetuiksi perinteisissä asiantuntijakeskusteluissa. Eriyisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden kontekstissa kokemustieto voi olla merkittävä asiantuntijuuden perusta, sillä yksilölliset kokemukset voivat tarjota arvokasta näkökulmaa palveluiden kehittämiseen ja parantamiseen. (Jakonen 2017, 79–80, 104–109.) Kokemustieto ja perinteinen asiantuntijatiieto kohtaavat usein vastakkainasettelua, mikä voi johtua esimerkiksi siitä, ettei kokemustiedon luonnetta ole täysin ymmärretty (Kasila & Kettunen 2021, 10; Grahn, Kasila, Peränen, Savolainen & Kettunen 2021, 66–67).

Kokemustiedon ja tutkimustiedon välinen vuoropuhelu on tärkeää, sillä se laajentaa ymmärrystä ja tuo esiin monipuolisempia näkökulmia käsiteltäviin ongelmiin (Jakonen 2017, 108–109). Esimerkiksi kroonisten sairauksien hoidossa tieteellinen tutkimus voi tarjota näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, kun taas asiakkaiden kokemustieto voi paljastaa hoitojen käytännön haasteita ja auttaa räätälöimään hoitosuunnitelmia paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Lisäksi kokemustieto voi auttaa luomaan uusia, innovatiivisia ratkaisuja, jotka perustuvat sekä tieteelliseen näyttöön että käytännön kokemuksiin (Kettunen, Grahn, Peränen, Savolainen & Kasila 2021, 23–24; Kettunen & Kasila 2021, 115). Tällä tavoin saadaan aikaan monipuolisempia ja paremmin käyttäjiä palvelevia terveydenhuollon käytäntöjä. Kokemustiedon ja tieteellisen tiedon yhdistäminen voi johtaa kokonaisvaltaisempaan lähestymistapaan, joka ottaa huomioon sekä yleiset että yksilölliset näkökulmat. Tasapaino kokemustiedon ja tieteellisen tiedon välillä voi parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta, kun molempien tietolähteiden vahvuuksia hyödynnetään. (Kettunen & Kasila 2021, 112–115.)

2.2 Kokemustiedon historia ja kehitys asiakastyössä

Viime vuosikymmeninä sairauksiin liittyvää kokemustietoa on tutkittu monin eri tavoin. Thomasina Borkman käytti jo 1970-luvulla termiä *kokemustieto* viitaten sillä tietoon, joka perustuu henkilökohtaisiin kokemuksiin tietyistä ilmiöistä, kuten sairauksista. (Jones 2018, 171.) Myöhemmin tätä tutkimusta ovat jatkaneet muun muassa Caron-Flinterman, Broerse ja Bunders (2005) sekä Vennik, Adams, Faber ja Putters (2014). Tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaat arvostavat palveluja, joissa tietoa saadaan sekä lääkäreiltä että vertaisilta. Lääketieteellinen tieto koetaan luotettavaksi, kun taas kokemuspohjainen tieto koetaan käytännönläheisemmäksi. Potilaat saattavat kokea lääkäreiltä saadun tiedon liian rajoittuneeksi, ja vertaisilta saatu tieto täydentää ammattilaisten tietoa käytännön neuvoilla ja emotionaalisella tuella. (Vennik ym. 2014; Caron-Flinterman ym. 2005.) Esimerkiksi päihderiippuvuuden hoidossa vertaisilta saadut käytännön vinkit voivat merkittävästi parantaa potilaiden arkea ja elämänlaatua.

Suomessa potilailla on pitkään ollut oikeus osallistua omiin hoitopäätöksiinsä. Omakohtainen kokemustieto on kuitenkin saanut laajemman huomion terveyspolitiikassa vasta 2000-luvulla. Terveyspoliittisissa strategioissa ja ohjelmissa korostetaan osallisuuden lisäämistä ja kokemustiedon hyödyntämistä terveyspalvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja tuotannossa. Tämä suuntaus heijastaa laajempaa muutosta kohti asiakaslähtoisempää sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jossa asiakkaiden kokemuksia arvostetaan yhä enemmän. (Jones 2018, 172–173.)

Kokemusasiantuntijatermiä on käytetty Suomessa 1990-luvulta lähtien, jolloin mielenterveysjärjestöt alkoivat kouluttaa sairauksista toipuneita kokemusasiantuntijoiksi. Nykyisin useat järjestöt ja hyvinvointialueet kouluttavat kokemusasiantuntijoita, ja termiä käyttävät eri sairausryhmät sekä omaishoitajat. (Jones 2018, 172–173.) Kokemusasiantuntijat ovat henkilöitä, joilla on oma-kohtaista kokemusta sairaudesta ja jotka ovat prosessoineet nämä kokemukset kokemustiedoksi ja asiantuntijuudeksi (Nordling 2023, 78–80; Hietala & Rissanen 2015, 13–14; Jones 2018, 185; Jakonen 2017, 79). Kokemusasiantuntijuutta käsitellään tarkemmin luvussa 2.4. Sitä ennen tarkastellaan, kuinka kokemustietoa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveyspalveluissa.

2.3 Kokemustiedon hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

Nykyisin kokemustietoa hyödynnetään laajasti eri palveluissa, ja sen asema on parantunut merkittävästi. Aiemmin asiantuntijuus pohjautui pitkälti akateemiseen tietoon ja ammatilliseen kokeemukseen, mutta nykyisin kokemustieto tarjoaa arvokkaan lisän palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen yksilöllisten kokemusten kautta. Tämä muutos on tapahtunut erityisesti 2000-luvulla, jolloin kokemustiedon hyödyntäminen on yleistynyt ja se on tunnustettu viralliseksi osaksi palvelujärjestelmää. Kokemustieto tarjoaa näkemyksiä ja ratkaisuja, joita perinteiset asiantuntijat eivät välttämättä huomaa, mikä tekee siitä tärkeän osan nykyaikaisia sosiaali- ja terveyspalveluita. (Jakonen 2017, 69–70, 79–80, 108.) Kokemustiedon ja asiakkaiden osallisuuden avulla voidaan edistää palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeutta, parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja kehittää palveluja asiakaslähtöisemmiksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL] 2024).

Kokemustiedolla on lukuisia sovelluskohteita sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kokemustieto auttaa sairastuneita ja heidän läheisiään tarjoamalla toivoa ja konkreettisia neuvoja sekä tuomalla esiin sairauteen liittyviä haasteita. Esimerkiksi vertaistukiryhmissä ja potilasjärjestöissä jaettu tieto voi tarjota arvokasta tukea ja käytännön neuvoja arjessa selviytymiseen. Kokemusasiantuntijat voivat toimia vertaistukena ja tukihenkilöinä, mikä voi auttaa sairastuneita motivoitumaan ja tekemään elämäntapamuutoksia, kun neuvoja tarjoaa henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta samasta tilanteesta. (Jones 2018, 176–187.)

Toiseksi kokemustieto auttaa ammattilaisia ymmärtämään paremmin asiakkaiden kokemuksia, mikä voi parantaa asiakas-ammattilaisuusuhdetta sekä palvelu- ja hoitotuloksia. Ammattilaiset voivat oppia tunnistamaan paremmin asiakkaiden tarpeet ja toiveet, mikä johtaa yksilöllisempään ja asiakaslähtöisempään hoitoon. (Kasila & Kettunen 2021, 10; Kettunen & Kasila 2021, 113–115.) Kokemustieto voi siten muokata ammattilaisten asenteita niin, että he oppivat arvostamaan asiakkaiden kokemuksia ja kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä. Syvällisempi ymmärrys asiakkaiden kokemuksista voi myös auttaa vähentämään stigmaa ammattilaisten keskuudessa.

Kolmanneksi kokemustietoa hyödynnetään palvelujen kehittämisessä. Kokemusasiantuntijat voivat osallistua palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin sekä koulutuksiin ja tieteelliseen tutkimukseen. (Meriluoto 2015, 55–59.) Heidän asiantuntemustaan käytetään muun muassa työryhmissä, ohjausryhmissä, seminaareissa, rekrytoinneissa, asiakasraadeissa ja järjestöjen kehittämistehtävissä (Hietala & Rissanen 2015, 20–21; Nordling 2023, 28, 80). Yhteiskehittäminen tarkoittaa asiakkaiden osallistumista palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja päätöksente-

koon tasa-arvoisina kumppaneina ammattilaisten kanssa. Yhteiskehittäminen mahdollistaa asiakkaiden kokemustiedon hyödyntämisen palvelujen kehittämisessä, mikä voi parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta. Asiakkaat voivat osallistua yhteiskehittämiseen monin tavoin, mikä avaa uusia mahdollisuuksia parantaa hoidon vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta ja asiakkaiden omahoitoa. (Kettunen ym. 2021, 17–22.)

Kokemustiedon käyttö pyrkii vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa (Jones 2018, 173–174). Kun palvelujen käyttäjien kokemukset ja näkemykset otetaan huomioon, voidaan kehittää uusia toimintatapoja ja hoitomalleja, jotka vastaavat paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Tämä parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja syventää ymmärrystä sairauksista ja toipumisprosessista (Kettunen & Kasila 2021, 113–115; Nordling 2023, 197; Hietala & Rissanen 2015, 11–12). Lisäksi kokemusasiantuntijatoiminnalla voidaan vaikuttaa yhteiskuntaan, palvelujärjestelmään ja vallalla oleviin asenteisiin. Kokemusasiantuntijat voivat jakaa kokemuksiaan koulutuksissa opiskelijoille ja ammattilaisille, mikä edistää ymmärrystä ja empatiaa erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Siksi kokemusasiantuntijatoiminnan integroiminen osaksi palveluja on tärkeää. (Nordling 2023, 79, 197.) Kokemustiedon integroiminen edistää yhteistä oppimista ja uusien, innovatiivisten toimintamallien syntymistä, mikä vahvistaa palvelujen kokonaisvaltaista laatua ja vaikuttavuutta (Kettunen & Kasila 2021, 113–115). Kokemusasiantuntijatoiminta voidaan nähdä palvelujärjestelmässä keinona vähentää haavoittuvuutta heikommassa asemassa olevien ryhmien keskuudessa sekä lieventää sairauden aiheuttamia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä haittoja (Kasila & Kettunen 2021, 13).

Kokemustieto voi myös haastaa perinteiset tieto- ja valtakäsitykset sekä viranomaiskäytännöt ja kulttuuriset asenteet esittämällä vaihtoehtoisia näkemyksiä ja kyseenalaistamalla auttamistyön, joka perustuu pelkästään ammattilaisten asiantuntijuuteen. Tämä voi laajentaa ammattilaisten osaamista ja asiantuntijuutta, kun he omaksuvat uusia näkökulmia ja käytäntöjä asiakkaiden kokemusten perusteella. Asiakkaiden kokemukset voivat auttaa tunnistamaan palvelujen puutteita ja kehittämään niitä paremmin vastaamaan todellisia tarpeita. Kokemustiedon integroiminen terveydenhuoltoon edistää kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä lähestymistapaa, mikä parantaa terveysvaikutuksia ja omahoidon tasoa sekä vähentää palveluiden tarvetta ja kustannuksia. (Kasila & Kettunen 2021, 10–13; Kettunen & Kasila 2021, 113–115.)

2.4 Kokemusasiiantuntijuus

Kokemusasiiantuntijuutta voidaan tarkastella monista näkökulmista ja määritellä monin eri tavoin. Eri näkökulmille on yhteistä käsitys, että kokemusasiiantuntijuus pohjautuu henkilökohtaisiin kokemuksiin. (Kasila & Kettunen 2021, 11.) Jakosen (2017, 107) mukaan kokemusasiiantuntijuus on asiantuntemuksen muoto, joka kehittyy ajan myötä henkilökohtaisten kokemuksen kautta. Kasilan ja Kettusen (2021, 12) mukaan kokemusasiiantuntijuus on toimintatapa, jossa välitetään tietoa, tarjotaan tukea ja edistetään muutosta, ja se edellyttää omakohtaisten kokemusten omaksumista, jakamista, hyödyntämistä ja jalostamista. Kokemusasiiantuntijuutta käytetään yleiskäsitteenä, joka kattaa kokemusasiiantuntijoiden roolit sekä erilaiset vertaistuen ja -toiminnan muodot (Hietala & Rissanen 2015, 19).

Kokemusasiiantuntijoiden roolit voidaan jakaa auttajiin, kehittäjiin ja vaikuttajiin. Auttajan roolissa kokemusasiiantuntijat toimivat esimerkiksi vertaisryhmissä tai tukihenkilöinä. Vertaistointi on yksi tärkeimmistä auttamisen muodoista. Kehittämistyössä kokemusasiiantuntijat osallistuvat palvelujen suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen esimerkiksi asiakasraadeissa ja kehittämishankkeissa. Tämä monipuolistaa kehittämistyötä sekä vahvistaa päätösten ja suunnitelmien perustaa. Vaikuttaminen on olennainen osa kokemusasiiantuntijuutta, ja se ilmenee selkeästi heidän näkökulmissaan. Vaikuttamisen rooli erottaa kokemusasiiantuntijuuden pelkästä vertaisuudesta. Vaikuttamista voi tapahtua esimerkiksi median, yhteiskunnan tai koulutuksen kautta. (Meriluoto 2015, 55–59.)

Kokemusasiiantuntijuutta voidaan hyödyntää monilla eri toimijanimikkeillä, kuten kokemusasiiantuntijana, kokemustoimijana, kokemuskouluttajana, kokemuspuhujana, kehittäjäasiakkaana ja vertaisohjaajana (Hietala & Rissanen 2015, 19–29; Nordling 2023, 80). Nimikkeiden vaihtelu heijastaa kokemusasiiantuntijoiden monipuolisia tehtäviä ja rooleja, mutta myös toiminnan vakiintumattomuutta. Terveyspalveluissa kokemusasiiantuntijuus tarkoittaa, että yksilöllä on kokemustietoa sairastamisesta ja hoidossa olemisesta. Mielenterveys- ja päihdetyössä kokemusasiiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdehäiriöstä joko sairastavana, toipuneena, palvelunkäyttäjänä, läheisenä tai omaisena. (Nordling 2023, 78–80; Hietala & Rissanen 2015, 13–14.) Kokemusasiiantuntijan tieto on usein konkreettista ja käytännönläheistä, ja se tarjoaa arvokkaita näkökulmia sosiaali- ja terveysalalla (Jakonen 2017, 79–80, 107–109; Hietala & Rissanen 2015, 13–16; Kasila & Kettunen 2021, 12–13).

Jokainen voi hyödyntää omia kokemuksiaan ja olla oman elämänsä asiantuntija, mutta pelkkä kokemus ei riitä tekemään yksilöstä kokemusasiantuntijaa. Kokemusasiantuntijaksi tuleminen edellyttää koulutusta, joka auttaa jäsentämään henkilökohtaista tietoa. Lisäksi kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää kykyä reflektoida omia kokemuksia ja tehdä yhteistyötä ammattilaisten kanssa, mikä edellyttää riittävän pitkälle edennyttä toipumisprosessia, jolloin kokemuksia on käsitelty perusteellisesti. (Hietala & Rissanen 2015, 14.) Ilman tätä prosessia kokemusasiantuntijan tehtävissä toimiminen voi olla haastavaa, ja kokemusten hyödyntäminen esimerkiksi palveluiden kehittämisessä voi jäädä tehottomaksi (Jones 2018, 185; Jakonen 2017, 79). Koulutuksella on keskeinen rooli, kun yksilö prosessoi kokemuksensa asiantuntijuudeksi (Nordling 2023, 134). Lisäksi koulutus voidaan nähdä osana kuntoutusta ja mahdollisena hoidon viimeisenä vaiheena yksilön toipumisprosessissa. Koulutuksen yleistymisen myötä kokemusasiantuntijoiden vertaistukseen perustuva vapaaehtoistyö on laajentunut palkkio- ja palkkaperusteiseksi työksi, johon voi kuulua esimerkiksi erilaisissa tilaisuuksissa puhuminen, vertaisryhmien ohjaaminen ja työskentely ammattilaisen työparina (Nordling 2023, 78–80, 134).

2.5 Kokemustiedon haasteet ja mahdollisuudet

Kokemustiedon hyödyntämiseen liittyy sekä haasteita että mahdollisuuksia. Haasteisiin kuuluu muun muassa se, että kokemustietoa kohtaan esiintyy kritiikkiä ja vastustusta (Grahm ym. 2021, 66–67). Kokemustiedon arvoa ei aina tunnusteta yhtä merkittäväksi kuin tieteellisen tutkimustiedon arvoa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vaikka kokemusasiantuntijat osallistuvat terveyspalveluiden toteuttamiseen, heidän tietämyksellään ei ole samanlaista arvoa kuin tutkimustiedolla. Tämä johtuu usein siitä, että kokemustieto on luonteeltaan subjektiivista ja yksilöllistä, mikä saattaa vaikeuttaa sen yleistettävyyttä ja luotettavuuden arviointia. (Jones 2018, 173, 185.) Jokainen yksilö kokee ja tulkitsee omat kokemuksensa omista lähtökohdistaan, ja siksi kokemustietoon tulee suhtautua samalla kriittisyydellä kuin muuhunkin tietoon. On tärkeää, että kokemustiedon jakaja korostaa tiedon subjektiivisuutta ja tunnustaa sen rajoitukset. (Vahtivaara 2010, 21–23.)

Kokemustiedon keskeinen tarkoitus ei ole yleistettävyyys, vaan uusien ja arvokkaiden näkökulmien tarjoaminen (Vahtivaara 2010, 22–23). Jokaisen yksilön kokemukset ja tulkinnat ovat arvokkaita – jopa yksittäinen kokemus voi olla arvokkaampi kuin kokemustiedon täydellinen puuttuminen. Vaikka yksilöllisiä kokemuksia ei voida yleistää, ne voivat silti olla arvokkaita, kun niitä jaetaan ja

analysoidaan yhdessä muiden kanssa. Tämä prosessi voi muuttaa yksilölliset kokemukset kollektiiviseksi tiedoksi, joka yhdistää erilaiset näkökulmat ja käsitykset yhdeksi kokonaisuudeksi. (Beresford & Salo 2008, 50–52.) Kollektiivinen tieto on vankempaa kuin yksilöllinen tieto ja voi tuottaa asiantuntijuutta, joka ylittää yksilölliset kokemukset (Kasila & Kettunen 2021, 12; Caron-Flinterman ym. 2005). Kyse ei siis ole vain subjektiivisista kokemuksista. Analysoimalla ja reflektoidulla yksilöllisiä kokemuksia voidaan edistää asiakasnäkökulman ymmärtämistä ja oppia uutta (Kolb 1984, 30–34).

Kokemustiedon ja kokemusasiantuntijuuden integroimiseen liittyy rakenteellisia haasteita. Kokemusasiantuntijoiden yhteiskunnallinen asema voi olla horjuva, ja heidän tietonsa saatetaan aliarvioida tai kyseenalaistaa. Näiden haasteiden lisäksi kokemusasiantuntijuuden integroiminen perinteisiin asiantuntijaorganisaatioihin voi vaatia asenteiden ja toimintatapojen muutosta. Yhteistyön edistämiseksi on tärkeää luoda selkeitä toimintamalleja ja tarjota jatkuvaa koulutusta sekä kokemusasiantuntijoille että ammattilaisille. (Jakonen 2017, 79–80, 107–109.)

Kokemusasiantuntijuus tarjoaa myös monia mahdollisuuksia. Se tarjoaa merkittäviä keinoja rikastuttaa asiantuntijatyötä ja tuoda siihen uusia, käytännönläheisiä näkökulmia (Jakonen 2017, 80). Se on myös keskeisessä roolissa asiakkaiden tarpeiden ja oikeuksien esiin tuomisessa sekä heidän äänensä vahvistamisessa palvelujärjestelmässä. Kokemusasiantuntijat vaikuttavat ammattilaisten ajattelutapoihin ja toimintakäytäntöihin edistäen asiakaslähtöistä ja empaattista työskentelyä. Kokemusasiantuntijoiden panos voi lisätä ammattilaisten ymmärrystä asiakkaiden kokemuksista ja edistää joustavampaa toimintakulttuuria, joka huomioi paremmin yksilölliset tarpeet. (Kettunen ym. 2021, 31–33.) Vuorovaikutus kokemusasiantuntijoiden kanssa lisää asiantuntijoiden ja asiakkaiden välistä dialogia, mikä voi muuttaa asiantuntijoiden suhtautumista asiakkaisiin (Kettunen & Kasila 2021, 113; Meriluoto & Marila-Penttinen 2015b, 44–45).

Kokemusasiantuntijat voivat osallistua monipuolisesti terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan. He tuovat kehittämiseen asiakkaiden äänen, mikä lisää ammattilaisten ymmärrystä asiakkaiden tarpeista. Tämä ei ainoastaan paranna palvelujen laatua, vaan edistää myös kokemusasiantuntijoiden kuntoutumista, kuten työhön paluuta (Meriluoto & Marila-Penttinen 2015a, 30–31; Meriluoto 2015, 71–72). Kokemusasiantuntijuus ei ainoastaan täydennä perinteistä asiantuntijatietoa, vaan tarjoaa myös kokemuspohjaisia näkökulmia, jotka haastavat vakiintuneita ajattelutapoja. Kokemusasiantuntijat tuovat esiin hiljaista ja marginaalissa olevaa tietoa, joka muuten saattaisi jäädä huomaamatta. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen palvelujen suunnitteluun voi myös purkaa yhteiskunnallisia ennakkoluuloja ja korjata käsityksiä, jotka voivat heikentää palvelujärjestelmän toimivuutta. (Jakonen 2017, 80, 109.)

3 Riippuvuus

Tässä luvussa tarkastellaan riippuvuuden ja addiktion käsitteitä sekä perehdytään päihderiippuvuuteen, toiminnallisiin riippuvuuksiin sekä päihde- ja riippuvuushoidon lainsäädännöllisiin lähtökohtiin. Päihderiippuvuus on keskeinen tarkastelun kohde, sillä se oli merkittävä teema kehittämistyöpajassa ja sen kautta asiakkaiden näkökulmia tuotiin esiin sekä työpajassa että puheenvuorossa. Päihderiippuvuuden kattava käsittely on olennaista, sillä se tarjoaa tutkimustietoa ilmiön monimuotoisuuden ymmärtämiseksi, syventää käsitystä sen vaikutuksista ja tukee näin toipumisorientaation mukaista työskentelyä. Lisäksi tarkastelun tavoitteena on vähentää riippuvuuksiin liittyvää stigmaa. Toiminnallisten riippuvuuksien tarkastelu täydentää kuvaa ilmiön laajuudesta ja monimuotoisuudesta. Riippuvuuksien monipuolinen tarkastelu auttaa syventämään ymmärrystä asiakkaiden kokemuksista, asemasta ja ajattelutavoista, mikä on olennaista toipumisorientaatioajattelun kehittymiselle.

3.1 Mitä riippuvuus on?

Ihminen on syntymästään asti riippuvainen itsensä ulkopuolisista tekijöistä, kuten toisista ihmisistä. Ihmisen kasvu ja kehitys perustuvat erilaisiin riippuvuuden ja riippumattomuuden tarpeisiin. Itsenäisyyden ja autonomisuuden kehittyminen perustuu riippumattomuuteen. Lapsi alkaa harjoitella riippumattomuuttaan jo muutaman kuukauden iässä. Riippumattomuutta edeltää *myönteinen riippuvuus*, joka tarkoittaa omien taitojen ja voimavarojen rajallisuuden hyväksymistä sekä tilanteeseen sopeutumista. Tällöin ihminen luottaa omien tarpeidensa tyydytyksessä itsensä ulkopuoliseen tukeen. (Havio, Inkinen & Partanen 2014, 40–41.)

Yksilön tarpeiden tyydyttäminen kehittää *myönteistä riippumattomuutta*. Tällöin hän oppii aloitteellisuutta ja turvautumaan muiden apuun omien tarpeidensa tyydyttämisessä ilman, että avunpyytäminen vaikuttaisi kielteisesti hänen itsetuntoonsa. Tarpeiden tyydyttämättä jääminen johtaa puolestaan *kielteisen riippumattomuuden* kehittymiseen. Tämä voi tapahtua esimerkiksi silloin, kun lapsi ei saa yrityksistään huolimatta lohtua ja apua vanhemmiltaan. Tämän seurauksena hän oppii kieltäytymään ulkopuolisesta avusta. Kun lapsi oppii luottamaan muiden tarjoamaan apuun ja samalla itseensä, hänen riippuvuus- ja riippumattomuuskäyttäytymisensä kehittyvät terveellä tavalla. Jos lapsi ei saa tarvitsemaansa tukea, hän oppii selviytymään keinoilla, jotka eivät

välttämättä tue hänen kehitystään optimaalisesti. Tämä voi johtaa kielteisen riippuvuuden kehittymiseen. (Havio ym. 2014, 40–42.)

Kielteinen riippuvuus ilmenee elämäntilanteeseen soveltumattomina selviytymiskeinoina, liiallisena turvautumisena ulkopuolisiin kohteisiin sekä liiallisena kiintymisenä riippuvuuden kohteeseen. Kielteisen riippuvuuden kohde voi olla mikä tahansa yksilön kielteiseksi kokema toistuva käyttäytymistapa. Kielteinen riippuvuus ilmenee usein pakonomaisina toimintoina, kuten päihteiden käyttönä, pelaamisena, syömisenä ja liiallisena liikuntana. Kielteiseen riippuvuuteen liittyy yksilön heikentynyt kyky hallita käyttäytymistään sekä voimakas taipumus palata toimintaan sen lopettamisen jälkeen. Yleensä pakonomaisesta käyttäytymisestä aiheutuu sen harjoittajalle haittaa. (Havio ym. 2014, 40–42.) Kielteinen riippuvuusikäyttäytyminen ilmenee monen asteisena, joten on vaikea määrittää, milloin on kyse pakonomaisesta käyttäytymisestä ja milloin pakonomaisesta riippuvuudesta – addiktiosta (Koski-Jännes 1998, 34).

3.2 Addiktiivinen riippuvuus

Addiktio tarkoittaa voimakasta ja pakonomaista kielteistä riippuvuutta, joka kohdistuu tiettyyn toimintaan tai aineeseen (Koski-Jännes 1998, 24, 29; Havio ym. 2014, 43). Termit *addiktio* ja *riippuvuus* viittaavat usein samaan ilmiöön (Koski-Jännes 1998, 24), ja tässä työssä ilmiöstä käytetään termiä *riippuvuus* sen yleisyyden ja käytettävyyden vuoksi². Riippuvuudet voidaan jakaa aineriippuvuuksiin ja toiminnallisiin riippuvuuksiin (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 18). Aineriippuvuus tarkoittaa tilaa, jossa yksilö tulee riippuvaiseksi kemiallisesta aineesta, kuten huumesta, alkoholista tai lääkeaineesta. Toiminnallisessa riippuvuudessa riippuvuus kohdistuu aineen sijasta toimintaan, kuten rahapeleihin (Castrén & Alho 2020, 9). Aineet tai toiminnot, joihin riippuvuus kehittyy, ovat luonteeltaan sellaisia, että ne heikentävät yksilön kykyä käyttää itsehillintää tai muuttavat motivaatiomekanismia siten, että toiminnasta tulee erittäin palkitsevaa (West & Brown 2013, 241).

² Riippuvuuden termistö ei ole vakiintunut yhtenäiseksi (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110). Termeillä *addiktio* ja *riippuvuus* on hieman eri sävyt, ja niitä käytetään hieman eri tavoin sekä alan kirjallisuudessa että arkieleessä. Englanninkielisistä termeistä *addiction* ja *dependence* on käyty keskustelua, ja molempien termien puolesta löytyy perusteluja (West & Brown 2013, 12–13). DSM-5-tautiluokituksessa käytetään termiä *Substance Use Disorder* eli *päihdehäiriö*. Tämä päihderiippuvuutta neutraalimpi termi kuvaa päihdehäiriötä koko skaalaltaan lievästä vakavaan ja krooniseen tilaan. Termi *addiction* on jätetty pois DSM-5-tautiluokituksesta epävarman määritelmän ja mahdollisten negatiivisten mielleyhtymien vuoksi. (American Psychiatric Association 2013, 485.)

Riippuvuuden keskeinen ominaisuus on pakonomainen halu toimintaa, kuten päihteiden käyttöä, kohtaan (Koski-Jännes 1998, 28; Poikolainen 2003a, 77; Castrén & Alho 2020, 9). Halu viittaa tunteeseen, mutta Westin ja Brownin (2013, 97) mukaan kyseessä on enemmän kuin pelkkä tunne – ennemminkin motivaatiotila. Riippuvainen yksilö voi kokea halun niin voimakkaana, että se hallitsee hänen ajatuksiaan, tunteitaan ja toimintaansa, jolloin muut tekijät jäävät huomiotta. Vaikka tilanteeseen, kuten päihteiden käyttöön, voidaan katsoa kuuluvan valinnan mahdollisuus, riippuvaiselle kyse on enemmän pakosta kuin aidosta valinnasta. (West & Brown 2013, 97.)

Riippuvuudelle on ominaista, että toiminta tai aineen käyttö muuttuu elämän keskeiseksi tekijäksi ja jatkuu haitallisista seurauksista huolimatta (Poikolainen 2003a, 77; Castrén & Alho 2020, 11). Riippuvuuden eteneminen aiheuttaa monenlaisia haittoja (Havio ym. 2014, 66–91; Poikolainen 2003b, 42–45), jotka usein toimivat herätteenä muutokselle ja johtavat lopettamisyrityksiin (Koski-Jännes 1998, 81). Riippuvuuden keskeisiä piirteitä ovat toiminnan tai aineen aiheuttama sietokyvyn kasvu (toleranssi) sekä vieroitusoireet, jotka ilmenevät toiminnan tai aineen käytön lopettamisen tai vähentämisen yhteydessä (Poikolainen 2003a, 77; Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 111–114, 117–118). Nämä piirteet erottavat riippuvuudet muista pakonomaisista toiminnoista (Koski-Jännes & Korkeila 2021).

Riippuvuus ilmenee yleensä liiallisena ja toistuvana käyttäytymisenä, jonka tahdonalainen hallinta on usein erittäin haastavaa. Riippuvuus tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta merkittävänä haittana on, että siitä irrottautuminen on vaikeaa. Riippuvuuden alkuvaiheessa toiminta tai aine tuottaa voimakasta mielihyvää, mikä lisää sen vetovoimaa ja vahvistaa käyttäytymismallia. Riippuvuuden jatkuessa siihen liittyy yhä enemmän epämiellyttäviä tunteita, kuten syyllisyyttä ja ahdistusta. Nämä epämiellyttävät tunteet ovat yleisiä myös lopettamisyritysten yhteydessä, mikä tekee riippuvuudesta irtautumisen entistä vaikeammaksi. (Koski-Jännes 1998, 24, 28.)

Riippuvuudet uusiutuvat usein. Hetkelliset elämän kriisit ja muut kielteiset tapahtumat voivat johtaa relapsiin eli retkahtamiseen, joka tarkoittaa paluuta vanhaan käyttäytymismalliin (Havio ym. 2014, 49). Relapsit ovat yleisiä, koska ensimmäiset lopettamisyritykset ovat usein tehottomia (West & Brown 2013, 237). Relapsia edeltää usein pidempi tyytymättömyys elämäntilanteeseen, mikä lisää halua saada helpotusta ja mielihyvää päihteistä (Koski-Jännes 1998, 35). Relapsin todennäköisyys on suurimmillaan pidättäytymisyrityksen alkuvaiheessa ja vähenee ajan myötä. Relapsit tapahtuvat usein voimakkaan kiusauksen tai koetun tarpeen, kuten stressin lievittämisen tai tylsyyden tunteen, seurauksena. Ne voivat kuitenkin tapahtua myös ilman ulkoista syytä. Relapsi voidaan nähdä oppimiskokemuksena, joka johtuu riittämättömistä selviytymisstrategioista.

Siten sen voidaan katsoa olevan luonnollinen osa toipumisprosessia. Relapsi voi tapahtua nopeasti riippuvuuskäyttäytymisen loppumisen jälkeen tai vasta vuosien päästä. (West & Brown 2013, 102, 238.) Yksilö voi esimerkiksi ajan myötä harhautua kuvittelemaan, että onnistuisi tällä kertaa hallitsemaan päihteiden käyttöönsä.

Riippuvaiset voivat vaihtaa riippuvuutensa toiseen. Näennäisesti voitettu riippuvuuskäyttäytyminen voi tällä tavoin korvautua uudella riippuvuudella. Tämä johtuu riippuvuuden psykologisesta luonteesta. Kun yksilö on oppinut käyttämään jotakin ainetta tai toimintaa sisäisen tilansa muokkaamiseen, hän löytää helposti muita korvaavia aineita ja toimintoja samaan tarkoitukseen, vaikka riippuvuus yhteen poistuisikin. Esimerkiksi päihderiippuvuus voi korvautua peliriippuvuudella, jolloin se palvelee samoja tarpeita kuin alkuperäinen riippuvuus. Riippuvuuskäyttäytymisen lopettamiseksi on välttämätöntä rakentaa terveempiä toimintamalleja. (Koski-Jännes 1998, 36.)

Ihmisillä on vaihteleva alttius kehittää riippuvuuksia. Jotkut voivat käyttää addiktiivisia aineita tai harjoittaa addiktiivisia toimintoja ilman riippuvuuden muodostumista, kun taas toiset kehittävät riippuvuuden nopeasti ja kokevat riippuvuuskäyttäytymisen lopettamisen vaikeaksi. (Havio ym. 2014, 42; Granström & Kuoppasalmi 2003, 29–30.) Yksilöllinen alttius riippuvuuteen koostuu monista tekijöistä. Näitä ovat esimerkiksi vähäisempi kyky käyttää itsehillintää, taipumus muodostaa assosiatiivisia yhteyksiä palkintoihin, taipumus tunnekokemuksiin, jotka tekevät riippuvuuskäyttäytymisestä palkitsevaa, riippuvuuskäyttäytymiseen taipuvainen identiteetti sekä fysiologinen alttius riippuvuuskäyttäytymisen vaikutuksille. Kun riippuvuus on kehittynyt, yritykset hallita käyttäytymistä ilman täydellistä pidättäytymistä ovat usein epäonnistuneita. Useimmissa tapauksissa vain täydellinen pidättäytyminen tarjoaa kestävänsä tavan hallita riippuvuutta. (West & Brown 2013, 238, 242.)

Riippuvuutta ei ole määritelty tietyksi yksittäiseksi sairaudeksi tai häiriöksi. Siten riippuvuudelle ei ole myöskään määritelty yleisiä kriteerejä kansainvälisissä tautiluokitusjärjestelmissä, vaan useat eri tautiluokat sisältävät riippuvuuden piirteitä. (Koski-Jännes 1998, 29.) Eri päihteillä on omat diagnoosikriteerit, samoin toiminnallisilla riippuvuuksilla. Seuraavaksi perehdytään tarkemmin päihderiippuvuuteen ja toiminnallisiin riippuvuuksiin.

3.3 Päihderiippuvuus

Päihderiippuvuus tarkoittaa päihteiden käytön vakavaa häiriötä, jossa riippuvuus kohdistuu päih-teeseen eli päihdyttävään aineeseen (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 113). Näistä yleisimpiä ovat alko-holi, opioidit, amfetamiini, kannabis ja kokaiini (Poikolainen 2003a, 76). Päihteillä on erilaisia riip-puvuutta aiheuttavia ominaisuuksia, jotka ovat samankaltaisia kaikkien päihteiden välillä. Tästä syystä päih-teisiin kehittyvä riippuvuus on samankaltainen esimerkiksi huumausaineiden ja alko-holin kohdalla. (Kiianmaa 2015a, 35.) Kaikille riippuvuutta aiheuttaville aineille on keskeistä, että ne vaikuttavat suoraan keskushermostoon ja muokkaavat aivojen mielihyvän tuottamiseen liitty-viä toimintoja (West & Brown 2013, 30; Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110). Päihderiippuvuuteen liittyy voimakas motivaatio harjoittaa palkitsevaa toimintaa, ja päih-teeseen kohdistuu usein pakon-omainen himo (West & Brown 2013, 229). Useimmat päih-teet aiheuttavat voimakkaan hy-vänolontunteen, joka on käyttäjälle palkitseva (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110; Kiianmaa 2015b, 36; Koski-Jännes 1998, 28). Päihteiden käytöllä tavoitellaan usein välitöntä tyydytystä ja mielihyvän tunnetta. Päih-teet voivat olla palkitsevia myös siksi, että ne lievittävät epämiellyttäviä tuntemuk-sia. Alkuvaiheessa positiiviset odotukset vaikutuksista ovat yleensä merkittäviä, mutta myöhem-min keskeiseksi tulee epämiellyttävien tuntemusten välttäminen. (West & Brown 2013, 30; Havio ym. 2014, 43–44.)

Päihderiippuvuus on krooninen sairaustila (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110; West & Brown 2013, 16), joka kehittyy yleensä hitaasti toistuvien kokemusten kautta (Havio ym. 2014, 44; West & Brown 2013, 30, 229). Tämä tila ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä, koska sen rajat ovat epä-määräiset (West & Brown 2013, 229). Riippuvuutta lievempiä tiloja kutsutaan *päih-teiden haital-liseksi käytöksi, ongelmakäytöksi tai väärinkäytöksi* (Poikolainen 2003a, 76). Termi *päihdehäiriö* puolestaan kattaa sekä riippuvuuden lievemmät että vakavammat muodot (American Psychiatric Association 2013, 485).

Ajan myötä kehittyvä riippuvuus johtaa merkittäviin haittoihin, kuten terveyden heikkenemiseen (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110; Poikolainen 2003b, 42; Aalto 2015a, 13–14), ja se on usein jatku-essaan hengenvaarallinen sairaus (West & Brown 2013, 20). Päihderiippuvuus johtaa toleranssiin ja kyvyttömyyteen hallita päih-teen käyttöä haitoista huolimatta (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 113). Päihderiippuvuuteen liittyy fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita, kuten vapinaa, hikoilua, pahoin-vointia, ärtyneisyyttä, ahdistusta, levottomuutta ja keskittymisvaikeuksia (Havio ym. 2014, 73–74, 89; Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117; West & Brown 2013, 231).

Päihdehäiriöihin liittyvä keskustelu kohdistuu usein motivaatioon ja varsinkin sen puutteeseen (Havio ym. 2014, 44). Westin ja Brownin (2013, 4) mukaan riippuvuus on ennen kaikkea motivaatiojärjestelmän häiriö. Tämä johtuu siitä, että riippuvuus ilmenee toistuvina epäonnistumisina pidättäytyä haitallisesta käyttäytymisestä, vaikka yksilö on päättänyt lopettaa. Riippuvuudessa tietulle toiminnalle annetaan epänormaalin korkea prioriteetti, mikä johtaa motivaatiotekijöiden epätasapainoon ja käyttäytymisen hallinnan menetykseen. Motivaatiojärjestelmä on luonteeltaan dynaaminen ja vaatii jatkuvaa tasapainottamista. Ilman tätä tasapainoa järjestelmä ajautuu helposti ei-toivottaviin suuntiin. Lisäksi riippuvuus liittyy oppimisprosesseihin, joissa palkkiot ja rangaistukset muodostavat vahvoja assosiaatioita, mikä tekee käyttäytymisestä automaattista ja vaikeasti hallittavaa. (West & Brown 2013, 1–9.)

Lääketieteellisissä tautiluokituksissa päihderiippuvuus määritellään päihderiippuvuusoireyhtymäksi (Poikolainen 2003a, 76). Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10-tautiluokituksessa lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat riippuvuusoireyhtymät on määritelty diagnoosiryhmissä F10–F19 (THL 2011, 241–256). Päihderiippuvuudelle on määritelty kuusi kriteeriä. Diagnoosi edellyttää, että vähintään kolme näistä kriteereistä esiintyy samanaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti lyhyempinä jaksoina viimeisen vuoden aikana. (World Health Organization 2004, 75–76; Poikolainen 2003a, 77.) Päihderiippuvuuden kriteerit on esitetty taulukossa 1. On syytä korostaa, että eri päihteillä ja eri päihteisiin kohdistuvilla riippuvuuksilla on myös eroja. Esimerkiksi jotkut päihteet vaikuttavat stimuloivasti, kun taas toiset vaikuttavat rauhoittavasti tai lamaannuttavasti (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110). Huumeriippuvuuden ja alkoholiriippuvuuden välillä on eroja muun muassa käyttöön liittyvissä riskeissä, fyysisissä vaikutuksissa ja hoidon tarpeissa (Huumeongelmat 2022; Alkoholiongelmat 2018).

Taulukko 1. Päihderiippuvuuden kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (Poikolainen 2003a, 77)

1	Esiintyy voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihdettä.
2	Kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt.
3	Esiintyy vieroitusoireita päihteen käytön päättyessä tai vähentyessä. Ne voivat ilmetä (a) käytetylle päihteele tyypillisenä vieroitusoireyhtymänä tai (b) alkuperäisen tai muun samankaltaisesti vaikuttavan päihteen käyttönä vieroitusoireiden lievittämiseksi.
4	Sietokyky kasvaa. Tämä voi ilmetä siten, että (a) käytettyä annosta suurennetaan päihtymyksen tai entisen vaikutuksen saavuttamiseksi tai (b) entinen annos tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen käytön jatkuessa.
5	Käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi. Tämä voi ilmetä (a) muista merkittävistä kiinnostuksen kohteista tai tyydytyksen lähteistä luopumisena joko osittain tai kokonaan tai siten, että (b) tuntuva osa ajasta kuluu päihteen hankkimiseen, käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen.
6	Käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen tai joista hänen voidaan olettaa olevan tietoinen.

Kriteereistä huolimatta päihderiippuvuuden määrittely on haastavaa. Ei ole olemassa laboratoriotestiä, joka yksiselitteisesti osoittaisi yksilön olevan päihderiippuvainen. Ainoa keino määritellä riippuvuus on oireiden tutkiminen. Oireet voivat johtua monista eri syistä ja ilmetä eri yksilöillä eri tavoin. Diagnostiset kriteerit jättävät runsaasti tulkinnanvaraa. Kuinka voimakasta himoa yksilön on tunnettava, jotta kriteeri täyttyy? Kuinka voimakkaita vieroitusoireiden on oltava? Toisaalta, jos pystymme arvioimaan himon voimakkuutta, voimme sen perusteella arvioida riippuvuuden voimakkuutta. (West & Brown 2013, 20.)

3.3.1 Päihderiippuvuuden synty, kehitys ja selitysmallit

Päihderiippuvuus on moniulotteinen ilmiö, jonka ymmärtäminen edellyttää perehtymistä sen syntyyn, kehitykseen ja selitysmalleihin. Riippuvuuden taustalla on monimutkaisia prosesseja, joita on pyritty selittämään useilla teoreettisilla lähestymistavoilla. Tässä luvussa tarkastellaan tiiviisti riippuvuuden syntymekanismeja ja nykytutkimuksen esille tuomia keskeisiä kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Aihe on keskeinen toipumisorientaation kannalta, sillä käsitykset riippuvuuden synnystä ja kehityksestä vaikuttavat asenteisiin asiakkaita ja heidän taustojaan kohtaan.

Riippuvuuksien synty ja kehitys

Oppimispsykologian mukaan ihminen valitsee mieluummin pienemmän palkinnon välittömästi kuin suuremman palkinnon myöhemmin (Koski-Jännes 1998, 31). Välitön palkinto vahvistaa käyttäytymistä tehokkaammin kuin myöhemmin saatu palkinto (Havio ym. 2014, 43). Riippuvuuden kehittyminen erilaisiin kohteisiin, kuten huumeisiin ja rahapeleihin, osoittaa, että näiden tyydytyksen lähteiden psykologinen merkitys on usein symbolinen. Päihderiippuvuuden todellinen kohde ei siis ole itse päihde, vaan psyykkinen tila, joka päihteen avulla pyritään saavuttamaan. Riippuvuudessa olennaisinta ei välttämättä ole edes tavoiteltu tila, vaan se, kuinka nopeasti tähän tilaan päästään. Siten riippuvuus ei välttämättä kehity ensisijaisesti päihtymyksen tuottamiin elämyksiin, vaan siihen välittömään helpotukseen, joka päihteen nauttimisesta seuraa. Erilaisiin päihteesiin kehittyä hieman erilainen riippuvuus, ja riippuvuus voi kehittyä vastaamaan erilaisia psykologisia tarpeita, kuten emotionaalista tukea, turvallisuuden tunnetta tai stressinhallintaa. (Koski-Jännes 1998, 31–33.) Päihteistä voi tulla esimerkiksi puuttuvien asioiden korvike, turvaa antava tekijä, lohduke tai selviytymiskeino.

Päihderiippuvuuden kehittyminen

Päihderiippuvuuden kehittyminen on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat lukuisat eri tekijät. Vain pieni osa päihteitä käyttävistä ihmisistä kehittää lopulta riippuvuuden. On arvioitu, että vakavimmat riippuvuusoireet ja käyttäytymismallit kehittyvät lopulta vain noin 10 prosentille henkilöistä, jotka altistuvat riippuvuutta aiheuttaville päihteille. Yksilön alttiuteen kehittää riippuvuus vaikuttavat monet geneettiset, ympäristö- ja sosiaaliset tekijät. (Volkow, Koob & McLellan 2016, 367–368.) Päihderiippuvuuden kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi päihteen fysiologiset ja neurobiologiset vaikutukset elimistössä sekä käyttäjän yksilölliset fyysiset piirteet, persoonallisuuden rakenne, psyykkinen kapasiteetti sekä yhteisölliset ja kulttuuriset tekijät

(Havio ym. 2014, 43). Lisäksi päihderiippuvuudelle voivat altistaa esimerkiksi perhetausta, varhainen päihteiden käytön aloittaminen, riskialtis ympäristö ja tietyt mielenterveyden häiriöt (Volkow ym. 2016, 367). Perinnöllisten tekijöiden vaikutusta riippuvuuksien syntyyn on tutkittu, ja esimerkiksi alkoholiriippuvuuden kohdalla on arvioitu, että perinnöllisten tekijöiden osuus on noin 50 % (Hyytiä 2003, 33).

On tärkeää huomioida, että päihteiden käyttöön liittyy aina monimutkainen vuorovaikutus biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden välillä (Granström & Kuoppasalmi 2003, 29). Näin ollen useat altistavat tekijät voivat vaikuttaa päihderiippuvuuden kehittymiseen. Vaikka pitkäaikainen altistuminen päihteille on välttämätöntä riippuvuuden kehittymiselle, se ei yksin riitä (Volkow ym. 2016, 368).

Dopamiinin rooli riippuvuuden kehittämisessä

Useat nykyiset teoriat riippuvuussairauksien synnystä liittyvät dopamiinijärjestelmän toiminnan häiriöön. Dopamiini on hermovälittäjäaine, jolla on keskeinen rooli aivojen palkitsemisjärjestelmässä. Dopamiini on olennainen oppimisen ja motivaation säätelyssä, ja sen puute voi estää oppimisen sekä palkitsevien ärsykkeiden hakemisen. Dopamiini osallistuu mielihyvän ja palkitsemisen kokemuksiin, joten se on merkittävä tekijä motivaation säätelyssä. Päihteet voivat vaikuttaa dopamiinin aktiivisuuteen muuttaen palkitsemisjärjestelmän toimintaa. Dopamiinijärjestelmän häiriintyminen on siten keskeinen tekijä päihderiippuvuuden kehittämisessä. (Wise & Jordan 2021.)

Kaikki päihteet stimuloivat aivojen palkitsemisalueita, mikä aiheuttaa dopamiinin määrän huomattavan lisääntymisen. Dopamiinin lisäys aktivoi palkitsemisignaalin, joka puolestaan käynnistää assosiativisen oppimisen eli ehdollistumisen prosessin. Tämän seurauksena syntyneet ehdollistuneet ärsykkeet voivat edelleen aiheuttaa voimakkaita himoja päihteitä kohtaan pitkään sen jälkeen, kun käyttö on lopetettu. (Volkow ym. 2016, 364–366.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että päihteiden käyttö nostaa dopamiinitasoa huomattavasti vähemmän silloin, kun yksilöllä on riippuvuus, kuin silloin, kun riippuvuutta ei ole. Heikentynyt dopamiinin vapautuminen tekee aivojen palkitsemisjärjestelmästä vähemmän herkän palkkioille, mikä johtaa siihen, että päihderiippuvaiset eivät enää koe samanlaista euforiaa päihteistä kuin käytön alussa. Tämän prosessin seurauksena myös terveelliset palkkiot menettävät motivoivan voimansa. Tämä ilmiö selittää, miksi jokapäiväiset palkitsevat kokemukset, kuten ihmissuhteet ja harrastukset, menettävät päihderiippuvuuden edetessä helposti merkityksensä. (Volkow ym. 2016, 366.)

Päihteiden käyttö johtaa myös muutoksiin aivojen stressireaktiivisuudessa. Riippuvuuden kehityessä aivojen niin sanottu antipalkitsemisjärjestelmä, joka liittyy stressivasteeseen, aktivoituu liiallisesti. Tämä aiheuttaa voimakkaita negatiivisia tunteita ja lisääntynyttä stressiherkkyyttä, erityisesti päihteiden vaikutusten heikentyessä tai käytön lopettamisen yhteydessä. Tämä negatiivinen olotila ajaa yksilöitä käyttämään päihteitä paitsi mielihyvän tunteen saavuttamiseksi myös negatiivisten tunteiden välttämiseksi. (Volkow ym. 2016, 366–367.)

Dopamiinin ohella palkitsemisjärjestelmään vaikuttavia keskeisiä hermovälittäjäaineita ovat serotoniini, opioidipeptidit, gamma-aminovoihappo (GABA) ja glutamaatti (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 116; Kiianmaa 2003, 127–130). Päihderiippuvaisilla dopamiinin ja glutamaatin heikentynyt toiminta aivojen etuotsalohkoissa vähentää heidän kykyään vastustaa voimakkaita haluja tai noudattaa päätöstä lopettaa päihteiden käyttö. Tämä selittää, miksi yksilöt voivat olla vilpittömiä halutessaan lopettaa, mutta silti impulsiivisia ja kyvyttömiä pitämään päätöksestään kiinni. Etuotsalohkojen heikentynyt toiminta yhdistettynä palkitsemis- ja tunnejärjestelmän muutoksiin aiheuttaa epätasapainon, joka on olennainen osa pakonomaisen käyttäytymisen kehittämisessä ja kyvyttömyydessä vähentää päihteiden käyttöä vapaaehtoisesti, vaikka seuraukset olisivat katastrofaalisia. (Volkow ym. 2016, 367.) Tämä epätasapaino selittää sen, miksi pelkkä tahdonvoima ei usein riitä riippuvuuden voittamiseen. Aivojen neurobiologisten muutosten tutkiminen antaa mahdollisuuden ymmärtää päihderiippuvuutta syvällisemmin.

Erilaisia selitysmalleja

Eri tieteenalojen edustajat ja päihdealan ammattilaiset ovat vuosikymmenten mittaan tarjonneet lukuisia teorioita selittämään päihteiden käyttöä ja päihdeongelmia (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 18). Päihderiippuvuudelle on tarjottu monenlaisia selitysmalleja, kuten lääketieteellisiä, biologisia, geneettisiä, psykologisia, sosiaalipsykologisia, oppimispsykologisia, sosiologisia ja yhteiskunnallisia näkökulmia (Havio ym. 2014, 43). Selitysmallien taustalla vaikuttavat aina määrittelijän käsitykset sekä ihmisistä että maailmasta. Kyse on tulkinnoista, jotka puolestaan ohjaavat käytännön ratkaisuja ja työskentelytapoja päihdehoidossa. Jokainen selitysmalli tarjoaa omanlaisensa lähestymistavan päihderiippuvuuteen ja sen hoitoon. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 18.) Taulukossa 2 on esitetty erilaisia selitysmalleja ja näkökulmia, joiden avulla päihderiippuvuutta ja sen ehkäisyä ja hoitoa voidaan lähestyä.

Taulukko 2. Erilaisia selitysmalleja (Jellinek 2021; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 18–19.; Havio ym. 2014, 43; Ekholm 2003, 237)

Moraalinen malli	Riippuvuus johtuu moraalista heikkoudesta. Käyttäjää pidetään tällöin syntisenä ja häntä tulee sen vuoksi rankaista.
Farmakologinen malli	Malli painottaa fysiologista ja fyysistä riippuvuutta, ja riippuvuus määritellään vieroitusoireiden perusteella. Aine aiheuttaa riippuvuuden, eikä yhteiskunta tarvitse päihkeitä. Kieltolaki ja "sota huumeita vastaan" perustuvat tähän malliin.
Valistusmalli	Tiedon puute johtaa riippuvuuteen. Ratkaisuna on ihmisten valistus ja kasvatusta.
Psykiatrinen malli	Riippuvuuden syy on psyykinen häiriö. Ratkaisu on keskittyä häiriön poistamiseen.
Sosiaalinen malli	Riippuvuus on oire sosiaalisista suhteista ja vuorovaikutuksesta. Ratkaisu on osallistaa perheet päihderiippuvuuden hoitoon.
Sosiokulttuurinen malli	Riippuvuus on reaktio yhteiskunnallisiin olosuhteisiin. Ratkaisu on muuttaa yhteiskuntaa.
Sairausmalli	Riippuvuus on parantumaton aivosairaus, ja hoitona on päihkeiden käytön täydellinen lopettaminen. Esimerkiksi AA:n kahdentoista askeleen ohjelma ja Minnesota-malli perustuvat tähän malliin. Sairausmalliin voi kuulua myös näkemys, että aivot toimivat poikkeuksellisella tavalla, jolloin toimintaa pyritään korjaamaan lääkehoidolla. Tällainen näkemys ei kuitenkaan sisälly AA:n ja Minnesota-mallin ajatukseen, jossa päinvastoin pyritään eroon kaikista kognitioon vaikuttavista kemikaaleista.
Käyttäytymismalli	Riippuvuus on opittua, joten siitä voi myös oppia pois.
Hyväksyntämalli	Riippuvuus hyväksytään, eikä sitä pyritä poistamaan. Ratkaisu on keskittyä haittojen minimoimiseen.
Biopsyko-sosiaalinen malli	Riippuvuus syntyy useiden erilaisten tekijöiden samanaikaisesta vaikutuksesta: biologinen alttius (geenit), kehityksen häiriöt ja ympäristötekijät altistavat riippuvuuksille. Hoidossa tulee keskittyä useisiin interventioihin, kuten lääkehoitoon, psykoterapiaan ja olosuhteiden parantamiseen.

Nykyinen päihdehoito lähestyy päihderiippuvuutta pääasiassa biopsykososiaalisen mallin ja sairausmallin näkökulmista, joskin päihdehoitoon sisältyy myös muita näkökulmia. Esimerkiksi päihdehaittojen vähentämiseen keskittyvään opioidikorvaushoitoon sisältyy ajatus riippuvuuden hyväksymisestä. Nykytutkimus ei tarjoa yhtä selitysmallia, jolla riippuvuuden syntyminen voitaisiin selittää ja jolla riippuvuutta voitaisiin hoitaa. Teorioiden moninaisuus viittaa siihen, ettei riippuvuudelle todennäköisesti ole yhtä ainoaa oikeaa selitysmallia (Holmberg 2010, 42). Pylkkänen

(2013, 105) esittää kysymyksen, onko alkoholiriippuvuus edes itsenäinen sairaus vai onko olemassa monenlaisia alkoholiriippuvuuksia. Riippuvuuden selittämistä vaikeuttaa se, että monet sosiaalisten, psykologisten, biologisten ja perinnöllisten tekijöiden vaikutuksia koskevat tutkimukset ovat ristiriitaisia (Pylkkänen 2013, 105).

Nykyinen päihdehoito ottaa huomioon useita teorioita, minkä vuoksi hoidossakin on tarjolla erilaisia lähestymistapoja ja vaihtoehtoja. Näin ei kuitenkaan ole aina ollut. Katsaus erilaisiin selitysmalleihin muistuttaa, että päihdehoidon suuntauksista huolimatta suhtautuminen päihteiden käyttäjiin ja päihdeongelmien hoitoon voi nykypäivänäkin olla hyvin vaihtelevaa – myös terveydenhoidossa. Riippuvuutta voi tarkastella monista näkökulmista, ja lopulta vallalla olevat selitysmallit määrittävät, kuinka riippuvuuksia hoidetaan (Jellinek 2021).

3.3.2 Päihderiippuvuuden ulottuvuudet

Päihderiippuvuus käsittää neljä toisiinsa limittyvää ulottuvuutta: fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen (Holmberg 2010, 40). Lääketieteellisestä näkökulmasta henkistä riippuvuutta ei välttämättä pidetä riippuvuuden itsenäisenä osa-alueena (Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 8; Haviero ym. 2014, 42–43), mutta sitä on tärkeää tarkastella itsenäisenä ulottuvuutena sen kokonaisvaltaisen vaikuttavuuden vuoksi. Tässä luvussa tarkastellaan päihderiippuvuuden ulottuvuuksia, jotka havainnollistavat, mihin riippuvuus voi kohdistua ja kuinka monipuolisesti se muokkaa yksilön elämää ja hänen ympäristöään. Näiden ulottuvuuksien tarkastelu on olennaista, sillä se tarjoaa kokonaisvaltaisen kuvan riippuvuuden seurauksista ja vaikutuksista.

Fyysinen ulottuvuus

Fyysinen riippuvuus kehittyy päihteeseen. Toistuva käyttö johtaa elimistön fysiologiseen sopeutumiseen päihteisiin, mikä ilmenee esimerkiksi aivotoiminnan ja välittäjäaineiden muutoksina. Aivojen sopeutuminen päihteisiin vaikuttaa palkitsemisjärjestelmän herkkyyteen. Tämän seurauksena yksilö tarvitsee yhä suurempia määriä päihteitä saavuttaakseen saman mielihyvän tunteen kuin aiemmin. Tämä ilmiö tunnetaan toleranssina. Päihteiden käytön lopettaminen aiheuttaa erilaisia vieroitusoireita. (Holmberg 2010, 40.) Vieroitusoireet ovat päihdekohtaisia. Esimerkiksi ekstaasin käytön lopettamiseen ei juurikaan liity vieroitusoireita, kun taas alkoholin ja opioidien kohdalla vieroitusoireet voivat olla jopa hengenvaarallisia. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 117.) Alkoholin käytön lopettamiseen liittyviä yleisiä vieroitusoireita ovat hikoilu, nopea sydämen syke, vapina,

unettomuus, jännittyneisyys, päänsärky, pahoinvointi ja väsymys. Nämä oireet ovat usein vaarattomia, ja hoidoksi riittää lepo. Vakavampia vieroitusoireita ovat kouristuskohtaukset ja delirium tremens. (Havio ym. 2014, 73–74.) Fyysisellä riippuvuudella viitataan yleensä nimenomaan vieroitusoireisiin (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 114).

Päihderiippuvuus vaikuttaa merkittävästi yksilön fyysiseen terveyteen ja aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset maksa-, haima-, sydän- ja verisuonisairaudet. Lisäksi päihteiden vaikutuksen alaisena tapahtuneet tapaturmat voivat aiheuttaa monia terveysongelmia. Päihderiippuvaisilla on myös kohonnut ennenaikaisen kuoleman riski. (Aalto 2015a, 13–14.) Ennenaikaisen kuoleman riskiin vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi edellä mainitut terveyshaitat ja tapaturmat sekä päihteiden käytöstä johtuvat myrkytykset ja itsemurhat (Aalto 2015a, 13–14; Häkkinen 2023).

Fyysisessä riippuvuudessa ei ole välttämättä kyse sellaisesta addiktion kaltaisesta tilasta, kuten tässä työssä esitetään. Riippuvuus voi kehittyä esimerkiksi lääkeaineeseen ilman, että siihen sisältyy pakonomaista himoa, mikä on normaali biologinen ilmiö. Tällöin yksilö voi kokea vieroitusoireita lääkkeen käytön lopettamisen yhteydessä ilman pakonomaista halua saada lääkettä lisää. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110, 117.) Addiktion kaltainen pakonomainen riippuvuus edellyttää psyykkisen riippuvuuden kehittymistä. Yleensä riippuvuuksista puhuttaessa viitataan nimenomaan psyykkiseen riippuvuuteen. (Kiiänmaa 2015c, 37.)

Psyykinen ulottuvuus

Psyykkiseen riippuvuuteen kuuluvat päihteen voimakas halu ja pakonomainen ajattelu. Sen kehittymiseen vaikuttavat yksilön ominaisuudet sekä hänen kognitiiviset kykynsä, kuten tunnereaktiot, päättelykyky ja ongelmanratkaisutaidot. (Holmberg 2010, 40.) Päihderiippuvuuden kehittymisen taustalla on usein riittämättömän psyykkisen itsesäätelyn aiheuttama kyvyttömyys säilyttää henkinen tasapaino (Granström & Kuoppasalmi 2003, 30). Psyykinen riippuvuus kehittyy yleensä ennen fyysistä riippuvuutta (Havio ym. 2014, 43). Psyykinen riippuvuus liittyy päihteiden tuomaan mielihyvään, erityisesti euforiseen hyvänolon tunteeseen (Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 7). Psyykkistä riippuvuutta ylläpitävät monet tekijät, kuten erilaiset psyykkiset tarpeet ja motiivit, päihteen vaikutuksia koskevat odotukset sekä heikko kyky sietää turhautumista. Lisäksi opitut toimintamallit ja uskomukset, jotka oikeuttavat päihteiden käytön ja suojelevat yksilön miinua, ylläpitävät myös riippuvuutta. (Koski-Jännes 1998, 33.)

Päihderiippuvuus vaikuttaa merkittävästi yksilön psyykkiseen terveyteen. Yksilöllä voi ilmetä erilaisia ahdistus-, masennus-, ärtyneisyys-, pelko- ja unettomuusoireita, joita riippuvuus sekä aiheuttaa että pahentaa. Psyykkisiä oireita voi ilmetä sekä päihteiden vaikutuksen alaisena että käytön lopettamisen yhteydessä. (Aalto 2015a, 13–14; Häkkinen 2023; Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 7–8.) Nämä oireet voivat esiintyä myös tilassa, jota kutsutaan ”kuivahumalaksi” tai ”kuivanarkkaamiseksi”. Se tarkoittaa tilaa, jossa yksilö on vastentahtoisesti ilman päihteitä, yleensä ulkoisten syiden takia. Vaikka yksilö ei käytä päihteitä, päihderiippuvuuden psyykkiset oireet ovat kuitenkin läsnä. Yksilö saattaa tällöin purkaa päihteiden himosta aiheutuvaa pahaa oloaan läheisiinsä tai hallita himoaan muulla pakonomaisella käyttäytymisellä, kuten työnteolla tai liikunnalla. Tämä tila voi kestää useita kuukausia, mutta johtaa helposti takaisin päihteiden käyttöön. (Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 10–11.)

Sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa kiintymystä sosiaaliseen verkostoon, joka rakentuu päihteiden käytön ympärille (Havio ym. 2014, 43; Kotovirta ym. 2021, 20). Tällainen verkosto voi tyydyttää arvostukseen ja yhteenkuuluvuuteen liittyviä tarpeita (Havio ym. 2014, 43). Sosiaalisessa riippuvuudessa vuorovaikutus ja ihmissuhteet ovat keskeisessä asemassa. Usein päihteiden käyttäjät kuuluvat yhteisöön, jossa päihteiden käyttö on yhdistävä tekijä. (Holmberg 2010, 40.) Tällaiset yhteisöt voivat luoda ympäristön, jossa päihteiden käyttö normalisoituu ja saa hyväksyntää, mikä puolestaan vaikeuttaa irtautumista päihteistä (Kotovirta ym. 2021, 20). Näin ollen sosiaalinen riippuvuus ei ainoastaan vahvista päihteiden käyttöä, vaan myös ylläpitää sitä, koska käyttäjä saattaa pelätä menettävänsä ryhmän tuen ja hyväksynnän, jos hän lopettaa päihteiden käytön. Tämä tekee sosiaalisista tekijöistä merkittävän esteen päihderiippuvuuden voittamiselle.

Päihderiippuvuus vaikuttaa merkittävästi yksilön sosiaaliseen elämään ja vuorovaikutukseen muiden kanssa (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 31–33; Aalto 2015a, 13–14). Riippuvuus aiheuttaa muun muassa turvattomuutta, pelkoa ja väkivaltaa perheissä (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 36–39; Havio ym. 2014, 177–180), ihmissuhdeongelmia (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 31–33), työelämän ongelmia (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 52–54; Havio ym. 2014, 182–183; Kaarne & Simojoki 2015, 120), työttömyyttä (Aalto 2015a, 13) sekä taloudellisia ongelmia (Aalto 2015a, 13; Kotovirta ym. 2021, 22; Kiianmaa 2015b, 36). Joidenkin päihderiippuvaisien kohdalla keskeisin riippuvuuden sosiaalinen vaikutus on syrjäytyminen (Holopainen 2003, 265–269; Aalto 2015a, 13). Riippuvuudella on siten taipumus vähentää yksilön sosiaalista elämää. Riippuvuuden ylläpitämiseen liittyvät toiminnot vievät yhä enemmän aikaa ja energiaa, mikä johtaa eristäytymiseen

ystävistä, perheestä ja muista tukiverkoista. Eristäytyminen voi heikentää yksilön sosiaalista tukiverkostoa ja vaikeuttaa toipumista. Usein yksilö myös menettää kiinnostuksensa aiempiin harrastuksiinsa. (Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 8–9.)

Päihderiippuvuus aiheuttaa stigmaa, joka näkyy asenteissa ja toimissa päihderiippuvaisia kohtaan. Stigma ilmenee esimerkiksi huonona kohteluna terveydenhoidossa, jossa päihderiippuvaisien ongelmia saatetaan vähätellä. Stigmatisaatio vaikuttaa päihdehoitoon heikentävästi, sillä leimautumisen ja syrjinnän pelko voi johtaa häpeään ja estää yksilöitä hakemasta apua. Häpeä aiheuttaa ylimääräistä taakkaa ja heikentää yhteyttä muihin ihmisiin. Stigman vähentäminen on yhteiskunnallinen haaste ja edellyttää monipuolisia keinoja, joilla vaikutetaan päihderiippuvaisiin kohdistuviin asenteisiin ja käyttäytymiseen. Tämä parantaa päihderiippuvaisien elämänlaatua ja toipumismahdollisuuksia. (Nordling 2023, 137–144.)

Henkinen ulottuvuus

Henkinen ulottuvuus sisältää päihderiippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä, jotka liittyvät elämäkokemuksiin, elämäkatsomukseen ja ajatusmaailmaan. Näihin kuuluvat esimerkiksi kokemukset, ajattelutavat, arvot, uskomukset ja ihanteet. (Holmberg 2010, 40.) Henkisyys kattaa elämän merkityksellisyyden ja hengellisyyden (Nordling 2023, 162). Hengellisyys on laaja käsite, ja moni voi ammentaa toipumiseensa voimaa hengellisyydestä, esimerkiksi itseään korkeammasta lähteestä. AA:n kahdentoista askeleen ohjelma on hengellinen ohjelma, mutta toisin kuin usein luullaan, sillä ei ole tekemistä uskonnollisuuden kanssa (Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 1981, 63–73, 558–559). Hengellisyys liittyy uskonnollisuuteen (Nordling 2023, 162), ja monille uskonnollisuus voi olla osa päihderiippuvuuteen liittyvää ajatusmaailmaa. Usein uskonnollisuuden merkitys korostuu riippuvuudesta toipumisessa (Kuusisto 2010, 177). Uskonnollisuuden ei kuitenkaan tarvitse olla osa yksilön henkisyyttä tai hengellisyyttä.

Elämän myötä ihmiselle kehittyy moraalitieteellinen, eli käsitys oikeasta ja väärästä. Päihderiippuvuuden edetessä yksilö alkaa menettää yhteyttään henkisyYTEensä ja sisäiseen arvomaailmaansa. Samalla yhteys muihin ihmisiin ja ympäristöön heikentyy. Ajan myötä käyttäytyminen voi muuttua omien arvojen ja moraalin vastaiseksi. (Suomen Päihderiippuvaiset ry 2019, 8.) Esimerkiksi arvot kuten rehellisyys ja luotettavuus alkavat kadota ja rikollinen käyttäytyminen lisääntyä, vaikka se ei vastaisi yksilön omia arvoja.

Päihderiippuvuus vaikuttaa merkittävästi yksilön itsetuntoon ja itsearvostukseen (Twerski 2014, 72–73). Yksilö saattaa käyttää päihteitä paetakseen tai peittääkseen alhaista itsetuntoaan ja riit-

tämättömyden tunteitaan (Holmberg 2010, 44; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 105–106). Riippuvuus voi antaa hetkellisen tunteen itsetunnon kohottamisesta tai hyväksynnästä, mutta pitkällä aikavälillä se heikentää itsetuntoa entisestään (Kiiänmaa 2015b, 37).

Henkinen ulottuvuus kattaa uskomukset ja ajattelumallit, jotka liittyvät riippuvuuteen. Yksilö voi kehittää vääristyneitä ajatuksia ja uskomuksia, jotka voimistavat käsitystä, ettei elämässä selviä ilman riippuvuutta (Twerski 2014, 11–13, 95–97). Nämä ajatukset voivat vahvistaa riippuvuutta ja estää yksilöä tekemästä muutoksia elämäntavoissaan. Henkiseen ulottuvuuteen liittyvien tekijöiden muuttaminen on psyykkisten tekijöiden ohella kaikkein haastavinta päihderiippuvuudesta toipumisessa (Holmberg 2010, 52).

3.4 Toiminnalliset riippuvuudet

Toiminnallisissa riippuvuuksissa riippuvuus kohdistuu tiettyyn toimintoon tai käyttäytymiseen. Toiminnalliset riippuvuudet voivat kehittyä samalla tavoin kuin aineisiin perustuvat riippuvuudet, ja molemmat liittyvät erityisesti aivojen mielihyväjärjestelmään. Riippuvuuden kehittyminen tekee toiminnasta psyykkisesti ja fyysisesti palkitsevaa. Tämä johtaa samankaltaisiin mielihyvän kokemuksiin ja pakonomaiseen käyttäytymiseen kuin päihderiippuvuudessa. Mitä enemmän toiminta tuottaa mielihyvää, sitä nopeammin riippuvuus kehittyy. Muita yhteisiä piirteitä ovat muun muassa pakonomainen himo, hallinnan heikkeneminen tai menetys, toiminnan jatkaminen haitallisista seurauksista huolimatta, toleranssin kasvu sekä vieroitusoireet. (Castrén & Alho 2020, 9–10; Koski-Jännes & Korkeila 2021.)

Toiminnallisilla riippuvuuksilla ja aineriippuvuuksilla on useita yhteisiä piirteitä. Samankaltaisuutta ilmenee diagnostisten kriteerien, neurobiologisten tekijöiden, liitännäisoireiden ja käyttäytymisen osalta. Yhteisiä piirteitä ovat esimerkiksi pakonomainen käyttäytyminen, vieroitusoireet, epäonnistuneet lopettamisyritykset, valehtelu ja kiinnostuksen väheneminen arkisiin asioihin sekä käyttäytymisestä seuraavat epämiellyttävät oireet, kuten masennus, unihäiriöt ja ahdistuneisuus. Hallinnan menettäminen on yleistä, vaikka toiminnasta seuraisi merkittäviä haittoja. Yhtäläisyyksiä löytyy myös aivojen palkitsemisjärjestelmissä ja dopamiinitasojen muutoksissa. Dopamiini on avainasemassa mielihyvän kokemuksessa, ja sen lisääntyminen aivoissa on yhteistä sekä päihde- että toiminnallisille riippuvuuksille. (Castrén & Alho 2020, 9–12.)

Riippuvuuskäyttäytymistä selittää biopsykososiaalinen häiriö, jossa yhdistyvät perimä, neurobiologia, ympäristö sekä psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Mielihyvää aiheuttava toiminta kasvattaa

aivojen dopamiinitasoa, mihin aivot pyrkivät mukautumaan tasapainottamalla dopamiinin tuotantoa. Tämä johtaa siihen, että neuronit alkavat vähentää dopamiinin tuotantoa tai dopamiinireseptorien määrä vähenee. Tämän myötä yksilölle kehittyy pakonomainen tarve jatkaa toimintaa dopamiinitason palauttamiseksi normaaliksi. Seurauksena yksilö joutuu lisäämään toiminnan määrää saavuttaakseen saman mielihyvän kuin aiemmin. Tämä nostaa toleranssia ja lisää pakonomaista käyttäytymistä. (Castrén & Alho 2020, 9.)

Toiminnallinen riippuvuus voi kehittyä eri toimintoihin. Rahapelaaminen ja digitaalinen pelaaminen ovat toimintoja, jotka täyttävät nykyiset riippuvuuden diagnostiset kriteerit. Näiden toimintojen yläkäsite on peliriippuvuus. (Castrén & Alho 2020, 10.) Rahapeliriippuvuudella ja digipeliriippuvuudella, on omat kriteerinsä. ICD-10-tautiluokituksessa rahapeliongelma on määritelty pelihimoksi. DSM-5-tautiluokitus ja uudistettu ICD-11-tautiluokitus käyttävät puolestaan termiä rahapeliriippuvuus³. (Rahapeliongelma 2023.) Digipeliriippuvuuden kriteerit on sovellettu päihde- ja rahapeliriippuvuuden kriteereistä, mikä on antanut aiheen tutkimukselle ja kriteerien kehittämiseksi (Castrén & Alho 2020, 11).

Muita toimintoja, jotka aktivoivat aivojen palkitsemisjärjestelmän samalla tavoin kuin peliriippuvuus, ovat esimerkiksi ostaminen, seksi, urheilu sekä internetin ja sosiaalisen median käyttö. Internetin käyttöön liittyy riski hallitsemattomasta käytöstä, ja se voi toimia tehokkaana alustana erilaisten riippuvuuksien tai niiden kaltaisten tilojen kehittymiselle, kuten rahapeliriippuvuudelle, digipeliriippuvuudelle, hallitsemattomalle nettiselailulle, pornografian käytölle, ostamiselle ja sosiaalisen median käytölle. Sosiaalisen median käytön hallitsemattomuudesta on tullut yhä merkittävämpi ilmiö, ja se voi johtaa masennukseen, ahdistuneisuuteen ja muihin psyykkisiin ongelmiin. Vaikka internet- ja someriippuvuuden diagnostisia kriteerejä ei vielä ole, tutkimukset viittaavat siihen, että niiden liiallinen käyttö voi aiheuttaa yhtä haitallisia seurauksia kuin muut toiminnalliset riippuvuudet. (Castrén & Alho 2020, 10–12.)

Kuten on havaittu, päihderiippuvuuksilla ja toiminnallisilla riippuvuuksilla on paljon yhteisiä piirteitä. Niiden oireet ja diagnostiset kriteerit ovat hyvin samankaltaisia. Päihderiippuvuudet ja toiminnalliset riippuvuudet aiheuttavat hyvin samankaltaista riippuvuusikäyttäytymistä, eikä niiden erottelu ole välttämätöntä tämän käyttäytymisen ymmärtämiseksi. Riippuvuuksien samankaltaisuus heijastuu myös niiden hoitoon.

³ Suomalaisessa terveydenhuollossa käytetään Maailman terveysjärjestön kehittämää ICD-10-järjestelmää. DSM-5-tautiluokitus perustuu Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen määritelmiin, eikä se ole kliinisessä käytössä Suomessa.

3.5 Päihde- ja riippuvuushoidon lähtökohdat ja lainsäädäntö

Tämän luvun tarkoituksena on antaa yleiskatsaus päihde- ja riippuvuushoitoa koskevasta lainsäädännöstä Suomessa. Luvussa keskitytään erityisesti Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) ja Sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) mukaisiin velvoitteisiin ja palveluihin.

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) mukaan hyvinvointialueen vastuulla on järjestää asukkailleen päihde- ja riippuvuushoitoa. Tämä sisältää terveydenhuollon palveluihin kuuluvan päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan sekä päihde- ja riippuvuushäiriöiden ehkäisemisen, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen. Hoitoa tulee tarjota yksilön ja hänen läheistensä tuen, hoidon- ja kuntoutustarpeen mukaisesti. Potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa hoitokokonaisuus. (L 1326/2010.)

Sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) mukaan sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyöllä tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämiä sosiaalipalveluja ja muuta toimintaa, jonka avulla vähennetään ja poistetaan päihteisiin ja riippuvuuskäyttäytymiseen liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Samalla vastataan päihteiden ongelmakäytöstä tai muusta riippuvuuskäyttäytymisestä johtuvaan tuen tarpeeseen sekä tuetaan päihteettömyyttä ja riippuvuudesta irtautumista. Raskaana olevalla yksilöllä on oikeus saada päihteettömyyttä tukevia sosiaalipalveluja välittömästi. Sosiaalihuoltolaissa määritellään myös erityiset palvelut päihde- ja riippuvuustyölle. Ne on suunnattu päihteiden ongelmakäytön tai muun riippuvuuskäyttäytymisen aiheuttaman tuen tarpeeseen. Välttämättömiin erityispalveluihin kuuluvat sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus ja asumispalvelut, jotka tulee järjestää tarpeen mukaan joko avo- tai laitospalveluina. Lisäksi hyvinvointialueen tulee tarjota päiväkeskuspalvelua yksilöille, jotka käyttävät päihteitä ongelmallisesti. Sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyö kattaa kaikki sosiaalihuoltolain 14 §:ssä tarkoitetut sosiaalipalvelut joko yleisinä sosiaalipalveluina tai edellä mainittuina päihde- ja riippuvuustyön erityisinä palveluina. (L 1301/2014.)

Sekä terveydenhuoltolain mukainen päihde- ja riippuvuushoito että sosiaalihuoltolain mukainen päihde- ja riippuvuustyö tulee suunnitella ja toteuttaa siten, että ne muodostavat toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä hyvinvointialueen ja kuntien ehkäisevän päihdetyön kanssa. (L 1326/2010; L 1301/2014.)

4 Päihderiippuvuuden kognitiiviset ja psykologiset mekanismit

Tässä luvussa tarkastellaan päihderiippuvuuden kognitiivisia ja psykologisia mekanismeja, jotka vaikuttavat yksilön ajattelutapoihin ja sisäisiin kokemuksiin. Tämä näkökulma eroaa perinteisistä lähestymistavoista korostamalla riippuvuuteen vaikuttavien ajattelumallien ja psyykkisten prosessien ymmärtämistä. Luvussa käsitellään mekanismeja, kuten psyykkisiä puolustusmekanismeja, kognitiivisia vinoumia ja ajatusvääristymiä, jotka voivat heikentää kykyä arvioida tilanteita realistisesti ja tehdä rationaalisia päätöksiä. Vaikka nämä mekanismit voivat toimia selviytymiskeinoina stressin ja vaikeiden tunteiden käsittelyssä, niiden liiallinen käyttö voi ylläpitää riippuvuutta ja estää muutosta, kuten päihteiden käytön lopettamista (Hietaharju & Nuuttila 2010, 109–112; Ruhl 2023). Mekanismin ymmärtäminen on keskeistä riippuvuutta ylläpitävien prosessien tunnistamisessa, muutosprosessin tukemisessa ja kognitiiviseen muutokseen tähtäävässä hoitotyössä (Twerski 2014, 69). Näiden ilmiöiden tarkastelu muodosti tieteellisen perustan kehittämistyöpajassa käytetyille kokemustietoon pohjautuville esimerkeille. Mekanismin laaja käsittely on olennaista päihderiippuvuuden moniulotteisen luonteen ymmärtämiseksi, sillä se tarjoaa ammattilaisille välineitä tunnistaa ajattelumalleja ja kehittää toipumisorientaatioajattelua. Luvun tarkoituksena on myös tuoda esiin asiakkaiden näkökulmia tarkastelemalla päihderiippuvuuden vaikutuksia yksilön ajatteluun ja kokemuksiin.

4.1 Psyykkiset puolustusmekanismit

Psyykkiset puolustusmekanismit eli defenssit ovat tiedostamattomia prosesseja, joita yksilö käyttää lievittääkseen sisäistä stressiä ja säilyttääkseen psyykkisen tasapainon (Hietaharju & Nuuttila 2010, 109–112; Bailey & Pico 2023; Luukkonen 2011, 5). Nämä mekanismit ilmenevät käyttäytymisen, ajatusten ja tunteiden muodossa, ja ne auttavat yksilöä välttämään ahdistuneisuutta aiheuttavia tekijöitä tai tilanteita, jotka tietoisuuteen tullessaan voisivat olla liian vaikeita ja sietämättömiä käsitellä (Hietaharju & Nuuttila 2010, 109). Puolustusmekanismit syntyvät sisäisistä konflikteista (Bailey & Pico 2023; Luukkonen 2011, 5–9). Ne ovat hyödyllisiä, koska ne auttavat yksilöitä käsittelemään ja selviytymään psyykkisesti ylivoimaisista tilanteista. Vaikka puolustusmekanismit ovat käyttäjälleen merkittäviä ja tarpeellisia, niiden toiminta voi aiheuttaa hämmennystä ja vaikeuttaa vuorovaikutusta muiden kanssa. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 109–112.)

Psykoanalyysin isänä tunnettu Sigmund Freud aloitti keskustelun puolustusmekanismeista vuonna 1894. Hänen tyttärensä Anna Freud analysoi ja tarkensi näitä puolustusmekanismeja myöhemmin 1900-luvulla. Anna Freud määritteli kymmenen keskeistä puolustusmekanismia, ja sittemmin psykoanalytikot ovat määritelleet niitä lisää. (Bailey & Pico 2023; Luukkonen 2011, 5–6.) Puolustusmekanismien käyttö on osa normaalia elämää, ja niiden ilmeneminen konflikteissa ja kriiseissä on tavallista ja usein ohimenevää. Psykkisissä häiriöissä puolustusmekanismien käyttö on yleisempää. (Hietaharju & Nuutila 2010, 110.) Esimerkiksi päihderiippuvuuteen liittyy usein puolustusmekanismien käyttö. Yleisiä puolustusmekanismeja ovat esimerkiksi kieltäminen, rationalisointi ja projektio. (Twerski 2014, 57.)

Kieltäminen on puolustusmekanismi, jonka avulla yksilö kieltäytyy hyväksymästä tai tunnustamasta totuutta. Kieltämisen tarkoituksena on suojella yksilöä psyykkiseltä tuskalta. (Luukkonen 2011, 28–29; Twerski 2014, 62.) Kieltämisen avulla yksilö pyrkii välttämään todellisen tilansa kohtaamista (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 1994, 214), joka voisi johtaa vaikeaan muutosprosessiin (Twerski 2014, 35). Kieltäminen sisältää tiedostamattomia tunnereaktioita ja ajatusmalleja, joita yksilö ei itse tunnista (Kuikka ym. 1994, 214). Päihderiippuvuudessa on yleistä, että yksilö ei kykene tunnustamaan riippuvuuttaan. Tämä voi johtua heikkouden ja huonommuuden tunteista, leimautumisen pelosta tai kyvyttömyydestä hyväksyä elämänhallinnan puutetta. Lisäksi ajatus siitä, ettei enää koskaan voisi käyttää päihteitä, voi olla hyvin tuskallinen ja pelottava. (Twerski 2014, 62.) Kun sairauden aiheuttamat rajoitukset tulevat esiin, ongelmansa kieltävä yksilö saattaa reagoida hermostumalla tai jopa suuttumalla (Kuikka ym. 1994, 215). Twerskin (2014, 62) mukaan yksilö ei valehtele kieltäessään riippuvuuttaan, vaan kieltäminen on osa hänen tiedostamatonta puolustusmekanismiaan. Luukkosen (2011, 28) mukaan kieltäminen ei ole täysin tiedostamatonta (vertaa torjunta⁴), mutta ei myöskään täysin tietoista toimintaa.

Rationalisointi eli järkeistäminen on puolustusmekanismi, joka tarkoittaa käyttäytymisen, ajatusten tai tunteiden oikeuttamista loogisilta kuulostavilla selityksillä, jotka peittävät todelliset ajatukset ja tunteet. Rationalisointi muistuttaa valehtelua, mutta toisin kuin tietoinen harhaanjohtaminen, se tapahtuu usein tiedostamatta ja suojaa yksilöä tiedostamasta todellisia motiivejaan. (Cherry 2023.) Rationalisointi kytkeytyy usein muihin puolustusmekanismeihin, kuten kieltämiseen ja torjuntaan (Luukkonen 2011, 46). Rationalisoidessaan yksilö käsittelee ajatuksiaan älyllisesti erottaakseen ne tunteistaan (Holmberg 2010, 120). Rationalisoimalla yksilö suojaa itseään ahdistukselta tai itsetunnon uhkilta ja lievittää epämukavuutta, kun tunteet tai käyttäytyminen

⁴ Torjunta (repressio) on puolustusmekanismi, jonka avulla yksilö siirtää psyykkisesti ahdistavan sisällön tiedostamattomaan (Luukkonen 2011, 61).

haastavat hänen uskomuksensa. Tämä mekanismi auttaa luomaan yhtenäisen kertomuksen monimutkaisesta päätöksentekoprosessista ja tukee johdonmukaisuuden säilyttämistä. (Cherry 2023.)

Rationalisointi perustuu johdonmukaisuuden tunteen säilyttämiseen, mikä lievittää kognitiivista dissonanssia (ks. luku 4.4), joka syntyy, kun yksilöt eivät toimi uskomustensa ja arvojensa mukaisesti. Vaikka rationalisointi suojaa häpeältä, syyllisyydeltä ja ahdistukselta, se voi johtaa virheelliseen ajatteluun ja estää tekemästä tarpeellisia muutoksia. (Cherry 2023.) Esimerkiksi päihderiippuvainen saattaa rationalisoida päihteiden käyttöönsä väittämällä, että se auttaa häntä rentoutumaan ja selviytymään stressistä, vaikka todellisuudessa hän saattaa vältellä syvällisempiä ongelmiaan. Rationalisoinnista voi tulla keino oikeuttaa riippuvuuskäyttäytymisen jatkuminen (Twerski 2014, 64), mikä voi johtaa siihen, että riippuvuudesta irtautuminen vaikeutuu entisestään.

Twerskin (2014, 25–26) mukaan päihderiippuvaisen ajattelu voi poiketa loogisesta päättelystä siten, että johtopäätökset eivät perustu premisseihin, kuten todisteisiin tai faktoihin. Sen sijaan päihderiippuvainen voi aloittaa päättelynsä ennalta määrätyllä johtopäätöksellä eli päihteen nauttimisen tarpeella. Tämän jälkeen hän rakentaa päättelyketjun, joka voi vaikuttaa loogiselta, vaikka tosiasiat eivät sitä tukisikaan. (Twerski 2014, 25–26.) Rationalisoimalla päihderiippuvainen löytää aina syyn päihteiden käytölle. Kun johtopäätös on jo valmiiksi olemassa, päihteiden käytön oikeuttava päättelyketju on helppo rakentaa sekä iloiseksi että surulliseksi olosuhteisiin.

Projektio eli heijastaminen on puolustusmekanismi, jonka avulla yksilö siirtää omat ei-toivotut ominaisuutensa, tunteensa tai impulssinsa toiseen henkilöön (Baumeister, Dale & Sommer 1998, 1090; American Psychological Association 2023b). Tämä prosessi tapahtuu usein tiedostamatta. Projektion tarkoituksena on suojella yksilön egoa sekä välttää epämiellyttävien tai vaikeasti hyväksyttävien ajatusten ja tunteiden kohtaamista, sillä näkemällä ei-toivotun piirteen toisessa yksilö välttää sen tunnistamista itsessään. (Baumeister ym. 1998, 1090–1092.)

Projektio on yleistä päihderiippuvuuden yhteydessä, jolloin yksilö saattaa syyttää muita omista ongelmistaan ja vastuistaan. Esimerkiksi yksilö, joka laiminlyö velvollisuutensa päihteiden käytön vuoksi, voi kieltäytyä tunnustamasta omaa ongelmaansa ja sen sijaan syyttää läheisiään tilanteesta. Päihderiippuvainen voi myös syyttää epäonnistumisistaan vanhempiaan tai vajota itsesääliin, mikä antaa hänelle perustelun jatkaa päihteiden käyttöä. Näin hän välttää kohtaamasta omaa ongelmaansa suoraan ja siirtää vastuun muutoksesta muille. Projektio auttaa yksilöä välttämään

sisäistä ristiriitaa ja säilyttämään psyykkisen tasapainon, mutta se vaikeuttaa ongelman tunnistamista ja ratkaisemista, koska todellista syytä ei kohdata avoimesti ja rehellisesti. (Twerski 2014, 35, 68–69.)

Puolustusmekanismeja on monen tasoisia, ja niiden käyttö riippuu olennaisesti yksilön psyykkisestä tilasta. On tavallista, että ihmiset turvautuvat ajoittain kypsiin puolustusmekanismeihin, kuten huumoriin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 110–112.) Huumorin käyttö vaikean tilanteen käsittelemisessä voi auttaa säilyttämään tasapainon ja näkemään tilanteen kevyemmässä valossa. Kehittymättömät ja psykoottiset puolustusmekanismit puolestaan liittyvät usein mielenterveyshäiriöihin (mt., 111–112). Yksilö saattaa turvautua kieltämiseen vakavan ongelman edessä, jolloin hän ei kykene kohtaamaan todellisuutta ja välttää kokonaan ongelman käsittelyn. Monet päihderiippuvaiset suosivat usein kehittymättömiä ja psykoottisia puolustusmekanismeja, kuten kieltämistä ja projektiota.

Tämän lisäksi puolustusmekanismit voivat olla joko adaptiivisia tai maladaptiivisia ⁵ (Bailey & Pico 2023). Puolustusmekanismeja tutkittaessa on havaittu, että päihderiippuvaisilla esiintyy enemmän maladaptiivisia puolustusmekanismeja, kuten projektiota ja kaikkivoipaisuutta, verrattuna kontrolliryhmään. Lisäksi aleksitymian (tunteiden tunnistamisen ja ilmaisemisen vaikeus) on havaittu korreloivan vahvasti puolustusmekanismien käytön kanssa. (Taurino, Antonucci, Taurisano & Laera 2021.) Tämä viittaa siihen, että päihderiippuvaiset saattavat turvautua muita useammin sellaisiin psyykkisiin strategioihin, jotka eivät ole heidän hyvinvoinnilleen edullisia. Puolustusmekanismit voivat estää yksilöitä tunnistamasta tai kohtaamasta ongelmiansa todellisia syitä, mikä puolestaan vaikeuttaa riippuvuuden tehokasta käsittelyä ja hidastaa toipumisprosessia.

Toipumisprosessin aikana puolustusmekanismit voivat ilmetä **vastarintana**, joka tarkoittaa tiedostamatonta tai tietoista muutoksen vastustamista (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 162–163). Muutoksen saavuttaminen edellyttää muun muassa muutostarpeen tiedostamista, riippuvuuden aiheuttamien vaikeuksien avointa kohtaamista, uudenlaisten toimintatapojen ja selviytymiskeinojen omaksumista, tunteiden käsittelyä ja monia elämän eri osa-alueisiin liittyviä voimavaroja (Havio ym. 2014, 45–47). Tämä prosessi synnyttää vastarintaa, mikä on olennainen osa sopeutumista muutokseen. Vastarinnan taustalla on yksilöön kohdistuva muutos-paine. Vastarinnan positiivinen tehtävä on tarjota aikaa sopeutumiselle, joka helpottaa esimerkiksi sairauden hyväksymistä osaksi identiteettiä ja siihen mukautumista. Tämä auttaa estämään

⁵ Adaptiivinen tarkoittaa sopeutuvaa ja viittaa käyttäytymiseen, joka on yksilölle hyödyllistä. Maladaptiivinen puolestaan tarkoittaa vahingollista, sopeutumiskyvyttöä käyttäytymistä.

ahdistuksen kasvamisen hallitsemattomaksi ja mahdollistaa yksilön tunteiden käsittelyn. (Hämäläinen ym. 2017, 162–163.) Myös ammattilaiset voivat kokea vastarintaa työskennellessään asiakkaiden kanssa, mikä saattaa ilmetä esimerkiksi siten, että asiakas kategorisoidaan toivottomaksi (Hietaharju & Nuutila 2010, 108).

4.2 Kognitiiviset vinoumat ja ajatusvääristymät

Kognitiiviset vinoumat

Kognitiiviset vinoumat ovat ajattelun järjestelmällisiä virheitä, jotka vaikuttavat yksilön tapaan käsitellä tietoa, havaita muita ihmisiä ja tehdä päätöksiä. Ne ovat tiedostamattomia ja automaattisia prosesseja, jotka nopeuttavat päätöksentekoa, mutta voivat myös johtaa irrationaaliin ajatuksiin ja ennakkoluuloihin. Kognitiiviset vinoumat voivat syntyä monista tekijöistä, kuten heuristiikoista (mielen oikoteistä), sosiaalisista paineista ja tunteista. (Ruhl 2023.)

Kognitiiviset vinoumat syntyvät aivojen pyrkimyksestä yksinkertaistaa tiedonkäsittelyä. Niiden kehittyminen on luonnollinen osa ihmisen kognitiivista toimintaa. Tietoa vastaanotetaan valtavasti joka sekunti, mutta vain pieni osa siitä pystytään käsittelemään. Yksilö tukeutuu heuristiikkoihin ymmärtääkseen maailmaa nopeammin (kun tietoa täytyy käsitellä nopeasti) tai yksinkertaistaakseen sitä (kun tietoa on liikaa tai liian vähän). Kognitiiviset vinoumat vaikuttavat suoraan yksilön turvallisuuteen, vuorovaikutukseen muiden kanssa sekä päivittäisiin arvioihin ja päätöksiin. Ne voivat olla hyödyllisiä, koska ne säästävät henkistä vaivaa ja mahdollistavat nopean päätöksenteon. Ne voivat kuitenkin aiheuttaa monenlaisia haittoja, kuten ennakkoluuloja, stereotyyppioita, virhearviointeja ja huonoja valintoja. (Ruhl 2023.) Lisäksi ne voivat ylläpitää ja vahvistaa haitallista käyttäytymistä.

Kognitiiviset vinoumat voivat haitata kognitiivista toimintaa ja siten vaikeuttaa toipumista mielenterveyshäiriöistä. Päihderiippuvuudessa esiintyy useita kognitiivisia vinoumia, jotka ylläpitävät riippuvuuskäyttäytymistä (Twerski 2014, 12–13, 76, 95–97). Yksi yleinen vinouma on esimerkiksi vahvistusharha.

Vahvistusharha tarkoittaa yksilön taipumusta etsiä, tulkita ja muistaa tietoa niin, että se vahvistaa hänen ennakkokäsityksiään ja odotuksiaan. Vahvistusharha ilmenee esimerkiksi siten, että yksilö etsii vain hypoteesejaan tukevaa tietoa, jättää huomiotta vastakkaiset todisteet, vastustaa

uskomustensa muuttamista tai luottaa liikaa omiin näkemyksiinsä. Vahvistusharha on usein automaattinen ja tiedostamaton, ja se vaikuttaa laajasti yksilön ajatteluun ja päätöksentekoon. (Peters 2022, 1353–1364.)

Vahvistusharha voidaan jakaa motivoituneeseen ja motivoitumattomaan vahvistusharhaan. Motivoitunut vahvistusharha tarkoittaa, että yksilö käsittelee tietoa niin, että se tukee näkemystä, jonka hän haluaa olevan totta. (Peters 2022, 1353.) Esimerkiksi päihderiippuvainen saattaa korostaa päihteiden positiivisia vaikutuksia ja jättää huomiotta niiden aiheuttamat haitat, jotta hän voisi perustella itselleen päihteiden käytön. Motivoitumaton vahvistusharha taas tarkoittaa, että yksilö käsittelee tietoa niin, että se tukee hänen näkemystään riippumatta siitä, toivooko hän sen olevan totta (mt., 1353). Esimerkiksi päihderiippuvainen saattaa haluta päästä eroon päihdeongelmastaan, mutta uskoa silti, että sen yrittäminen on turhaa, koska aiemmat yritykset ovat epäonnistuneet.

Ajatusvääristymät

Ajatusvääristymät ovat virheellisiä tai epätarkkoja ajattelu- tai uskomusmalleja, joita yksilöllä on itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Ne kehittyvät vähitellen ja vahvistuvat tiedostamatta ajan myötä. Nämä ajatusmallit ovat usein niin hienovaraisia, että niitä on vaikea havaita, mikä tekee niistä erityisen haitallisia. Ajatusvääristymät vääristävät todellisuuden tulkintaa ja saattavat johtaa epäloogisiin päätelmiin tai väärin uskomuksiin. (Ackerman 2024.)

Samoin kuin kognitiiviset vinoumat myös ajatusvääristymät voivat ylläpitää riippuvuuskäyttäytymistä ja vaikeuttaa toipumista päihderiippuvuudesta. Yleisiä ajatusvääristymiä päihderiippuvuudessa ja muissa mielenterveyshäiriöissä ovat esimerkiksi mustavalkoajattelu, suodattaminen, häntäisten johtopäätösten tekeminen, ajatusten lukeminen ja ennustaminen (Twerski 2014, 76; Stenberg ym. 2013, 74–75; Ackerman 2024).

Mustavalkoajattelussa yksilö näkee tilanteet vain kahdessa ääripäässä ilman välimuotoja (Stenberg ym. 2013, 74; Twerski 2014, 76). Tämä ajattelutapa voi ilmetä päihderiippuvuudessa esimerkiksi seuraavilla tavoilla: 1) Juotuaan yhden oluen, yksilö ajattelee, että hän voi yhtä hyvin jatkaa juomista koko illan. 2) Jos yksilö ei onnistu lopettamaan päihteiden käyttöä kokonaan, hän ajattelee, että on turha edes yrittää vähentää sitä. 3) Jos hoito ei heti tunnu toimivalta tai mielekkäältä, yksilö päättää lopettaa sen kokonaan.

Suodattaminen tarkoittaa negatiivisten tekijöiden korostamista ja positiivisten sivuuttamista (Stenberg ym. 2013, 74). Tämä ajattelutapa voi ylläpitää päihteiden käyttöä, kun negatiiviset tekijät saavat liikaa huomiota. Lisäksi suodattaminen voi haitata myös toipumista, koska yksilö voi jättää huomioimatta vähentämiseen tai lopettamiseen liittyvät saavutukset ja keskittyä vain epäonnistumisiin.

Ajatusvääristymät voivat ilmetä joko itsenäisesti tai yhdessä toisen ajatusvääristymän kanssa. Esimerkiksi suodattaminen ja mustavalkoajattelu voivat yhdistyä tilanteessa, jossa yksilö retkahtaa käyttämään päihteitä tauon jälkeen. Tällöin hän voi suodattaa pois päihteettömän ajan saavutukset ja keskittyä vain epäonnistumiseen. Lisäksi hän saattaa ajatella mustavalkoisesti, että koska hän on kerran retkahtanut, hän voi yhtä hyvin aloittaa käytön uudelleen.

Hätäisten johtopäätösten tekeminen tarkoittaa toisiinsa liittymättömien asioiden yhdistämistä ja nopeiden päätelmien tekemistä vähäisten tai olemattomien todisteiden perusteella (Ackerman 2024). Tämä ajatusvääristymä voi ilmetä esimerkiksi silloin, kun yksilö kokee vastoinkäymisiä ja ajattelee tarvitsevansa päihteitä selviytyäkseen niistä. Hätäisten johtopäätösten tekeminen liittyy läheisesti myös ajatusten lukemiseen ja tulevaisuuden ennustamiseen.

Ajatusten lukeminen tarkoittaa, että yksilö olettaa tietävänsä muiden ajatukset, vaikka hänellä ei ole siihen riittäviä todisteita (Stenberg ym. 2013, 75; Ackerman 2024). Tämä voi johtaa negatiivisiin tulkintoihin ja päätelmiin, jotka vahvistavat päihteiden käyttöä ja riippuvuutta. Esimerkiksi yksilö voi perustella päihteiden käyttöönsä sillä, että hän uskoo läheistensä ajattelevan hänen joka tapauksessa käyttävän niitä.

Ennustaminen puolestaan tarkoittaa taipumusta tehdä johtopäätöksiä tulevaisuudesta vähäisten todisteiden tai menneisyyden perusteella (Ackerman 2024). Esimerkiksi yksilö saattaa ajatella, ettei hän kykene selviytymään tulevasta sosiaalisesta tilanteesta ilman päihteitä, koska hänellä on aiemmin ollut vaikeuksia vastaavissa tilanteissa. Tämän vuoksi hän päättää käyttää päihteitä ennen tilannetta ja sen aikana. Näin ennustus toteutuu ja vahvistaa hänen aiempaa käsitystään.

Päihderiippuvuuteen liittyy usein vääristynyt käsitys kyvystä hallita päihteiden käyttöä. On yleistä uskoa, että päihteiden käytön voi halutessaan lopettaa milloin tahansa. (Twerski 2014, 39, 95.) Twerskin (2014, 40) mukaan tämä harhakuvitelma liittyy riippuvuuden aiheuttamaan erilaiseen aikakäsitykseen, jolloin esimerkiksi lyhyet päihteettömät jaksot tulkitaan virheellisesti todisteiksi käytön hallinnasta. Päihderiippuvuus muuttaa ajattelutapaa niin, että yksilö tottuu odottamaan ja haluamaan välittömiä palkintoja. Lähitulevaisuuteen keskittyvä ajattelun vuoksi pitkän aikavälin haitat jäävät huomiotta. (Twerski 2014, 40–42.) Lyhytnäköisen aikakäsityksen vuoksi ajatus

päihdeettömästä loppuelämästä voi olla hyvin ahdistava. AA-liikkeen päivä kerrallaan -periaate vastaa tähän haasteeseen. Periaatteen tavoitteena on keskittää huomio nykyhetkeen, mikä tekee raittiuden tavoittelusta hallittavampaa ja auttaa lievittämään tulevaisuuteen liittyvää ahdistusta (Manual for Alcoholics Anonymous n.d., 14). Lyhytnäköinen ajattelutapa tekee päihderiippuvaisista usein kärsimättömiä, mikä voi näkyä myös toipumisprosessissa. Kärsimättömyys voi ilmetä odotuksena päihdeettömyyden välittömistä myönteisistä vaikutuksista, mikä lisää turhautumista ja vaikeuttaa pitkäjänteistä sitoutumista toipumiseen. (Twerski 2014, 41, 44.)

Ajatusvääristymät, kuten virheelliset johtopäätökset ja ennustukset, voivat muokata yksilön käyttäytymistä ja päätöksentekoa negatiivisella tavalla. Kun negatiiviset ajatukset toistuvat jatkuvasti, ne alkavat vähitellen juurtua yksilön ajatusmaailmaan ja muuttua automaattisiksi reaktioiksi, mikä johtaa siihen, että negatiiviset kognitiiviset mallit integroituvat tiedostamattomaksi osaksi päivittäistä ajattelua ja käyttäytymistä. (Ackerman 2024.) Tämä voi johtaa käyttäytymisen kaavamaisuuteen ja ajatusten automatisoitumiseen.

4.3 Ajatusten automatisoituminen ja ehdollistuminen

Automaattiset ajatukset

Automaattiset ajatukset ovat tiedostamattomia ja nopeita reaktioita, jotka syntyvät mielesämme erilaisissa tilanteissa. Ne pohjautuvat usein aiempiin kokemuksiin, uskomuksiin ja odotuksiin, muodostaen sisäistä puhetta, jonka avulla jäsenämme ympäröivää maailmaa. Koska automaattiset ajatukset tapahtuvat ilman tietoista harkintaa, niiden vaikutus jää usein huomaamatta. Useimmiten tiedostamme vain niihin liittyvät tunteet. (Stenberg ym. 2013, 69–70.)

Automaattiset ajatukset voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. Negatiivisten automaattisten ajatusten taustalla on yleensä ajatusvääristymiä. Nämä ajatukset voivat johtaa haitalliseen käyttäytymiseen. (Stenberg ym. 2013, 69–70.) Esimerkiksi päihderiippuvainen saattaa kaavamaisesti ajatella päihteitä aina samankaltaisissa tilanteissa. Stenbergin ja muiden (2013, 69–70) mukaan automaattiset ajatukset vaikuttavat merkittävästi tunteisiin ja käyttäytymiseen, mutta niitä ei yleensä kyseenalaisteta. Ymmärtämällä ja tunnistamalla omia automaattisia ajatuksiaan yksilö voi kehittää kykyään hallita paremmin tunteitaan ja reaktioitaan erilaisissa tilanteissa. Tämä voi auttaa vähentämään negatiivisten ajatusvääristymien vaikutusta ja edistämään myönteisempää käyttäytymistä.

Ajatukset automatisoituvat hiljalleen, yleensä toiston ja oppimisen kautta. Seuraavaksi tarkastellaan, kuinka ajatukset voivat automatisoitua ehdollistumisen myötä.

Ehdollistuminen

Ehdollistuminen on keskeinen oppimisprosessi, joka voidaan jakaa kahteen päämalliin: klassiseen ehdollistumiseen ja välineelliseen (operanttiin) ehdollistumiseen. Klassinen ehdollistuminen juontaa juurensa Ivan Pavlovin koirakokeisiin ja perustuu kahden ärsykkeen assosiaatioon. Esimerkiksi koira voi oppia yhdistämään tietyn äänen ruokaan, minkä seurauksena pelkkä äänen kuuleminen voi laukaista syljenerityksen. (McConnell & Miller 2010; Eronen ym. 2005, 58–62.) Ärsykkeiden väliset assosiaatiot ovat merkittävässä roolissa riippuvuutta aiheuttavien halujen kehittymisessä (West & Brown 2013, 122). Alun perin neutraalit ärsykkeet voivat ajan myötä assosioitua päihteisiin, mikä johtaa siihen, että tietyt tilanteet tai paikat voivat laukaista päihteiden hignon. Päihteiden kohdalla ehdollistumisreaktiot voivat olla myös kompensoivia, jolloin keho oppii ennakoimaan päihteiden vaikutuksia ja valmistautuu niihin etukäteen. Ennakoivalla kompensoinnilla keho pyrkii vähentämään päihteiden vaikutuksia, mikä voi johtaa toleranssin kasvuun. (McConnell & Miller 2010.)

Välineellinen ehdollistuminen on oppimisprosessi, jossa käyttäytymisen todennäköisyyttä muokkaavat sen seuraukset (Brown 2014). Termi *välineellinen* kuvaa opittua reaktiota ”välineenä” saavuttaa haluttu tavoite (Eronen ym. 2005, 61). Oppimismalli sai alkunsa B. F. Skinnerin tutkimuksista ja perustuu vahvistamiseen sekä rankaisemiseen. Esimerkiksi jos tietty käyttäytyminen johtaa vahvistamiseen, kuten palkintoon, sen todennäköisyys kasvaa. Vastaavasti jos käyttäytyminen johtaa rangaistukseen, sen todennäköisyys vähenee. (Brown 2014; Eronen ym. 2005, 61–62.)

Päihderiippuvuuden yhteydessä vahvistavia tekijöitä voivat olla päihteiden käytöstä syntyvät miellyttävät tunteet ja kokemukset, joiden saavuttaminen kannustaa toistamaan päihteiden käyttöä ja lisää käytön todennäköisyyttä (West & Brown 2013, 115). Halutun tapahtuman saavuttamista kutsutaan positiiviseksi vahvistamiseksi. Negatiivinen vahvistaminen puolestaan tarkoittaa epämiellyttävän tapahtuman tai tilan päättymistä käyttäytymisen seurauksena. (Brown 2014.) Tällöin vahvistusta voi syntyä helpotuksen tunteista, kun päihteillä pyritään lievittämään vieroitusoireita tai ahdistuneisuutta. Pelkkä vieroitusoireiden saamisen uhka voi aktivoida negatiivisen vahvistusmekanismin. (West & Brown 2013, 115, 117.) Myös negatiivinen vahvistaminen lisää päihteiden käytön todennäköisyyttä, sillä yksilö oppii käyttämään päihteitä välttääkseen epämiellyttäviä fyysisiä tai psyykkisiä tiloja.

Myös rankaiseminen voi olla positiivista tai negatiivista. Positiivisessa rankaisemisessa käyttäytymisen todennäköisyys vähenee, jos siitä aiheutuu epämiellyttävä seuraus. (Brown 2014.) Tällaisia voivat olla esimerkiksi vieroitusoireet sekä oikeudelliset ja sosiaaliset rangaistukset. Negatiivinen rankaiseminen tarkoittaa halutun ärsyksen poistamista, mikä johtaa käyttäytymisen todennäköisyyden vähenemiseen (Brown 2014). Esimerkkejä tästä ovat työpaikan menettäminen tai parisuhteen päättyminen käyttäytymisen seurauksena. Jo pelkkä rankaisemisen uhka voi vähentää käyttäytymisen todennäköisyyttä.

4.4 Motiiviristiriidat ja kognitiivinen dissonanssi

Motiiviristiriidat

Motiiviristiriita (motiivikonflikti) tarkoittaa tilannetta, jossa yksilöllä on samanaikaisesti kaksi tai useampia motiiveja, jotka ovat ristiriidassa keskenään (Ehrlich & Fasbender 2017, 1; Laine & Vilkkö-Riihelä 2006, 68). Motiiviristiriidat syntyvät houkuttelevista ja/tai vastenmielisistä tavoitteista. Niiden taustalla voi olla kaksi erilaista motivaatiovoimaa, jotka ohjaavat yksilön toimintaa eri suuntiin: lähestymismotivaatio syntyy palkitsevan tavoitteen vetovoimasta, kun taas välttämismotivaatio aktivoituu rangaistuksen tai epämiellyttävän seurauksen välttämisestä. Nämä motivaatiovoimat perustuvat Kurt Lewinin teoriaan, joka kuvaa motiiviristiriidat kahden vastakkaisen voiman – positiivisen ja negatiivisen valenssin – vaikutuksena, jotka voivat ohjata yksilön käyttäytymistä joko itsenäisesti tai samanaikaisesti. (Ehrlich & Fasbender 2017, 1.)

Motiiviristiriidat voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: lähestymis-lähestymis-ristiriitaan, välttämis-välttämis-ristiriitaan ja lähestymis-välttämis-ristiriitaan. Lähestymis-lähestymis-ristiriita syntyy, kun yksilö kohtaa kaksi houkuttelevaa tavoitetta, jotka molemmat aktivoivat lähestymismotivaation. (Ehrlich & Fasbender 2017, 1–2; Laine & Vilkkö-Riihelä 2006, 68–69.) Esimerkiksi päihderiippuvainen voi kokea ristiriitaa joutuessaan valitsemaan päihteen tuoman hetkellisen mielihyvän ja raittiuden tuoman pitkäaikaisen hyvinvoinnin välillä. Vaikka molemmat vaihtoehdot ovat houkuttelevia, niiden välinen ristiriita tekee päätöksenteosta haastavaa.

Välttämis-välttämis-ristiriita syntyy puolestaan tilanteessa, jossa yksilö joutuu valitsemaan kahden epämiellyttävän tai rankaisevan vaihtoehdon välillä, jotka molemmat aktivoivat välttämismotivaation (Ehrlich & Fasbender 2017, 2; Laine & Vilkkö-Riihelä 2006, 69). Esimerkiksi päihderiippuvainen voi kokea ristiriitaa, kun hänen on valittava vieroitusoireiden kärsimisen ja päihteen

käytön jatkamisen aiheuttamien haittojen, kuten taloudellisten ja terveydellisten ongelmien, välillä. Molemmat vaihtoehdot ovat epämiellyttäviä, ja päätöksenteko tällaisessa tilanteessa voi olla erityisen stressaavaa ja ahdistavaa.

Tavoitteet voivat myös olla samanaikaisesti sekä houkuttelevia että vastenmielisiä, mikä synnyttää lähestymis-välttämisen-ristiriidan (Ehrlich & Fasbender 2017, 1; Laine & Vilkkö-Riihelä 2006, 68–69). Esimerkiksi päihderiippuvainen voi kokea ristiriitaa harkitessaan päihteen käyttöä: päihde houkuttelee mielihyvän vuoksi, mutta samalla ajatus käytön seurauksista, kuten vieroitusoireista, taloudellisista menetyksistä ja syyllisyydentunteesta, tekee siitä vastenmielisen. Tämä sisäinen ristiriita voi johtaa voimakkaaseen kamppailuun ja vaikeuttaa päätöksentekoa.

Voimakkaat motiiviristiriidat voivat aiheuttaa ahdistusta sekä heikentää kykyä tehdä päätöksiä ja toimia tavoitteellisesti. Pitkään jatkuessaan motiiviristiriidat voivat johtaa päättämättömyyteen. Motivaation puute juontuu usein motiiviristiriidoista, mikä voi johtaa siihen, että yksilö viivyyttää vaikeiden päätösten tekemistä. (Laine & Vilkkö-Riihelä 2006, 69.) Esimerkiksi päihderiippuvainen saattaa kokea motiiviristiriitaa halutessaan lopettaa päihteen käytön, mutta samalla peläten sosiaalisen piirin menettämistä. Tämä voi aiheuttaa jatkuvaa ahdistusta ja johtaa tilanteeseen, jossa yksilö ei kykene tekemään päätöstä lopettamisen suhteen. Laineen ja Vilkkö-Riihelän (2006, 69) mukaan yksilö voi kokea suurta vaikeutta ymmärtää omaa toimintaansa, kun ristiriita syntyy tietoisesta ja tiedostamattoman motiivin välille. Tällaisessa tilanteessa käyttäytyminen saattaa tuntua selittämättömältä, koska taustalla olevat motiivit eivät ole täysin tiedostettuja. Esimerkiksi päihderiippuvainen voi tietoisesti pyrkiä vähentämään päihteen käyttöä parantaakseen elämänlaatuaan, mutta samalla tiedostamaton tarve paeta epämiellyttäviä tunteita voi ajaa häntä jatkamaan käyttöä. Tämä voi tuntua hämmentävältä, koska toiminta ei vastaa tietoista tavoitetta.

Kognitiivinen dissonanssi

Kognitiivinen dissonanssi tarkoittaa tilaa, jossa yksilö kokee psykologista epämukavuutta, kun hänen kognitionsa ovat ristiriidassa keskenään. Leon Festinger kuvasi tämän ilmiön vuonna 1957 esittämässään teoriassa. Ristiriitaiset kognitiot voivat koskea käyttäytymistä, havaintoja, asenteita, uskomuksia ja tunteita. Dissonanssi motivoi yksilöä vähentämään ristiriitaa eri tavoin, kuten muuttamalla kognitioitaan tai etsimällä uutta tietoa, joka joko vahvistaa tai vähättelee hänen aiempia uskomuksiaan. (Harmon-Jones & Mills 2019, 3–5.) Esimerkiksi päihderiippuvainen voi kokea dissonanssia siitä, että hän on menettänyt käytön hallinnan, koska tämä on ristiriidassa hänen uskomuksensa kanssa, jonka mukaan hän pystyy hallitsemaan käyttöönsä. Hän voi vähentää dis-

sonanssia esimerkiksi yrittämällä lopettaa päihteiden käytön, vähättelemällä ongelman vakavuutta, muuttamalla uskomustaan käytön hallinnasta tai etsimällä tietoa, joka tukee hänen nykyistä käyttäytymistään. Kognitiivinen dissonanssi voi vaikuttaa merkittävästi päihderiippuvaisen päätöksentekoon ja käyttäytymiseen. Tällaisessa tilanteessa yksilö pyrkii usein lievittämään kokeensa sisäistä ristiriitaa turvautumalla puolustusmekanismeihin.

4.5 Valehtelu, itsepetos ja ambivalenssi

Valehtelu

Valehtelu on yleinen ilmiö, ja sen määrittelyyn on olemassa monia näkökulmia. Yleisesti ottaen valehtelu voidaan määritellä tietoiseksi ja tahalliseksi pyrkimykseksi saada joku uskomaan jotakin, jonka puhuja itse uskoo olevan epätotta. Valehteluun liittyy usein aikomus harhauttaa tai johtaa toista harhaan, ja määritelmät vaihtelevat sen mukaan, vaaditaanko aina aikomusta saada toinen uskomaan valheeksi tiedettyä lausumaa todeksi. Valehtelu voi tapahtua suorien valheiden kertomisena, kuten väärän tiedon antamisena, tai salailuna ja tietojen pois jättämisenä, kuten tärkeiden faktojen tahallisenä pimittämisenä. Molemmat valehtelun muodot voivat olla yhtä vahingollisia. (Mahon 2008, 211–220.)

Päihderiippuvaisten käyttäytymistä leimaa usein taipumus totuuden vääristelyyn monista erisyistä. Yksi merkittävä syy on pyrkimys hankkia päihteitä tai mahdollistaa niiden käyttö. Tämä voi ilmetä esimerkiksi keksimällä tekosyitä päihteiden hankkimiseksi tai vähättelemällä omaa päihdeongelmaa muiden silmissä. Päihderiippuvaiset kehittyvät usein ajan myötä taitaviksi manipuloijiksi. Päihderiippuvaiset saattavat myös valehdella peittääkseen päihteiden käytön seurauksia. On tavallista, että he valehtelevat läheisilleen piilottaakseen käyttönsä tai välttääkseen negatiivisia seuraamuksia, kuten työpaikan menettämistä, riitoja tai oikeudellisia ongelmia. Lisäksi valehtelu voi toimia keinona peitellä epämiellyttäviä tunteita, kuten syyllisyyttä ja häpeää, jotka liittyvät usein päihderiippuvuuteen. Tällöin valehtelu tarjoaa keinon sekä itsen että muiden harhauttamiseksi, jotta näiden tunteiden kohtaaminen voidaan välttää. Valehtelu voi tuntua hetkellisesti hyödylliseltä ja tarjota väliaikaisen helpotuksen, mutta sillä on usein negatiivisia seurauksia. Tyyppillisesti valehtelu johtaa luottamuksen menetykseen, mikä vaikeuttaa merkittävästi sosiaalisia suhteita ja voi johtaa ihmissuhteiden heikkenemiseen tai katkeamiseen. (Twerski 2014, 21, 35, 57, 85–86.)

Itsepetos

Itsepetos on ilmiö, jossa yksilö pettää itseään uskomaan jotain, mikä ei ole totta. Tämä vähentää sisäistä epämukavuutta ja ylläpitää positiivista itsekuva. Itsepetos on läheisessä yhteydessä peitokseen, sillä itsepetos usein edeltää toisten pettämistä ja tekee siitä tehokkaampaa. Itsepetos syntyy, kun yksilö kokee kognitiivista dissonanssia eli ristiriitaa ajattelun ja käyttäytymisen välillä, ja pyrkii vähentämään tästä aiheutuvaa epämukavuutta. (de Vries & Timmins 2016, 163–165.) Esimerkiksi päihderiippuvainen voi perustella päihteiden käyttöä eri syillä, vaikka tunteeekin häpeää ja syyllisyyttä päihteiden käytöstään.

Itsepetos lievittää epämiellyttäviä tunteita ja mahdollistaa päihteiden käytön jatkumisen ilman tarvetta kohdata käytön todellisia vaikutuksia. Jatkuessaan itsepetos turruttaa epämiellyttävät tunteet. Epärehellisyys ilman syyllisyyden tunteita tekee itsepetoksesta entistä tehokkaampaa. Kun yksilö uskoo valheen itse, hän ei enää koe valehtelevansa ja näin välttää epärehellisyyden aiheuttaman epämukavuuden. Itsepetos voi johtaa siihen, että muisti ei enää erota alkuperäistä totuutta, mikä voi johtaa valemuijosten syntymiseen. (de Vries & Timmins 2016, 163–165.)

Päihderiippuvaisen itsepetos ilmenee usein kyvyttömyytenä myöntää riippuvuuttaan, vaikka se on muille ilmeinen. Esimerkiksi alkoholisti saattaa väittää, että hän voi lopettaa juomisen milloin tahansa tai että hänen juomismääränsä on samanlainen kuin muidenkin. Itsepetos johtuu osittain siitä, että riippuvuuteen liittyy voimakas stigma, joka on ristiriidassa henkilön oman minäkuvan kanssa. Usein alkoholismin katsotaan olevan ongelma, joka koskee vain tiettyjä ihmisryhmiä, kuten työttömiä tai syrjäytyneitä. Tämä puolestaan vahvistaa riippuvaisen taipumusta kieltää oma ongelmansa ja rationalisoida juomistaan erilaisten tekosyiden avulla, kuten väittämällä, että juominen on seurausta elämän kriisistä. Yksilön on vaikea ottaa vastuuta riippuvuudestaan, jos hän on jatkuvasti itsepetoksen vallassa. Itsepetoksen myöntäminen ja siitä irtautuminen on monille hyvin vaikeaa, koska se edellyttää sekä riippuvuuden myöntämistä että sosiaalisten ja henkilökohtaisten ongelmien käsittelyä. (Levy 2003, 133–137.)

Ambivalenssi

Ambivalenssi on tila, jossa yksilöllä on samanaikaisesti ristiriitaisia tunteita, asenteita tai ajatuksia samaa kohdetta kohtaan (Duodecim Terveyskirjasto 2016). Tämä voi ilmetä esimerkiksi samanaikaisina miellyttävyyden ja epämiellyttävyyden tunteina, jotka kohdistuvat samaan henkilöön, esiineseen, tapahtumaan tai tilanteeseen (American Psychological Association 2023a). Esimerkiksi päihteiden käyttäjä voi kokea samanaikaisesti sekä halua käyttää päihteitä että halua vastustaa

niiden käyttöä. Hän saattaa kokea voimakasta halua juoda alkoholia saadakseen mielihyvää (miellyttävyyttä), mutta samalla tiedostaa alkoholin käytön haittavaikutukset (epämiellyttävyyttä). Tämä samanaikaisten ristiriitaisten tunteiden ja ajatusten kokemus voi aiheuttaa merkittävää sisäistä konfliktia, vaikeuttaa päätöksentekoa sekä lisätä stressiä.

4.6 Tunteiden säätely ja tunne-elämän haasteet päihderiippuvuudessa

Tunteiden säätely tarkoittaa kykyä hallita, muokata ja ilmaista tunteita. Tunteilla ja niiden säätelyllä on suuri merkitys ihmisen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Tunteiden säätelyyn käytetään erilaisia strategioita, ja säätelystrategiat vaikuttavat tunnekokemukseen, siihen liittyvään käyttäytymiseen sekä tunteiden fysiologiaan. Tunteiden säätelyn taitoja ovat tunteiden tunnistaminen, arvioiminen, ymmärtäminen ja ilmaiseminen sekä kyky käyttää tunteita ajattelun apuna. (Kokkonen 2017, luvut 2–3, 9.) Tunteiden säätelyllä voidaan vaikuttaa tunteiden syntymiseen, ylläpitämiseen, voimakkuuteen ja keston. Tunteiden säätelyssä on tärkeää hallita sekä miellyttäviä että epämiellyttäviä tunteita. Tunteiden säätely voi vähentää tunteiden aiheuttamaa stressiä, ehkäistä häiritsevää käyttäytymistä sekä lisätä tunne-elämän avoimuutta ja joustavuutta. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541.)

Monet fysiologiset ja sosiaaliset tekijät sekä persoonallisuuden piirteet vaikuttavat tunteiden säätelyyn. Esimerkiksi temperamentti vaikuttaa yksilön kykyyn säädellä tunteitaan. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541–4542.) Varhaisilla vuorovaikutuskokemuksilla on suuri merkitys yksilön tunteiden säätelyssä (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541, 4544; Kokkonen 2017, luku 6). Varhaislapsuudessa kehittyvä tunteiden säätelykyky vaikuttaa myöhempiin taitoihin hallita tunteita ja reaktioita, mikä puolestaan vaikuttaa yksilön terveyteen ja hyvinvointiin koko elämän ajan (Shih & Davis 2020, 137).

Tunteiden säätelystrategiat vaihtelevat yksilöittäin, ja niiden valikoima kehittyy iän ja kokemusten myötä (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4542–4543). Tunteiden säätelystrategioiden toimivuus riippuu kontekstista. Sopeutumiskyky, eli kyky mukauttaa strategioita tilanteen mukaan, on yhteydessä parempaan psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin. (Aldao & Mennin 2014, 192, 197.) Mielenterveydelle erityisen haitallisia säätelystrategioita ovat tunteiden tukahduttaminen, välttely ja kieltäminen (Kokkonen 2017, luku 9). Myös tunteiden märehtäminen on terveydelle haitallista. Se tarkoittaa toistuvaa, hallitsematonta ja passiivista oman mielialan ja siihen liittyvien syi-

den ajattelua, mikä usein johtaa masennukseen ja psyykkiseen pahoinvointiin. Tunteiden tukahduttaminen voi puolestaan aiheuttaa fysiologisia muutoksia ja pitkällä aikavälillä olla terveydelle haitallista. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541, 4544–4545.) Tunteiden märehminen ja tukahduttaminen ovat säätelystrategioita, joiden käyttö on yhteydessä mielenterveyshäiriöiden oireisiin. Tunteiden hyväksyntä ja uudelleen arviointi voivat puolestaan vähentää mielenterveyden häiriöiden oireita. (Aldao & Mennin 2014, 192.) Miellyttävien tunteiden kokeminen vahvistaa mielenterveyttä ja voi parantaa immuunijärjestelmän toimintaa, mikä vähentää fyysisten sairauksien, kuten flunssan, esiintyvyyttä (Shih & Davis 2020, 134–135).

Tunteiden säätely ei aina toimi toivotulla tavalla. Ongelmia ilmenee erityisesti silloin, kun yksilön on vaikea sopeuttaa tunteitaan tilanteen vaatimuksiin ja hallita niiden vaikutusta ajatteluunsa ja toimintaansa. Tämä voi johtaa siihen, että tunteiden säätelyjärjestelmät toimivat puutteellisesti, mikä usein tuottaa epätyytyväisiä lopputuloksia ja sopimatonta käyttäytymistä. Esimerkiksi yksilö saattaa reagoida liioitellusti vähäiseenkin stressitekijään tai toimia impulsiivisesti tunnekuohun vallassa. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541.)

Tunteiden säätelyn ongelmat voidaan jakaa alisäätelyyn ja ylisäätelyyn. Puutteellinen tunteiden säätely voi johtaa impulsiiviseen, aggressiiviseen ja estottomaan käyttäytymiseen. Tunteiden liiallinen säätely voi puolestaan johtaa tunnekokemusten välttelyyn tai tukahduttamiseen. Tunteiden säätelyn ongelmat voivat johtua monista syistä. Näitä ovat esimerkiksi tunteiden tiedostamisen, ymmärtämisen ja hyväksymisen puute, rajalliset keinot tunteiden voimakkuuden ja keston säätelyyn, haluttomuus kuormittaa itseään psyykkisesti sekä kyvyttömyys hallita käyttäytymistään tunnekuohun aikana. (Kokkonen 2017, luku 2.)

Päihderiippuvaisilla on yleensä merkittäviä vaikeuksia tunteiden hallinnassa ja tunteiden säätelyssä (Petit ym. 2015, 2471; Twerski 2014, 119–120; Holmberg 2010, 48). Päihteiden väärinkäyttö on yksi haitallisimmista keinoista yrittää säädellä tunteita (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541, 4544). Päihderiippuvaiset turvautuvat usein päihteisiin selviytymiskeinona hallitakseen epämiellyttäviä tunteita ja lievittääkseen stressiä (Aalto 2015b, 61; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 106). He myös käyttävät vähemmän kognitiivisia muutosstrategioita tunteidensa säätelyssä, mikä altistaa heidät tunteiden säätelyn ongelmille. Nämä tekijät voivat kuitenkin johtaa kierteeseen, jossa päihteiden käyttö pahentaa tunteiden säätelyn ongelmia, mikä syventää päihderiippuvuutta. (Petit ym. 2015, 2471, 2475.) Tunteiden haitallinen hallinta ja säätely muodostavat merkittävän uhan mielenterveydelle ja hyvinvoinnille (Kokkonen 2017, luku 9).

Monet päihderiippuvaiset kokevat, että arkielämän tarjoamat palkinnot ja nautinnot ovat riittämättömiä, ja heillä voi olla vaikeuksia kokea mielihyvää ilman päihteitä (Twerski 2014, 125–126). Tämä voi johtua anhedoniasta eli kyvyttömyydestä kokea mielihyvää normaalisti nautinnollisista toiminnoista. Anhedonia on yleistä päihderiippuvaisilla, ja se voi esiintyä riippuvuuden kaikissa vaiheissa alkuvaiheesta alkaen. Anhedoniaa voi ilmetä myös raittiuden aikana. Tämä neurokemiallisten muutosten aiheuttama tila voi lisätä päihderiippuvuuden ja masennuksen riskiä sekä vaikeuttaa niiden hoitoa. (Destoop, Morrens, Coppens & Dom 2019.) Siten se voi myös vähentää motivaatiota pysyä raittiina. Anhedonia voi selittää, miksi jotkut ihmiset kääntyvät päihteiden puoleen elämänlaadun parantamiseksi, vaikka ulkoisesti kaikki vaikuttaisi olevan hyvin.

Päihderiippuvuuteen voi liittyä aleksitymia eli kyvyttömyys tunnistaa ja ilmaista omia tunteita. Yksilöillä, joilla on aleksitymia, on vaikeuksia käyttää tunteitaan apuna stressistä selviytymisessä, mikä voi johtaa lisääntyneeseen päihteiden käyttöön. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4546; Petit ym. 2015, 2471.) Lisäksi päihderiippuvaiset saattavat kärsiä emotionaalisesta ambivalenssista, jossa he ilmaisevat tunteita, joiden ilmaisemista he myöhemmin katuva, tai haluavat ilmaista tunteita, mutta eivät pysty siihen (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4546–4547).

Tunteiden säätelyn häiriö ja päihteiden himo ovat yhteydessä toisiinsa. Tehoton tunteiden säätely voi johtaa lisääntyneeseen päihteiden himoon ja päihteiden käytön jatkumiseen. Pitkäaikainen raittius on yhteydessä lisääntyneeseen kognitiivisten muutosstrategioiden käyttöön, mikä viittaa siihen, että raittius voi parantaa tunteiden säätelykykyä. Esimerkiksi yksilö, joka on ollut pitkään raittiina, voi kehittää parempia tapoja käsitellä stressiä ja tunteita ilman päihteitä. (Petit ym. 2015, 2471, 2475.)

Tunteiden säätelyn kehittäminen on tärkeää hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisessä. Kyse ei ole pelkästään siitä, osaammeko säädellä tunteitamme, vaan myös siitä, miten tunteita tulisi säädellä ja mitkä säätelystrategiat ovat mielen hyvinvoinnin kannalta tehokkaimpia. Useat menetelmät ja interventiot voivat auttaa parantamaan tunteiden säätelykykyä. Esimerkiksi tunne- ja tietoisuustaitojen harjoittelu voi kehittää kykyä säädellä omia tunteita. Myös sosiaalisiin taitoihin sekä itseilmaisuuksiin ja kehollisiin menetelmiin perustuvat keinot, kuten näyttämötaide ja jooga, voivat parantaa tietoisuustaitoja ja tunteiden säätelykykyä. (Kokkonen 2017, luku 9.)

4.7 Toipumista tukevien kognitiivisten mallien kehittäminen

Päihteistä irtautuminen edellyttää usein perustavanlaatuisia muutoksia kognitiivisissa – ja käyttäytymismalleissa, jotka mahdollistavat riippuvuutta ylläpitävien toimintatapojen hylkäämisen ja uusien, terveellisempien strategioiden omaksumisen (Havio ym. 2014, 45–49). Vaikka elämä olisi kaaoksessa, päihderiippuvainen saattaa tyytyä vallitsevaan tilanteeseen, koska riippuvuuskeskeinen ajattelu sitoo hänet tuttuihin vaikkakin haitallisiin toimintatapoihin (Twerski 2014, 133–136). Riippuvuuksien kohdalla käytetty sanonta "tuttu helvetti on parempi kuin tuntematon taivas" kuvaa osuvasti, kuinka vahvasti yksilö on kiinnittynyt vakiintuneisiin toimintatapoihin, vaikka ne olisivat haitallisia. Riippuvuuskeskeinen ajattelu sitoo yksilön sellaisiin tilanteisiin, joista muut olisivat luopuneet jo kauan sitten, mikä saattaa vaikuttaa ulkopuolisista käsittämättömältä (Twerski 2014, 16–17, 34–35). Esimerkiksi päihteiden käyttö voi jatkua huolimatta siitä aiheutuvista terveys-, ihmissuhde- ja taloudellisista ongelmista (Aalto 2015a, 13). Päihderiippuvaisella ei ole syytä muuttua, jos päihteet ovat hänen ainoa keinonsa kestää päivittäistä elämää. Päihtyminen voi muodostua yksilölle elämän tarkoitukseksi. Jotta päihderiippuvainen kyseenalaistaisi oman ajattelunsa ja toimintansa sekä aloittaisi käyttäytymisensä muuttamisen, tarvitaan yleensä merkittävä tapahtuma tai muutos elämäntilanteessa, mikä pakottaa yksilön tarkastelemaan elämäänsä uudesta näkökulmasta. (Twerski 2014, 133, 141–143, 149–153.)

Yksi tällainen tapahtuma voi olla oman pohjan löytämisen kokemus (myös pohjakokemus, pohjakosketus; engl. hitting bottom, hit rock bottom). Oman pohjan löytäminen tarkoittaa Kirouacin ja Witkiewitzin (2017) mukaan käännekohtaa, jossa yksilö päättää muuttaa päihdekäyttäytymistään. Se on yksilöllinen ja moniulotteinen kokemus, joka usein sisältää päihteisiin liittyvien ongelmien kumuloitumista. Twerski (2014, 134) lisää, että vaikka suhtautuminen päihteiden käyttöön muuttuu, se ei välttämättä tarkoita, että yksilö haluaisi luopua päihteiden käytöstä. Elämän ei myöskään tarvitse ajautua katastrofiin, jotta yksilö löytäisi oman pohjansa. Kuusiston (2010, 185) mukaan pohjan löytämisen kokemukseen kuuluu kyllästyminen ja väsyminen päihteiden käyttöön. Siihen sisältyy kuitenkin ajatus pohjasta käytön absoluuttisena päätepisteenä. Koski-Jänneksen (1998, 82–83) tutkimuksessa pohjakokemus ilmensi kriittistä pistettä, jossa yksilö saavutti hädän, nöyryydyksen tai ahdistavan kokemuksen kautta ymmärryksen siitä, ettei elämä enää voinut jatkua entiseen tapaan. Pohjakokemus ei kuitenkaan välttämättä edellyttänyt käyttäytymisen muutosta; yksilön elämäntilanne saattoi pohjakokemuksen myötä heikentyä entisestään, ja vaarana oli tilanteen eteneminen "pohjan läpi" ennenaikaiseen kuolemaan. (Koski-Jännes 1998, 82–83.)

Oman pohjan löytämisen kokemus ja siihen liittyvien ongelmien kumuloituminen voivat ilmetä eri tavoin, kuten sosiaalisten suhteiden rikkoutumisena, fyysisten tai psyykkisten terveysongelmien kärjistymisenä, vakavina elämäntilanteeseen tai ympäristötekijöihin liittyvinä haasteina, henkilökohtaisten arvojen ja identiteetin kriisinä tai kognitiivisena arviointina, joka liittyy ongelmien tiedostamiseen ja muutosharkintaan (Kirouac & Witkiewitz 2017). Aikoinaan riippuvuutta pidettiin moraalisenä epäonnistumisena ja pohjakokemusta toipumisen kannalta välttämättömänä. Tällöin pohjakokemuksen aiheuttamaan tuskaan suhtauduttiin jopa myönteisesti. Nykyäänkin oman pohjan löytäminen voidaan nähdä vain ikävänä kokemuksena sekä tilana, jossa päihderiippuvainen kokee olevansa alhaisimmillaan. Oman pohjan löytämisen ei kuitenkaan tarvitse olla negatiivinen kokemus. (Anderson 2024; Bapat 2022.)

Koski-Jännes (1998, 95) tuli tutkimuksessaan siihen tulokseen, että yleisimmät kokemukset, jotka johtivat riippuvuuskäyttäytymisen loppumiseen, liittyivät oman pohjan löytämiseen, riippuvuuden myöntämiseen, tietoiseen päätökseen ja katarttisiin vapautumiskokemuksiin. Riippuvuuskäyttäytymisen loppumiseen liittyvät emotionaaliset reaktiot vaihtelivat erittäin kielteisistä erittäin myönteisiin. Kaiken kaikkiaan lopettamiseen sisältyi usein monenlaisia tunteita. Tämä osoittaa, että päihderiippuvuudesta voi toipua myös ilman kriisiä tai negatiivista käännekohtaa. Muutoksen ydin ei ole niinkään siinä, millainen tunnetila kokemukseen liittyy, vaan siinä, millaisen merkityksen yksilö kokemukselleen antaa. (Koski-Jännes 1998, 95–96.)

Kuusiston (2010) tutkimuksessa monet osallistujat kuvasivat alkoholiongelmaansa kertomalla, kuinka he olivat saavuttaneet oman pohjansa. Tutkittavien keskuudessa alkoholin käytön nopea lopettaminen oli huomattavasti yleisempää kuin asteittainen vähentäminen. Alkoholin käytön lopettamisen syyt liittyivät huoleen itsestä, menetyksen pelkoon, viinanhimon poistumiseen ja toiveeseen paremmasta elämästä. Näihin syihin sisältyivät muun muassa kuolemanpelko, huoli terveyden menettämisestä, pelko sosiaalisen aseman ja taloudellisten saavutusten menettämisestä, sairastuminen ja hengellinen herääminen. Toipumista edistäviä tekijöitä olivat kyllästyminen ja väsyminen päihteiden käyttöön, nöyryytyksen ja häpeän tunteet, pohjakosketuksen kokeminen, terveyshuolet sekä tahdonvoima. Lisäksi ammattiapu, sosiaaliset suhteet ja tuki, kuten ystävät ja vertaistukiryhmät, edistivät toipumisprosessia. (Kuusisto 2010, 170–187, 197.)

Päihderiippuvuuteen liittyvien kognitiivisten mallien muuttaminen edellyttää usein merkittäviä tapahtumia tai oivalluksia, jotka auttavat yksilöä näkemään muutoksen tarpeellisuuden. Näitä tilanteita voi olla monia, mutta Koski-Jänneksen (1998, 129) mukaan erityisesti kaksi tilannetta on havaittu merkittäviksi muutoksen käynnistämisessä. Ensimmäinen tilanne on havainto siitä, että

elämää ei voi jatkaa entiseen tapaan. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että riippuvuus on vahingoittanut terveyttä, elämänlaatua ja itsekunnioitusta tai aiheuttanut merkittäviä sosiaalisia ongelmia. Toinen tilanne on toivon herääminen, joka avaa mahdollisuuden parempaan elämään. Tämä voi tapahtua esimerkiksi ihmissuhteiden, hoitosuhteiden, hengellisen heräämisen tai kahdentoista askeleen ohjelman avulla. Kaikki edellä mainitut tekijät havaittiin myös Kuusiston (2010) tutkimuksessa.

Twerski (2014, 143–144) näkee toipumisen käynnistämässä kaksi keskeistä tekijää: uskon menettäminen vallitsevaan ajattelutapaan ja uudenlaisen todellisuuden tulkinnan hyväksyminen joltakulta toiselta. Ensimmäinen tekijä on vahvasti yhteydessä käsitykseen, että elämää ei voi jatkaa entiseen tapaan. Jälkimmäinen tekijä viittaa uusien näkökulmien ja mahdollisuuksien omaksumiseen, mikä kaiken edellä mainitun perusteella on toipumisen yksi keskeisistä edellytyksistä. Twerskin näkemys kuitenkin edellyttää, että uudenlainen todellisuuden tulkinta tulee toiselta henkilöltä. Tämä näkemys on vahvasti ammattilaislähtöinen, mikä saattaa sulkea pois mahdollisuuden toipua ilman ulkopuolista apua. Koski-Jänneksen (1998, 128) ja Kuusiston (2010, 85; ks. myös 50–55) tutkimukset kuitenkin osoittavat, että ilman apua tapahtuva spontaani toipuminen on paitsi mahdollista myös kohtuullisen yleistä ⁶. Sekä epätoivon että toivon kokeminen voivat toimia muutoksen käynnistävinä tekijöinä. Myös näiden yhdistelmä voi olla merkittävä tekijä päihteiden käytön lopettamisessa, jolloin yksilö kokee nykyisen tilanteensa samanaikaisesti sekä sietämättömänä että mahdollisuutena parempaan tulevaisuuteen (Koski-Jännes 1998, 129).

⁶ Koski-Jänneksen (1998, 130) tutkimuksessa neljäsosa alkoholisteista lopetti alkoholin käytön omin avuin.

5 Toipuminen

Tässä luvussa tarkastellaan toipumisen käsitettä ja sen merkitystä mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Henkilökohtaisen toipumisen ymmärtäminen on keskeistä toipumisorientaatioajattelun kehittymiselle, sillä se korostaa asiakkaiden kokemusten ja tarpeiden huomioimista. Luvussa tarkastellaan toipumiseen liittyviä keskeisiä käsitteitä, tekijöitä ja prosesseja sekä erilaisia toipumisen vaihemalleja. Vaihemallien tarkastelu on olennaista, sillä se auttaa syventämään ymmärrystä asiakkaiden kokemuksista ja toipumisprosessin etenemisestä. Mallien vertailu ja niiden vahvuuksien tunnistaminen antavat ammattilaisille työkaluja yksilöllisen ja asiakaslähtöisen tuen suunnitteluun. Syvälinen ymmärrys toipumisprosessista ja sen eri vaiheista on olennaista, jotta asiakkaita voidaan tukea tehokkaammin toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti.

5.1 Toipumisen käsite

Toipumista mielenterveys- ja riippuvuushoidon kontekstissa voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. Nordling (2023, 30–31) esittää toipumiselle kolme erilaista lähestymistapaa: kliininen toipuminen, palveluiden näkökulma ja henkilökohtainen kokemus. Kliininen toipuminen keskittyy sairauden oireiden lievittymiseen ja tilan vakauttamiseen, esimerkiksi lääkehoidon avulla, ja sen tavoitteena on potilaan palautuminen sairautta edeltäneeseen tilaan, mikä kansankielisesti ilmaistuna tarkoittaa paranemista. Kliinisen lähestymistavan haasteena on, että vain osa potilaista toipuu täysin oireettomiksi.

Palveluiden näkökulmasta toipuminen määrittyy organisaation tavoitteiden mukaan. Tällöin toipumiseen sisältyy kustannuksellisia ja hallinnollisia tavoitteita sekä kriteerejä. Tutkimusperusteiset kriteerit perustuvat tutkimustuloksiin, joilla voidaan esimerkiksi osoittaa, millaisia palveluja toipujat keskimäärin tarvitsevat toipuakseen. Näiden kriteerien perusteella palveluiden tarjoamista voidaan rajata esimerkiksi asettamalla enimmäismäärät sille, kuinka paljon toipuja voi käyttää palvelua. Resurssiperusteisilla kriteereillä voidaan puolestaan määrittää enimmäismäärät, joiden puitteissa palveluita on saatavilla käytettävissä olevien resurssien rajoissa. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi vuosittaisia määrärahoja. Organisaatiolähtöinen palvelunäkökulma ei ota huomioon asiakkaan yksilöllisyyttä tai tarpeita. Kliinisen työn ja palveluiden näkökulmat liittyvät usein vahvasti toisiinsa, eikä kumpaankaan välttämättä sisälly asiakkaan omaa määritelmää toipumisestaan. (Nordling 2023, 30–31.)

Henkilökohtaisen kokemuksen huomioivaan toipumiseen sisältyy asiakkaan määritelmä mielekkästä elämästä. Tämä näkökulma mahdollistaa tyydyttävän ja toiveikkaan elämän sairaudesta huolimatta. Toipuminen sairaudesta ei tarkoita paluuta entiseen. Se on yksilöllinen ja ainutlaatuinen muutosprosessi, jossa asenteet, arvot, tunteet, tavoitteet ja taidot ovat keskeisessä roolissa. Laaja-alainen, yksilön henkilökohtaiset tarpeet huomioiva toipumiskäsitys sisältyy toipumisorientaation viitekehykseen. Toipumisorientaatio perustuu ajatukseen, ettei ole yhtä oikeaa tapaa toipua. Usein toipuminen vaatii aktiivisuutta, vastuunottoa ja yhteistyötä sekä lähiverkoston että ammattilaisten kanssa. Kun asiakkaalle tarjotaan vaihtoehtoja, hänelle annetaan mahdollisuus tehdä valintoja. Asiakkaan vastuuntunto vahvistuu, kun hän ymmärtää valintojensa seuraukset. (Nordling 2023, 30–31.)

5.2 Henkilökohtainen toipuminen

Henkilökohtainen toipuminen on prosessi, jossa painotetaan yksilön omia kokemuksia, näkemyksiä ja tavoitteita. Toisin kuin kliininen ja palvelulähtöinen toipuminen, henkilökohtainen toipuminen korostaa erityisesti yksilön aktiivista roolia ja subjektiivista kokemusta toipumisprosessissa. Tämä lähestymistapa alleviivaa, että toipuminen ei ole vain oireiden hallintaa, vaan myös kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja merkityksellisen elämän rakentamista. Henkilökohtaiseen toipumiseen voi kuulua esimerkiksi omien tavoitteiden asettaminen ja elämän uuden merkityksen löytäminen, mikä voi poiketa merkittävästi perinteisestä lääketieteellisestä näkökulmasta. (Nordling 2023, 31–34, 37–38, 131–133.)

Henkilökohtainen toipuminen on yksilöllinen prosessi, jota voidaan lähestyä monin eri tavoin. Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless ja Evans (2005, 481–483) erottavat toipumisen neljään erillaiseen ilmenemismuotoon.

1. Fyysinen toipuminen, jossa yksilö palautuu terveydentilaan, joka vastaa hänen tilaansa ennen sairastumista. Tämä on yleistä esimerkiksi akuuttien fyysisten sairauksien, kuten flunssan tai luunmurtuman, jälkeen.
2. Traumasta toipuminen, jossa ei pyritä palauttamaan henkilöä entiselleen, vaan korostetaan, että trauma muuttaa ihmistä pysyvästi ja toipuminen tarkoittaa näiden muutosten hyväksymistä osaksi elämää. Toipumisessa on kyse traumaattisten kokemusten integroimisesta elämään niin, että niiden haitalliset vaikutukset vähenevät ja elämässä voidaan jatkaa eteenpäin.

3. Riippuvuudesta toipuminen, joka käsittää päihteiden käytön lopettamisen ja sen aiheuttamien seurausten käsittelyn. Toipumiseen kuuluu oman elämän uudelleen rakentaminen, esimerkiksi ihmissuhteiden korjaaminen ja päihteettömän elämäntavan omaksuminen.
4. Mielensterveyshäiriöstä toipuminen, joka on usein elinikäinen prosessi. Tavoitteena ei välttämättä ole oireettomuus, vaan kyky elää merkityksellistä elämää oireista huolimatta keskittyen sairauden vaikutusten vähentämiseen ja henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamiseen.

Toipumisen taustalla olevat syyt vaikuttavat siis olennaisesti siihen, miten toipumiseen tulisi suhtautua. Mielensterveyshäiriöstä toipumiseen on monia eri näkökulmia. Yksi merkittävimmistä näkemuksista on peräisin William A. Anthonyilta, joka teki urauurtavaa työtä kuntoutuksen ja toipumisen parissa. Anthony esitti 1990-luvun alussa vision toipumisorientaation mukaisista mielensterveyspalveluista, jotka perustuvat toipumisen syvälliseen ymmärtämiseen. Hän korosti näkemyksissään yksilön aktiivista roolia toipumisprosessissa sekä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin merkitystä. Anthony (1993, 15–16) mukaan mielensterveyshäiriöstä toipuminen on moniulotteinen ja henkilökohtainen prosessi, jossa yksilö muuttaa asenteitaan, arvojaan, tunteitaan, tavoitteitaan, taitojaan ja roolejaan. Tämä prosessi mahdollistaa tyydyttävän, toiveikkaan ja osallistuvan elämän mielensterveyshäiriöstä huolimatta. Monet nykyiset mielensterveyspalvelut ovat ottaneet käyttöön toipumisorientaation mukaisia menetelmiä, jotka auttavat asiakkaita asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita ja löytämään uuden merkityksen elämälleen.

Toipuminen ei ole lineaarinen prosessi, vaan siihen voi sisältyä sekä etenemistä että takaiskuja. Toipumisprosessi saattaa vaikuttaa epäjärjestelmälliseltä ja ennakoimattomalta, mikä korostaa toipumisen yksilöllistä vaihtelua ja toipumiseen vaikuttavien tekijöiden monipuolisuutta. Toipuminen voi edetä, vaikka oireet uusiutuisivat, sillä vakavan mielensterveyshäiriön jaksottaisuus ei välttämättä estä toipumista. Merkittävää toipumista voi tapahtua, vaikka oireet eivät täysin väistyisikään. Joskus sairauden seurauksista toipuminen voi olla haastavampaa kuin itse sairaudesta toipuminen. (Anthony 1993, 15–20.)

Uuden merkityksen ja tarkoituksen löytäminen elämään on keskeinen osa toipumista. Toipumisen kannalta on olennaista, että yksilö uskoo elämässä olevan vaihtoehtoja. (Anthony 1993, 20–22.) Toipuminen voi ilmetä esimerkiksi uuden harrastuksen löytämisenä tai vapaaehtoistyöhön osallistumisena, mikä voi tuoda elämään uutta merkitystä ja tarkoitusta. On tärkeää, että toipumisen aikana yksilö kokee saavansa tukea ja ymmärrystä ympäristöltään, olipa kyseessä perhe,

ystävät tai ammattiauttajat. Onnistunut toipuminen ilmenee yksilön ja hänen kokemustensa merkittävänä muutoksena (Anthony 1993, 20).

Toipumiseen on monia polkuja, mukaan lukien päätös olla hakematta apua tai ottamatta sitä vastaan. Yksilö voi toipua ilman ammatillista väliintuloa; luonnolliset tukiverkostot, kuten vertaisryhmät, perhe ja ystävät, voivat merkittävästi edistää toipumista. Esimerkiksi vertaisryhmät tarjoavat tukea ja ymmärrystä, jotka voivat olla ratkaisevia toipumisen etenemiselle. Tämä korostaa yhteisön ja sosiaalisen tuen merkitystä toipumisprosessissa. Mielenterveyshäiriöstä toipuneet tai toipumassa olevat henkilöt ovat arvokkaita tietolähteitä, jotka voivat auttaa ymmärtämään toipumisprosessia ja sitä, miten muut voivat tukea toipumista. (Anthony 1993, 17–20.)

Mielenterveyshäiriöstä toipuminen merkitsee eri asioita sekä asiakkaille että ammattilaisille. Toipuminen on perinteisesti nähty oireiden lieventymisenä tai paluuna häiriötä edeltävään tilaan, mutta nykykäsityksen mukaan toipuminen on paljon laajempi ja yksilöllisempi prosessi. Se ei tarkoita pelkästään kliinistä paranemista, vaan sisältää henkilön omien tavoitteiden ja arvojen mukaisen elämän rakentamisen. Ammattilaisten keskuudessa toipuminen on kuitenkin usein tulkittu kapeasti oireiden hallintana tai mielenterveydellisten tulosten paranemisena, mikä voi estää kokonaisvaltaisen toipumisen tunnistamisen. Tämä voi johtaa siihen, että tärkeitä tekijöitä, kuten sosiaalista osallisuutta, elämänlaatua ja henkilökohtaista toivoa, ei yhdistetä toipumisprosessiin. Lisäksi on vaarana, että toipumista arvioidaan vain konkreettisten edistysaskelten perusteella, vaikka sen tulisi perustua henkilön omiin kokemuksiin ja tavoitteisiin. Kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa kunnioitetaan yksilön omia näkemyksiä ja prosessin monimuotoisuutta, on avain toipumisen tukemiseen. (Le Boutillier ym. 2011, 1470–1475.)

Kuten Anthony (1993, 20) huomauttaa, toipumisprosessit eivät ole lineaarisia, vaan ne voivat sisältää sekä etenemisen että taantumisen vaiheita. Muutokset voivat tapahtua joko nopeina edistysaskelina tai hiljalleen (Nordling 2018, 1478). Tämä epälineaarisuus korostaa sitä, että toipuminen on dynaaminen prosessi, jossa edistymistä ja takapakkeja voi tapahtua samanaikaisesti. Toipumisen subjektiivisuus johtaa siihen, että eri ammattilaiset korostavat toipumisessa eri piirteitä, mikä tekee toipumisen määrittelemisen ja mittaamisen vaikeaksi (Le Boutillier ym. 2011, 1470). Tämä asettaa haasteen yhteisen toipumiskäsityksen luomiselle.

Vaikka Anthony vasta visioi toipumisorientaation mukaisia palveluita, hänellä oli selkeä käsitys siitä, että toipuminen on yksilöllinen prosessi. Hänellä oli myös hyvä ymmärrys toipumisprosessista ja siihen vaikuttavista moninaisista tekijöistä, vaikka vuonna 1993 totesikin, ettei toipumisprosessia ollut vielä tutkittu (Anthony 1993, 18). Sittemmin toipumisprosessia on tutkittu laajasti,

ja Anthonyyn näkemykset ovat saaneet tieteellistä tukea. Hänen ajatuksensa toipumisprosessista ovat edelleen relevantteja, ja hänen visionsa toipumisorientaation mukaisista mielenterveyspalveluista on toteutunut. Seuraavassa luvussa tarkastellaan tarkemmin toipumisen prosesseja, jotka tarjoavat lisää käsitteellistä selkeyttä henkilökohtaisen toipumisen ymmärtämiseksi.

5.3 Toipumisen prosessit

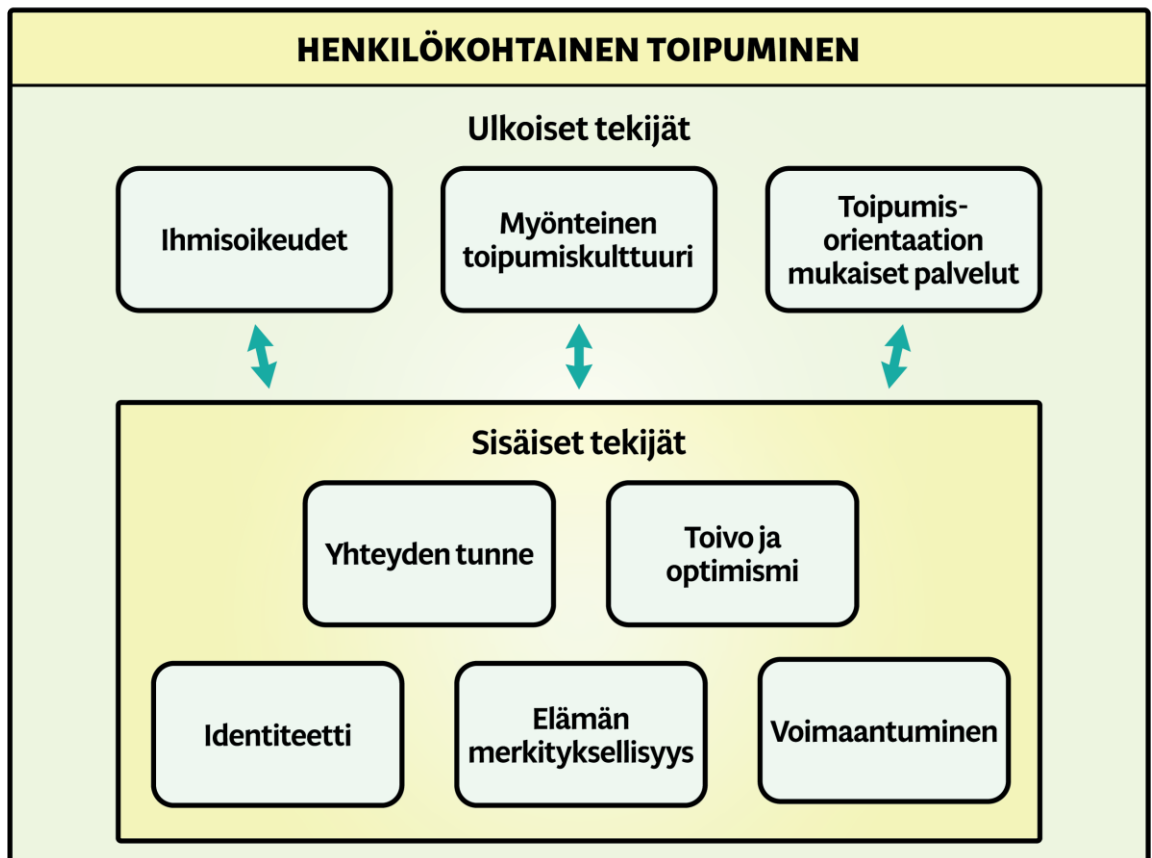
Toipumisprosessi on moniulotteinen, yksilöllinen ja jokaiselle ainutlaatuinen matka. Siitä voidaan myös tunnistaa keskeisiä vaiheita ja prosesseja, jotka ovat yleisiä kaikille toipujille. (Nordling 2023, 31.) Toipumisen keskeiset osaprosessit ja erilaiset teoreettiset mallit syventävät ymmärrystä henkilökohtaisesta toipumisesta. Nämä mallit selkeyttävät toipumisen eri ulottuvuuksia ja tarjoavat selityksiä siitä, miten toipumista voidaan parhaiten tukea erilaisissa tilanteissa.

Leamy, Bird, Boutillier, Williams ja Slade (2011) tutkivat henkilökohtaisen toipumisen käsitteellistä viitekehystä mielenterveyshäiriöissä suorittaen systemaattisen katsauksen ja narratiivisen synteesin toipumiseen liittyvistä tutkimuksista. Tutkimuksensa perusteella he kehittivät mallin, joka tuo käsitteellistä selkeyttä henkilökohtaisen toipumisen ymmärtämiseen. Malli koostuu viidestä keskeisestä prosessista, jotka ovat yhteyden tunne, toivo ja optimismi, identiteetti, elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen. Nämä prosessit edistävät yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia ja toipumista, ja prosessien merkitys korostuu erityisesti, kun pyritään tukemaan ja vahvistamaan yksilön toipumista mielenterveyden haasteista.

Jacobson ja Greenley (2001) esittävät mielenterveyshäiriöistä toipumisen käsitteellisessä mallissaan, että toipuminen koostuu sekä sisäisistä että ulkoisista tekijöistä, jotka yhdessä mahdollistavat toipumisprosessin. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat yksilön asenteet, kokemukset ja muutosprosessit, kun taas ulkoihin tekijöihin kuuluvat ympäristön olosuhteet, tapahtumat ja käytännöt. Nämä tekijät vaikuttavat keskinäisesti toisiinsa. Toipumisprosessin käynnistyttyä se voi itsessään muuttua tekijäksi, joka muokkaa sekä sisäisiä että ulkoisia olosuhteita. Tärkeimpiä sisäisiä tekijöitä ovat toivo, parantuminen, voimaantuminen ja yhteys. Ulkoihin tekijöihin kuuluvat ihmisoi-keudet, myönteinen toipumiskulttuuri ja toipumisorientaation mukaiset palvelut.

Jacobsonin ja Greenleyn malli korostaa samoja prosesseja kuin Leamyn ja kollegoiden malli, kuten toivoa, voimaantumista ja yhteyden tunnetta. Lisäksi Jacobsonin ja Greenleyn malli laajentaa näkökulmaa sisällyttämällä ulkoisia tekijöitä, jotka tekevät mallista kattavamman. Toipumisen ydinprosesseista koostuvat sisäiset tekijät sekä ympäristöön liittyvät ulkoiset tekijät muodostavat

yhdessä henkilökohtaisen toipumisen käsitteellisen viitekehksen, joka auttaa jäsentämään toipumisprosessia. Tämä viitekehys on havainnollistettu kuvassa 1.



Kuva 1. Henkilökohtaisen toipumisen käsitteellinen viitekehys (Jacobson & Greenley 2001; Leamy ym. 2011)

Ulkoisten ja sisäisten tekijöiden tasapainoinen yhdistelmä luo perustan, joka mahdollistaa yksilön toipumisen edistymisen ja vahvistumisen. Ihmisoikeusnäkökulma korostaa stigman ja syrjinnän poistamista, yhdenvertaisten mahdollisuuksien edistämistä sekä elämän perustarpeiden ja tarvittavien sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuutta. Myönteinen toipumiskulttuuri luo ympäristön, jossa suvaitsevaisuus, empatia ja yhteistyö ovat keskiössä ja jossa sekä asiakkaat että ammattilaiset voivat voimaantua ja toimia tasavertaisessa yhteistyössä. Toipumisorientaation mukaiset palvelut sisältävät monipuolista tukea, kuten oireiden hallintaa, kriisiapua ja vertaistukea, ja ne perustuvat asiakkaiden aktiiviseen osallistumiseen ja yhteiseen päätöksentekoon. (Jacobson & Greenley 2001.) Sisäisiä tekijöitä käsitellään tarkemmin luvussa 6.4.

5.4 Toipuminen päihderiippuvuudesta

Edellisessä luvussa esitellyt toipumisen prosessit ja käsitteellinen viitekehys ovat relevantteja myös päihderiippuvuuden kohdalla. Päihderiippuvuudesta toipumiseen sisältyy kuitenkin tiettyjä erityispiirteitä, jotka on otettava huomioon toipumisen määrittelyssä ja tarkastelussa.

Raittius on käsite, joka yleisesti liitetään päihderiippuvuudesta toipumiseen. Se tarkoittaa pidättäytymistä päihteiden käytöstä, mutta käytännössä käsite on hyvin joustava; toisille raittius merkitsee täydellistä pidättäytymistä päihteistä (abstinenssi), kun taas toisille siihen voivat kuulua esimerkiksi satunnaiset alkoholiannokset. Siksi raittiuteen tähtäävä toipuminen vaatii tarkentamista, mitä raittiudella tarkoitetaan. Sama koskee raittiuden saavuttamista. Toiselle se tarkoittaa päihteetöntä päivää, toiselle ajan myötä vakiintunutta elämäntapaa. (Laine n.d.) Raittiuden mitaaminen on haastavaa, sillä raittiuden tila ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Tämä tekee myös toipumisen määrittelystä ongelmallista. Yksi keino helpottaa toipumisen määrittelyä olisi erilaisten toipumisen asteiden määrittely sen mukaan, kuinka kauan päihteettömyys on kestänyt (Kuusisto 2010, 42–44).

Päihderiippuvuudesta toipuminen voidaan käsittää laajempänä prosessina kuin pelkkänä päihteiden käytön lopettamisena. Tällainen toipumiskäsitys sisältyy esimerkiksi kahdentoista askeleen toipumisohjelmaan. AA-liike ja monet kahdentoista askeleen ohjelmaan perustuvat hoitomallit käsittävät toipumisen kokonaisvaltaisena elämänmuutoksena, joka on enemmän kuin abstinenssi. Tällöin abstinenssi on vain toipumisen lähtökohta. Twerskin (2014, 133, 142) mukaan todellinen toipuminen edellyttää sitä, että päihderiippuvaisen ajattelutavat, asenteet ja käyttäytyminen muuttuvat perustavanlaatuisesti. Syvään juurtuneiden ajatusmallien muuttaminen voi olla päihderiippuvaiselle haastavaa, sillä ne ovat usein ohjanneet hänen toimintaansa merkittävän osan elämää. Pysyvän muutoksen aikaansaaminen edellyttää uusien, terveellisempien ajatus- ja toimintatapojen omaksumista.

Päihderiippuvuudesta toipuminen ei kuitenkaan välttämättä vaadi täydellistä päihteettömyyttä. Tässä yhteydessä toipuminen voidaan käsittää prosessina, jossa päihderiippuvainen pyrkii parantamaan elämänlaatuaan, vaikka päihteiden käyttö jatkuisi. Esimerkiksi opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidossa tavoitteena voi olla haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen (A 642/2023). Samoin alkoholin käytön vähentäminen voidaan katsoa osaksi toipumisprosessia. Tällöin pyritään alkoholin kohtuukäyttöön.

Hoidossa paras lopputulos saavutetaan yleensä silloin, kun päihderiippuvainen määrittelee tavoitteensa itse. Päihteiden käyttömäärien tai haittojen vähentäminen voi olla hyvä tavoite, jos päihderiippuvainen ei ole valmis päihteettömyyden tavoitteluun. Toisaalta, mikäli päihderiippuvuus on edennyt pitkälle, päihteiden kohtuukäyttö voi osoittautua erittäin haastavaksi. (Aalto 2015c, 16.) Toipumisen tulisi kuitenkin olla yhtä arvokasta, olipa toipumisen tavoitteena abstinenssi, haittojen vähentäminen tai muu toipujan itse määrittelemä kuntoutuspolku (Nordling 2023, 33–34).

Päihderiippuvuudesta tai mielenterveyshäiriöistä toipuminen on usein pitkäkestoinen ja monivaiheinen prosessi. Tutkimuksissa on pyritty tunnistamaan toipumisprosessin eri vaiheita sekä kehittämään niihin perustuvia malleja, jotka selkeyttävät toipumisen etenemistä ja vaiheiden keskeisiä tekijöitä. Näiden mallien avulla voidaan paremmin ymmärtää toipumisprosessin dynamiikkaa. Seuraavassa luvussa tarkastellaan tarkemmin toipumisprosessin vaiheita ja niiden keskeisiä ominaisuuksia.

5.5 Toipumisen vaiheet

Käyttäytymismuutosten mekanismien selittämiseksi on kehitetty erilaisia malleja (Koski-Jännes, Riittinen, Saarnio & Lahti 2008, 30), jotka syventävät ymmärrystä yksilöiden toipumisprosesseista ja niiden tukemisesta. Vaikka toipuminen on yleensä monivaiheinen ja yksilöllinen prosessi, siinä voidaan tunnistaa tiettyjä yleisiä vaiheita, jotka auttavat ymmärtämään toipumisen etenemistä ja dynamiikkaa. Tässä luvussa tarkastellaan toipumisen vaiheita Retta Andresenin, Lindsay Oadesin ja Peter Caputin toipumisen vaihemallin, James Prochaskan ja Carlo DiClementen transteoreettisen muutosvaihemallin sekä George De Leonin toipumismallin mukaan. Nämä mallit syventävät ymmärrystä siitä, kuinka yksilöt etenevät toipumisprosessin eri vaiheissa kohti pitkäkestoisia hyvinvointia ja pysyvää toipumista.

5.5.1 Toipumisen vaihemalli

Andresen, Oades ja Caputi (2003) tutkivat mielenterveyshäiriöistä toipumista kehittääkseen mallin, joka syventäisi ymmärrystä toipumisprosessista. Tutkimus perustui laajaan kirjallisuuskatsaukseen, joka kattoi potilaiden kokemuksia ja kvalitatiivisia tutkimuksia. Tutkimuksessa tunnis-

tettiin toipumiselle keskeisiä prosesseja, kuten toivon löytäminen, identiteetin uudelleenrakentaminen, elämän merkityksen löytäminen sekä vastuun ottaminen toipumisesta. Katsauksen perusteella he tunnistivat viisi toipumisen vaihetta, jotka kuvaavat psykologisen toipumisen prosessia potilaiden näkökulmasta:

Ensimmäinen vaihe on etsintävaihe (moratorio). Se on luonteeltaan kielteinen, ja siihen liittyy toivottomuuden, hämmennyksen ja identiteettikriisin tunteita. Sairauden kieltäminen ja itsensä suojaaminen ovat tässä vaiheessa tyypillisiä piirteitä. Tämä vaihe kuvaa toipumisprosessin alkuvaihetta, jossa yksilö kamppailee sairauden aiheuttaman psykologisen kriisin keskellä. (Andresen ym. 2003, 596–599.)

Toisessa vaiheessa (tietoisuus) yksilö alkaa kokea toiveikkuutta paremmasta elämästä ja toipumisen mahdollisuudesta. Vaihe voi käynnistyä itsenäisesti tai muiden tuella, jolloin yksilö alkaa vähitellen tunnistaa omia voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan, mikä johtaa uudenlaiseen asenteeseen ja toimintatapaan. (Andresen ym. 2003, 596–599.)

Kolmannessa vaiheessa (valmistautuminen) yksilö päättää aloittaa toipumisen. Yksilö alkaa arvioida omia arvojaan, vahvuuksiaan ja heikkouksiaan sekä perehtyä sairauteen ja saatavilla oleviin palveluihin. Tämä vaihe on keskeinen, sillä siinä yksilö tekee konkreettisia suunnitelmia ja valmisteluja toipumisen edistämiseksi. (Andresen ym. 2003, 596–599.)

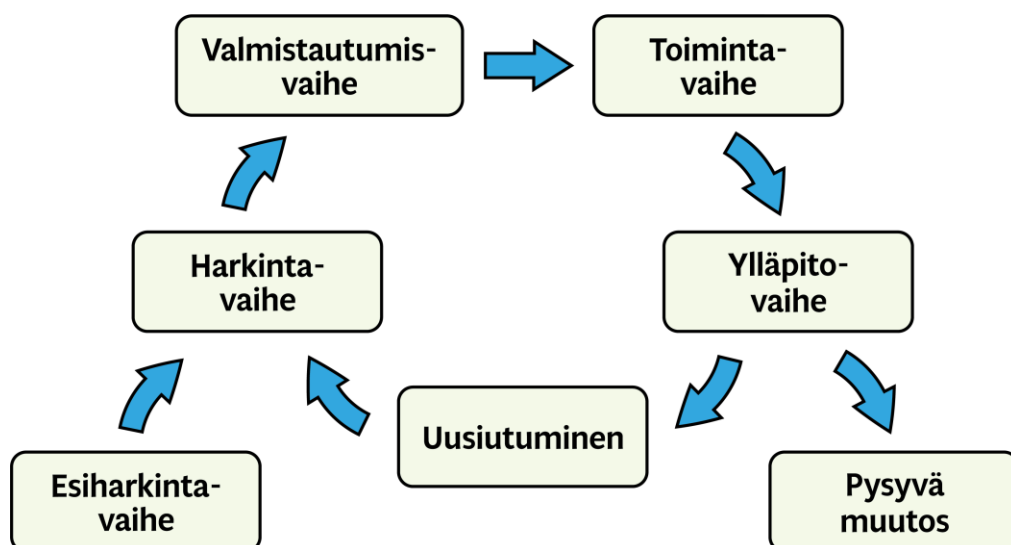
Neljännessä vaiheessa (uudelleenrakentaminen) tapahtuu varsinainen toipumisen intensiivinen työ. Yksilö pyrkii rakentamaan positiivisen identiteetin, mikä edellyttää henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja saavuttamista sekä aiempien tavoitteiden ja arvojen uudelleenarviointia. Tässä vaiheessa yksilön on otettava vastuu sekä sairauden että oman elämän hallinnasta. Vaiheeseen voi sisältyä myös riskien ottamista, takaiskujen kohtaamista ja uusien yritysten tekemistä. (Andresen ym. 2003, 596–599.)

Viides ja viimeinen vaihe on kasvun vaihe, jota voidaan pitää toipumisprosessin tuloksena. Vaikka yksilö ei välttämättä ole täysin oireeton, hän on oppinut hallitsemaan sairauttaan ja ylläpitämään hyvinvointiaan. Yksilö on sitkeä vastoinkäymisissä, luottaa omaan selviytymiskykyynsä ja säilyttää positiivisen asenteen. Hän elää täyttä ja merkityksellistä elämää sekä suhtautuu tulevaisuuteen myönteisesti. Yksilöllä on myönteinen käsitys itsestään ja kokemus siitä, että toipumisprosessi on tehnyt hänestä paremman ihmisen kuin hän muuten olisi ollut. (Andresen ym. 2003, 596–599.)

5.5.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Prochaskan ja DiClementen transteoreettinen muutosvaihemalli kuvaa elämäntapamuutoksiin motivoitumisen muutosprosessia. Malli jakaa muutosprosessin eri vaiheisiin ja pyrkii selittämään, kuinka ihmiset siirtyvät vaiheesta toiseen kohti haluttua elämäntapamuutosta. (Niemelä 2018.) Muutosprosessi voidaan jäsentää vaiheiksi, joita yksilöt tyypillisesti seuraavat harkitessaan, aloittaessaan ja ylläpitäessään uusia käyttäytymismalleja. Muutosvaihemalli havainnollistaa, että käyttäytymismuutokset voivat tapahtua myös ilman ammatillista interventiota. Mallia on sovellettu käyttäytymismuutoksissa esimerkiksi tupakoinnin, alkoholinkäytön, syömisen ja liikunnan suhteen, ja omaehtoisessa muutoksessa ja hoidollisissa interventioissa on havaittu merkittäviä samankaltaisuuksia. Muutosprosessia kuvataan vaiheittaisena siirtymisenä tiedostamattomuudesta muutoksen harkintaan, päätöksentekoon, valmistautumiseen, toimintaan ja lopulta muutoksen ylläpitämiseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 30.) Tässä luvussa muutosvaihemallia tarkastellaan päihderiippuvuuden näkökulmasta.

Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemalli korostaa, että muutos ei tapahdu yhdellä kertaa, vaan se on pitkäkestoinen prosessi (Niemelä 2018; Koski-Jännes 1998, 76). Malli ottaa huomioon mahdolliset relapsit ja korostaa niiden merkitystä oppimisen ja kehityksen kannalta (Koski-Jännes ym. 2008, 33). Mallin tarkoitus on kiinnittää huomiota valmistautumisen ja valmentamisen tärkeyteen (Holmberg 2010, 72). Malliin kuuluu viisi vaihetta, mutta siihen voidaan sisällyttää kuudes vaihe, ongelman uusiutuminen, koska paluu päihteiden käyttöön on yleensä osa päihteiden käyttäjän muutosprosessia (Koski-Jännes ym. 2008, 31–33). Vaiheet on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2. Transteoreettinen muutosvaihemalli (Koski-Jännes ym. 2008, 31–33)

Esiharkintavaiheessa päihteiden käyttäjät eivät ole valmiita pohtimaan käyttäytymisensä muutosta eivätkä tunnista käytön haitallisia vaikutuksia tai riskialttiutta. Tässä vaiheessa yksilöt usein vastustavat muutosta eivätkä ole valmiita ryhtymään mihinkään toimenpiteisiin päihteiden käytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi. On tyypillistä, että yksilöt puolustavat käyttäytymistään, erityisesti silloin, kun he kokevat ulkopuolelta tulevaa muutospainetta. (Koski-Jännes ym. 2008, 31.) Muutospaine tulee yleensä läheisiltä, jotka usein huomaavat päihteiden käytön ongelmallisuuden käyttäjää aiemmin. Esiharkintavaihe voi kestää useita vuosia. (Havio ym. 2014, 48.)

Harkintavaiheessa yksilöt tiedostavat ongelman ja kokevat ristiriitaisia tunteita muutoksen tarpeen ja nykytilan säilyttämisen välillä. Vaikka päihteiden käyttö yleensä jatkuu, he saattavat harkita sen vähentämistä tai lopettamista ja arvioida toimintaansa kriittisesti. Usein he myös etsivät tukea ja selvittävät muutoksen mahdollisuuksia. Tämä vaihe voi kestää pitkään, jopa vuosia, jolloin muutoshalu ja -vastarinta vaihtelevat. (Koski-Jännes ym. 2008, 31.)

Valmistautumisvaiheessa yksilöt tunnistavat päihteiden käytön haittojen ylittävän niiden hyödyt, mikä ohjaa painopistettä muutoksen suuntaan. Muutoksen yksityiskohtainen suunnittelu alkaa, ja siihen sisältyy esimerkiksi hoitovaihtoehtojen arviointia ja valintoja. Valmistautumisvaiheessa yksilöt myös arvioivat omia valmiuksiaan muutokseen. Yksilöt käyttävät edelleen päihteitä, mutta tyypillisesti aikovat lopettaa hyvin pian. He saattavat pyrkiä vähentämään tai lopettamaan päihteiden käytön omin avuin sekä asettamaan päihteiden käytön hallintaan liittyviä tavoitteita. Usein he myös kertovat aikeistaan läheisilleen. (Koski-Jännes ym. 2008, 32.)

Toimintavaiheessa yksilöt kehittävät muutosstrategiansa ja alkavat toteuttaa sitä samalla muuttaen sekä käyttäytymistään että ympäristöään. Elämäntapamuutokset voivat olla merkittäviä ja tuoda mukanaan haasteita, kuten voimakkaita vieroitusoireita, jotka voivat vaikeuttaa muutosprosessia. Tämä vaihe sisältää myös minäkuvan ja identiteetin uudelleenarviointia matkalla kohti raittiutta tai hallittua käyttöä. Toimintavaihe kestää tyypillisesti vähintään 3–6 kuukautta päihteiden käytön vähentämisestä tai lopettamisesta. (Koski-Jännes ym. 2008, 32.)

Ylläpitovaiheessa yksilöt pyrkivät säilyttämään päihteettömyyden ja ehkäisemään ongelmien uusiutumista, mikä vaatii riskialttiiden tilanteiden ja ylläkkeiden tunnistamista ja välttämistä. Tämä voi edellyttää merkittäviä ponnisteluja, ja ajoittaiset takaiskut ovat luonnollinen osa oppimisprosessia. Takaiskujen syiden ymmärtäminen auttaa tulevissa muutosyrityksissä. Ylläpitovaihe edellyttää pysyviä muutoksia käyttäytymismalleissa. (Koski-Jännes ym. 2008, 32–33.) Siten se on usein muutoksen haastavin osa (Havio ym. 2014, 48).

Päihteiden käytön uusiutuminen on yleistä raittiin jakson jälkeen, ja se voi tarjota arvokasta tietoa tulevaa muutosta varten. Uusiutuminen voi paljastaa epärealistiset tavoitteet, tehottomat strategiat tai epäsuotuisat ympäristöt. Useimmat päihderiippuvaiset tarvitsevat useita yrityksiä saavuttaakseen pysyvän toipumisen. Retkahduksen jälkeen yksilöt palaavat usein harkinta- tai esiharkintavaiheeseen, eivätkä ole heti valmiita jatkamaan muutosta. Paluuta päihteiden käyttöön ei tule nähdä epäonnistumisena, vaan osana oppimisprosessia, eikä se välttämättä tarkoita, että yksilö olisi luopunut muutostavoitteestaan. (Koski-Jännes ym. 2008, 33.)

Muutosprosessi on luonteeltaan syklinen, ja yksilöt liikkuvat tavallisesti vaiheiden välillä edestakaisin, edeten eri nopeuksilla. Siirtyminen vaiheesta toiseen voi vaihdella yksilöittäin heidän käyttäytymismalliensa tai tavoitteidensa mukaan. Jotkut etenevät nopeasti, kun taas toiset viipyvät pidempään varhaisvaiheissa. Useimmille päihteiden käyttäjille eteneminen ei ole suoraviivaista, vaan kiertävää ja toistuvaa. Ongelman uusiutuminen on tässä mallissa normaalia, ja monet käyvät vaiheet läpi useita kertoja ennen kuin saavuttavat vakaan muutoksen. (Koski-Jännes ym. 2008, 33.)

Mallia on kritisoitu useista puutteista, kuten luotettavuutta heikentävästä tulostutkimusten vähyydestä ja vaihtelevasta näytön laadusta. Sen sisäistä ja ulkoista pätevyyttä sekä yhdenmukaista käyttöä on kyseenalaistettu, mikä herättää epäilyksiä mallin tehokkuudesta terveyden edistämässä. Malli voi sivuuttaa keskeisiä tekijöitä, kuten aiemman lopettamishistorian, ja sen soveltaminen eri käyttäytymismuutoksiin ja konteksteihin on ollut vaihtelevaa. Lisäksi sitä on kritisoitu siitä, että se saattaa syrjäyttää muut terveyden edistämisen mallit. (Whitelaw, Baldwin, Bunton & Flynn 2000.)

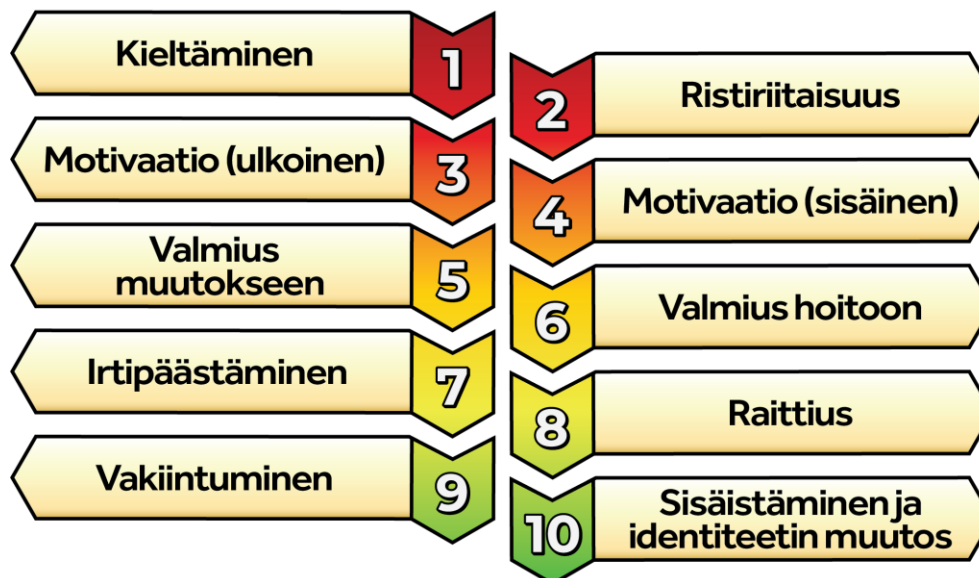
West ja Brown (2013, 82) kritisoivat mallia siitä, että se asettaa mielivaltaisia rajoja vaiheiden välille ja olettaa yksilöiden tekevän johdonmukaisia suunnitelmia toipumisprosessissaan. He huomauttavat, että malli keskittyy liiaksi tietoiseihin päätöksentekoprosesseihin, ja jättää huomiotta motivaation keskeiset tekijät, kuten assosiatiivisen oppimisen sekä palkkioiden ja rangaistusten merkityksen. Vaikka mallia puolustetaan sen kyvyllä edistää käyttäytymismuutosta, tästä ei ole vakuuttavaa näyttöä. Lisäksi katsaukset osoittavat, että muutosvaihemalliin perustuvien interventioiden tehokkuus ei eroa muista interventioista. (West & Brown 2013, 82–84.)

5.5.3 Päihderiippuvuudesta toipumisen vaiheet

De Leon (1996) kuvaa toipumisvaihemallissaan päihderiippuvuuden toipumisprosessia. Malli on yksityiskohtaisempi kuin Prochaskan ja DiClementen malli ja huomioi kattavammin päihderiippuvuudelle ominaiset seikat. Vaihepohjainen lähestymistapa mahdollistaa interventioiden räätälöinnin yksilön toipumisvaiheen mukaan, mikä tehostaa interventioiden vaikuttavuutta ja varmistaa, että jokainen yksilö saa tarvitsemansa tuen ja ohjauksen toipumisprosessissaan. (De Leon 1996, 59.) Toipumisvaiheiden huomioiminen päihdetyössä mahdollistaa oikea-aikaisten ja kohdennettujen palvelujen toteuttamisen. Näin tehdään esimerkiksi Helsingissä, jossa päihdepalvelut perustuvat De Leonin malliin. (Kallio & Kuosmanen 2020; Nordling 2024.)

De Leonin malli käsittää kymmenen vaihetta, jotka kuvaavat ensisijaisesti vakavien päihdehäiriöiden, kuten huumeriippuvuuden, hoitoa. Ne soveltuvat myös lievempiin päihdehäiriöihin, kuten alkoholin ongelmakäytön käsittelyyn. Vaiheet kuvaavat siirtymistä aktiivisesta käytöstä ja ongelman kieltämisestä pitkäaikaiseen ja vakaaseen päihteettömään tilaan. Edistyminen on yleensä eteenpäin suuntautuvaa, mutta se voi olla epätasaista ja sisältää myös paluuta aiempiin vaiheisiin. Eri vaiheiden elementtejä voi esiintyä myös toipumisprosessin muissa vaiheissa. Esimerkiksi kieltäminen ja ristiriitaisuus voivat ilmetä kaikissa toipumisprosessin vaiheissa. Vaiheiden kesto vaihtelee yksilöllisesti, ja paluu päihteiden käyttöön voi tapahtua missä tahansa toipumisvaiheessa. De Leonin mallissa päihteiden käytön uusiutuminen ei seuraa Prochaskan ja DiClementen mallin mukaista vaiheittaista kiertokulkua, vaan se perustuu oletukseen, että aiemmista vaihekokemuksista seuraa jokin positiivinen tai negatiivinen muutos. Asiakkaan siirtämiseksi seuraavaan hoito- tai toipumisvaiheeseen voidaan käyttää tiettyjä hoitotoimenpiteitä tai tukimuotoja, vaikka muutosprosessi voi edetä myös ilman näitä interventioita. (De Leon 1996, 51–59.)

De Leonin (1996) kymmenen toipumisen vaihetta ovat kieltäminen, ristiriitaisuus, ulkoinen motivaatio, sisäinen motivaatio, valmius muutokseen, valmius hoitoon, irtipäästäminen, raittius, vakiintuminen sekä sisäistäminen ja identiteetin muutos. Vaiheet on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. Päihderiippuvuudesta toipumisen vaiheet De Leonin (1996, 53–57) mukaan

Seuraavaksi esitellään vaiheet, jotka havainnollistavat yksilön muutoksia ennen ja jälkeen vakavia yrityksiä lopettaa päihteiden käyttö. Ensimmäiset kuusi vaihetta voidaan käsittää esihoidon vaiheiksi, kun taas loput neljä vaihetta edustavat hoidon vaiheita. Vaiheet 5–10 keskittyvät käsityksiin ja käyttäytymismalleihin, jotka liittyvät rahtiuden saavuttamiseen ja ylläpitämiseen. (De Leon 1996, 53–57.)

1. Kieltäminen. Yksilöt eivät tunnista, tunnusta tai hyväksy päihdeongelmaansa. Tämä voi ilmetä seuraavilla tavoilla: 1) Yksilöt kieltävät päihteiden käytön kokonaan. 2) Yksilöt myöntävät käytön, mutta vähättelevät sen todellista laajuutta. 3) Yksilöt myöntävät käytön laajuuden, mutta eivät pidä sitä ongelmallisena. 4) Yksilöt myöntävät ongelmakäytön, mutta kieltävät päihteiden käytön yhteyden muihin elämän ongelmiin. 5) Yksilöt myöntävät sekä käytön että siihen liittyvät ongelmat, mutta eivät koe niiden vaativan huomiota. (De Leon 1996, 53.)

2. Ristiriitaisuus⁷. Yksilöt tunnistavat ajoittaisia ongelmia päihteiden käytössään, mutta eivät pidä niitä väärinkäyttönä tai riippuvuutena. He eivät samaistu päihderiippuvaisiin henkilöihin ja uskovat kykenevänsä lopettamaan käytön milloin tahansa. Lisäksi he kokevat, että päihteiden käyttö parantaa heidän mielialaansa tai suorituskykyään. Näin ollen he kokevat edelleen hyötyjä päihteiden käytöstä eivätkä ole vakuuttuneita muutoksen tarpeellisuudesta. (De Leon 1996, 53.)

⁷ Tarkemmin ambivalenssi, joka tarkoittaa samanaikaista vastakkaisten tunteiden kokemista. Katso luku 4.5.

3. Ulkoinen motivaatio. Yksilöt myöntävät ajoittain päihdeongelmansa, mutta syyttävät ongelmistaan ulkoisia tekijöitä. He ilmaisevat huolensa esimerkiksi taloudellisista, terveydellisistä tai sosiaalisista ongelmista. Tyypillisesti he pyrkivät vähentämään päihteiden käyttöään tai vieroittautumaan niistä tilapäisesti ulkoisten paineiden vaikutuksesta. (De Leon 1996, 54.)

4. Sisäinen motivaatio. Yksilöt hyväksyvät päihteiden käytön ja siihen liittyvät ongelmat sekä ilmaisevat halunsa muutokseen. Yksilöille on ulkoisten paineiden lisäksi kehittynyt sisäisiä syitä, jotka ajavat heitä muutokseen. Nämä syyt voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. Positiiviset syyt ilmenevät toivona ja haluna muuttaa elämäntapaa sekä saavuttaa elämässä parempia asioita. Negatiiviset syyt ilmenevät itsensä vihaamisen ja epätoivon tunteina. (De Leon 1996, 54.)

5. Valmius muutokseen. Yksilöt ovat sisäisesti motivoituneita ja pitävät päihdeongelmaansa akuuttina muiden ongelmien kontekstissa. Tämä johtaa vakaviin yrityksiin lopettaa päihteiden käyttö. He eivät kuitenkaan ole valmiita hyväksymään hoidon tarvetta, vaan pyrkivät saavuttamaan päihteettömyyden itsehallinnan avulla. Lisäksi he etsivät muita hoitoon liittymättömiä vaihtoehtoja, kuten ympäristö- tai ihmissuhdemuutoksia. Hoito koetaan tarpeettomaksi tai siihen osallistuminen liian haastavaksi. (De Leon 1996, 54.)

6. Valmius hoitoon. Yksilöt ovat hylänneet kaikki muut muutosvaihtoehdot ja pitävät hoitoa ainoana mahdollisuutenaan. Yleisiä hoitoon hakeutumisen syitä ovat sisäinen motivaatio ja aiemmat epäonnistuneet elämänmuutosyritykset. Yksilöt hyväksyvät päihdeongelmansa ja sen, että muut muutosyritykset eivät toimi. Tämän vaiheen keskeinen piirre on, että yksilöt tunnistavat tarpeen muuttaa itseään. He ovat valmiita luopumaan mukavuuksistaan ja päihteisiin liittyvästä elämäntyylistään saadakseen apua. (De Leon 1996, 55.)

7. Irtipäästäminen. Irtipäästämisvaihe on monimutkainen vieroitus- ja oppimisprosessi, joka kattaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Se sisältää päihteiden käytön lopettamisen, päihdehakuiseen käyttäytymisen muuttamisen, päihteisiin liittyvän ajattelun hylkäämisen sekä irrottautumisen päihteisiin liittyvistä ihmissuhteista ja tilanteista. Yksilöt keskittyvät selviytymään lopettamiseen liittyvistä epämiellyttävistä fyysisistä ja psyykkisistä tunteista, kuten päihteiden hirmosta. He käsittelevät myös muita päihteisiin liittyviä ajatuksia ja tunteita, joita päihteiden käyttö on tukahduttanut tai vääristänyt. Vaiheeseen kuuluu tyypillisesti myös mielialan voimakkaita vaihteluja. (De Leon 1996, 55.)

8. Raittius. Raittius tarkoittaa jatkuvaa ja vakautunutta päihteetöntä jaksoa. Raittiuteen liittyy aktiivinen raittiutta uhkaavien tilanteiden torjuminen sekä riskitilanteista selviytyminen. Yksilöt keskittyvät itsehillinnän kehittämiseen, itsereflektioon ja päivittäisen elämän uudelleenjärjestelyyn.

Tyypillisesti he myös kehittävät suhteitaan päihteettömään toipumisverkostoon ja aloittavat rikoutuneiden sosiaalisten suhteiden korjaamisen. (De Leon 1996, 56.)

9. Vakiintuminen. Vakiintumisvaiheessa päihteettömyys jatkuu, mutta painopiste siirtyy itsetutkiskeluun ja elämänhallintaan. Yksilöt tunnistavat syvemmin henkilökohtaiset ja elämänhistorialliset tekijät, jotka ovat myötävaikuttaneet päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin. Yksilöt käsittelevät sekä ulkoisia että sisäisiä stressitekijöitä ja muuttavat haitallisia tunne- ja ajattelumalleja, jotka ovat johtaneet päihteiden käyttöön. Lisäksi he asettavat ja toteuttavat merkittäviä tavoitteita parantaakseen elämäntilannettaan, keskittyen esimerkiksi terveyteen, ihmissuhteisiin ja työhön. Terapia ja muut tukistrategiat tarjoavat tukea ja ohjausta sekä tavoitteiden saavuttamisessa että takaiskujen hallinnassa. Sosiaalinen verkosto koostuu toipuvista vertaisista ja muista henkilöistä, jotka tukevat toipumisprosessia. (De Leon 1996, 56.)

10. Sisäistäminen ja identiteetin muutos. Tämä vaihe ilmenee hoidosta irrottautumisena ja pysyvänä raittiutena. Se on jatkuva henkilökohtaisen kasvun ja kehityksen prosessi, jonka tulisi jatkua läpi koko elämän. Yksilöllinen muutos kumpuaa hoidon opetuksista, aiemmista toipumisvaiheista ja jokapäiväisistä elämäkokemuksista. Hoidosta saadut opit ja uudet selviytymisstrategiat vahvistuvat kokemusten kautta ja laajenevat kattamaan uusia sosiaalisia ja henkilökohtaisia tilanteita. Tässä vaiheessa päihteen elämäntapa on omaksuttu, ja yksilöt pitävät sitä edellytyksenä laadukkaalle elämälle. Tälle vaiheelle on ominaista identiteetin muutos, jossa yksilö siirtyy asteittain vanhasta päihdeidentiteetistään uuteen, terveempään identiteettiin. (De Leon 1996, 57.)

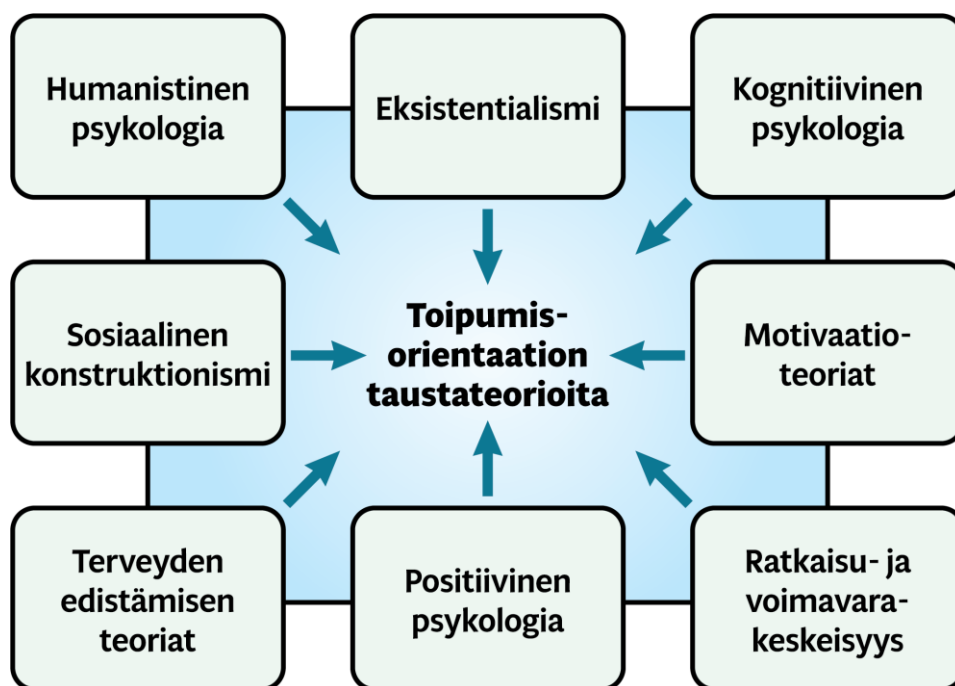
De Leon huomauttaa, että vaiheiden määrittelyssä on rajoituksia. Määrittely perustuu kliinisiin havaintoihin ja tutkimuksiin, jotka käsittelevät opioidien ja muiden huumeiden käyttäjiä, joilla on hoitokokemusta yhteisökuntoutuksesta. Mallissa esitetään vain muutamia vaiheiden kategorioita. Tarkemmat kuvaukset voisivat paremmin tuoda esiin yksilöiden ja alaryhmien väliset erot sekä muutosten kulun hienojakoisempien vaiheiden kautta. Lisäksi vaiheiden kuvaukset perustuvat yksilöiden omiin käsityksiin huumeiden käytöstään ja siihen liittyvistä ongelmista. Niissä ei myöskään käsitellä, miten siirtymät tapahtuvat vaiheiden sisällä ja välillä. (De Leon 1996, 61.)

6 Toipumisorientaatio

Kehittämistyö perustui pääosin toipumisorientaation teoreettiseen viitekehykseen. Tässä luvussa tarkastellaan toipumisorientaation käsitettä, merkitystä ja keskeisiä osa-alueita, jotka ovat olennaisia toipumisprosessin tukemisessa ja jotka toimivat pohjana koulutuspäivässä pidetylle puheenvuorolle. Lisäksi luvussa tarkastellaan toipumisorientaation kehitystä Suomessa. Kehittämistyön kannalta oli tärkeää tarkastella myös toipumisorientaation implementoinnin edellytyksiä, mahdollisuuksia ja haasteita aiempien tutkimusten pohjalta. Tämä tarkastelu tarjoaa tietoa toipumisorientaation periaatteiden soveltamisesta käytännön työssä ja auttaa tunnistamaan juurtumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.

6.1 Toipumisorientaation merkitys mielenterveys- ja riippuvuushoidossa

Toipumisorientaatio mielenterveys- ja riippuvuushoidossa tarkoittaa yksilöllistä toipumista painottavaa ajattelun ja toiminnan viitekehystä. Siinä korostetaan asiakkaan voimavaroja, osallisuutta, toivoa, merkityksellisyyttä ja positiivista mielenterveyttä. Toipumisorientaation viitekehys muodostuu monista toipujan hyvinvointia huomioivista teorioista, ja sen kokonaisvaltaisuuden vuoksi sitä ei voida selittää vain yhdellä teoriolla tai ideologialla. Toipumisorientaation taustateoriat muodostuvat sekä psykologisista että sosiaalitieteellisistä teorioista. (Nordling 2023, 36, 197.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään rajatusti toipumisorientaation psykologisiin teorioihin painottaen mielenterveys- ja riippuvuushoidon sekä päihderiippuvuudesta toipumisen näkökulmaa. Toipumisorientaation psykologisia taustateorioita on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Toipumisorientaation psykologisia taustateorioita (mukaillen Nordling 2023, 36)

Toipumisorientaation juuret ovat Yhdysvalloissa, missä 1960- ja 1970-luvuilla vaikuttanut yhteiskunnallinen liike pyrki edistämään marginalisoituneiden ryhmien ihmisoikeuksia. Toipumisorientaatiolla onkin vahva yhteys niin ihmis- kuin potilasoikeuksiin. Toipumisorientaation viitekehyksessä toteutettavien mielenterveyspalveluiden tulee mahdollistaa asiakkaan osallistuminen oman hoitonsa ja toipumisensa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Palveluiden tulee myös tukea toipumista psyykkisen sairauden taustoista riippumatta. Tämä voidaan saavuttaa vahvistamalla asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistyötä. Aito yhteistyö mahdollistaa asiakkaan osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja omien toiveiden toteutumisen, jotka ovat tärkeitä arvoja toipumisorientaatiossa. (Nordling 2023, 33–34, 57–58, 63.) Lait potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) velvoittavat toimimaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Toipumisorientaatiota voidaan tarkastella ammattilaisten näkökulmasta kahdesta eri ulottuvuudesta. Ensimmäinen liittyy mielenterveyspalveluiden järjestämiseen, jossa palvelut suunnitellaan ja toteutetaan tukemaan asiakkaiden toipumista kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. Toinen ulottuvuus keskittyy yksilölliseen toimintatapaan, jossa ammattilainen huomioi asiakkaan yksilöllisyyden, tukee henkilökohtaisten toipumistavoitteiden saavuttamista ja tekee päätöksiä yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Korkeila 2017, 2865.)

Toipumisorientaatio voi käytännössä näkyä palveluissa monin eri tavoin. Yksi esimerkki tästä on asiakkaan mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen, arviointiin ja järjestämiseen. Toinen esimerkki on kuntoutumisen suunnitteleminen yhdessä asiakkaan kanssa siten, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa huomioidaan aidosti palvelunkäyttäjän tavoitteet ja toiveet. Tällöin suunnitelmassa korostuvat asiakkaan vastuu, voimavarat, toiveet ja vahvuudet. Kolmas esimerkki on vertaistuen ja kokemustiedon hyödyntäminen. Vertaistuki ja kokemustieto voivat vahvistaa toipumisen toivoa ja motivaatiota. Kokemustietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi palkkaamalla kokemusasiiantuntijoita erilaisiin tehtäviin. (Laitila 2019.)

Toipumisorientaation mukaisten palveluiden lähtökohta on tukea yksilön toipumista hänen taustastaan riippumatta (Nordling 2023, 58). Palveluiden tulee vahvistaa asiakkaan tietämystä sairaudestaan ja opettaa strategioita, jotka auttavat selviytymään ja elämään oireiden kanssa. Palvelujärjestelmän tavoitteena ei ole yksilön parantaminen, vaan tukeminen hänen omien selviytymiskeinojensa kehittämisessä, jotta hän voisi elää mahdollisimman hyvää ja täysipainoista elämää. Toipumisen tukeminen edellyttää järjestelmältä voimavarakeskeisyyttä, kykyä mukautua asiakkaiden tarpeisiin sekä monipuolisia toimintoja, kuten vertaistukeen perustuvia toimintamalleja. Toipumisorientaation mukaisten ajattelu- ja toimintatapojen omaksuminen edellyttää organisaation kaikkien tasojen arvojen ja asenteiden uudistamista. (Laitila 2019.)

Ammattilaisten on arvioitava uudelleen, millainen rooli heillä on asiakkaiden toipumisen tukemisessa sekä millaisia taitoja ja osaamista siihen vaaditaan. Toipumisorientaatiossa keskitytään asiakkaan elämän mielekkyyden, merkityksellisyyden ja toiveikkuuden edistämiseen, ja se edellyttää ammattilaisilta asiakkaan voimavarojen ja vahvuuksien löytämistä sekä elämän ja hoidon suunnittelua yhdessä asiakkaan kanssa. Näiden keinojen avulla ammattilaiset voivat tukea asiakkaita saavuttamaan merkityksellisiä tavoitteita ja haaveita sekä elämään merkityksellistä elämää. (Nordling 2023, 58–59.)

Toipumisorientaatio eroaa perinteisistä mielenterveyspalveluiden viitekehyksistä, sillä se korostaa yksilön toimijuutta, itsemääräämisoikeutta ja henkilökohtaista toipumisprosessia. Kliininen lähestymistapa painottaa psyykkisen sairauden oireiden lievittämistä ja psyykkisen tilan vakauttamista. Perinteisessä psykiatrisessa mallissa ammattilaiset toimivat asiantuntijoina ja asiakkaat ovat passiivisia vastaanottajia. Organisaatiokeskeisessä lähestymistavassa korostuvat palvelujen tehokkuus ja hallinnolliset rakenteet, mikä voi jättää asiakkaiden kokemukset vähemmälle huomiolle. Toipumisorientaatio puolestaan painottaa yksilön omakohtaista kokemusta ja aktiivista osallistumista, rohkaisten potilaita käyttämään omia voimavarojaan ja tekemään valintoja. Ta-

vanomaiset mielenterveyspalvelut painottavat diagnoosia ja hoitoja, kun taas toipumisorientaatio tukee yksilöä merkityksellisen ja nautinnollisen elämän saavuttamisessa. Ammattilaisten rooli on toimia valmentajina ja mentoreina, luoda toivoa ja tarjota mahdollisuuksia henkilökohtaiseen kasvuun, mikä eroaa perinteisistä malleista, joissa päätökset tehdään potilaiden puolesta. (Nordling 2023, 31–34, 58–62.)

Kokemusasiantuntijuus on keskeisessä roolissa toipumisorientaatioissa. Kokemusasiantuntijoiden asiakkuuteen, sairauteen, toipumiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää kokemustietoa voidaan hyödyntää palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa, kehittämisessä ja arvioinnissa. (Nordling & Rissanen 2020, 42.) He tuovat esiin asiakkaiden näkökulmia ja tarpeita, joita ammattilaiset eivät välttämättä havaitse, mikä parantaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta (Kasila & Kettunen 2021, 8–9). Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella kokemusasiantuntijat osallistuvat aktiivisesti mielenterveyspalveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja toteutukseen (Ketola 2024). Ketolan (2024) mukaan toipumisorientaatio ilmenee Etelä-Pohjanmaalla erityisesti kokemusasiantuntijatoiminnan kautta ja heidän kokemusasiantuntijatoimintansa on Suomen kattavinta. Kokemusasiantuntijat voivat osallistua erilaisiin työryhmiin, ohjausryhmiin, koulutuksiin, seminaareihin, rekrytointiin, asiakasraateihin sekä järjestöjen kehittämistehtäviin (Hietala & Rissanen 2015, 20–21; Nordling 2023, 28, 80). Tämä tuo palveluiden kehittämiseen kokemustietoa ja asiakasnäkökulmaa, mikä vahvistaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja lisää ymmärrystä sairauksista ja toipumisesta (Nordling 2023, 79–84).

Lisäksi toipumisorientaation toteuttamisessa voidaan käyttää myös muita toipumisprosessia tukevia interventioita. Näitä ovat esimerkiksi psykoedukatiiviset menetelmät, motivoiva haastattelu sekä ratkaisukeskeiset tekniikat. On huomionarvoista, että toipumisorientaatio ei itsessään ole interventio, vaan toimintatapa, joka mahdollistaa henkilökohtaisten toipumisen prosessien kehittymisen parhaalla mahdollisella tavalla. Yksittäisiä interventioita, toimintoja ja menetelmiä voidaan toteuttaa erilaisten hoidollisten ideologioiden perusteella, mutta niiden käyttö ei vielä itsessään takaa sitä, että toiminta olisi toipumisorientaation mukaista. Esimerkiksi ratkaisukeskeiset tekniikat voivat tukea toipumisorientaatiota, jos ne toteutetaan asiakkaan voimavaroja ja tavoitteita korostaen. Vasta kun interventio on tarkoituksella ja perustellusti integroitu osaksi toipumisorientaation periaatteet omaksuneen organisaation toimintamallia, sitä voidaan pitää osoituksena toipumisorientaation toteutumisesta. Toipumisorientaation edistäminen palveluissa edellyttää palveluntuottajilta ja ammattihenkilöiltä oman roolin ja osaamisen kriittistä tarkastelua. (Nordling 2023, 58, 197–198.) Tämä tarkoittaa jatkuvaa ammatillista kehitystä ja reflektiota, jotta toipumisorientaation periaatteet toteutuvat käytännössä.

6.2 Suomalaisen toipumisorientaation kehityskaari

1970-luvulla Suomessa alkoi kehittyä sosiaalipsykiatrinen ajattelutapa, joka korosti sosiaalisen ympäristön vaikutusta mielenterveyteen ja painotti ennaltaehkäisevän mielenterveystyön merkitystä. Vaikka psykiatrinen hoito oli edelleen laitospainotteista, kehitettiin uusia avohoitomalleja ja kuntoutuskäytäntöjä, jotka huomioivat potilaiden ja heidän perheidensä tarpeet. 1980-luvulla Suomessa kehitettiin uusia hoitomalleja, kuten Keroputaan sairaalan avoimen dialogin menetelmä, joka korosti potilaiden ja heidän perheidensä aktiivista osallistumista hoitoprosessiin. Samaan aikaan käynnistettiin valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti, joka paransi masennuksen hoitokäytäntöjä ja lisäsi vertaistuen saatavuutta. (Martin & Soronen 2022, 13–20.)

Toipumisorientaation merkitys alkoi korostua ja saada tunnustusta mielenterveyspalveluiden viitekehyksenä 1990-luvulla (Nordling 2018, 1476; Laitila 2019). Vuodesta 1995 alkaen Suomeen on perustettu useita Klubitaloja, jotka tarjoavat kuntoutujille mielekästä toimintaa ja vertaistukea tasa-arvoisessa ja arvostavassa ympäristössä (Martin & Soronen 2022, 20). Tällä hetkellä Suomessa on 24 Klubitaloa⁸ (Suomen Klubitalot n.d.). Klubitaloille on yhteistä kuntoutujien ihmisoi-
keuksien ja ihmisarvon arvostaminen, tasavertaiset osallistumismahdollisuudet, oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, yhteisö- ja avopalveluiden painottaminen, uusien ihmissuh-
teiden luomisen tukeminen sekä voimaantumisen edistäminen (Martin & Soronen 2022, 20).

Mielekäs elämä -ohjelma (1998–2002) oli yksi aikansa merkittävimmistä mielenterveyteen kes-
kittyneistä kehittämishankkeista. Ohjelma paransi kansalaisten mahdollisuuksia elää mielekästä
elämää, erityisesti tukemalla ihmisiä, jotka kärsivät mielenterveysongelmista. Ohjelma korosti
käyttäjälähtöisyyttä, dialogista vuorovaikutusta sekä matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja.
Vuonna 2009 julkaistu Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli-suunnitelma) si-
sälsi 18 ehdotusta, jotka keskittyivät asiakkaan aseman vahvistamiseen, ennaltaehkäisevään työ-
hön ja palveluiden parantamiseen. Suunnitelmassa korostettiin kokemusasiantuntijuuden ja ver-
taistuen merkitystä sekä pyrittiin vähentämään tahdosta riippumatonta hoitoa. Samaan aikaan
toimi myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). Tähän ohjelmaan
liittyvät mielenterveys- ja päihdehankkeet olivat merkittävässä roolissa kokemusasiantuntijuu-
den ja vertaistoimijuuden aseman parantamisessa. Hankkeet vahvistivat asiakkaiden mahdolli-
suuksia osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja kehittämiseen. Mieli-suunnitelman ja Kaste-

⁸ Kainuussa on yksi Klubitalo: Klubitalo Tönäri Kajaanissa.

hankkeiden myötä toipumisorientaatio alkoi vakiinnuttaa asemaansa mielenterveystyössä. (Martin & Soronen 2022, 21–24.)

Nykyisin toipumisorientaatio toimii monissa maissa mielenterveyspalvelujen järjestämisen viitekehyksenä, ja sitä sovelletaan myös päihdepalveluissa ja kuntoutuksessa (Martin & Soronen 2022, 8; Piat ym. 2021; Gilbert, Slade, Bird, Oduola & Craig 2013; Martin, Nordling, Soronen & Savelius-Koski 2021, 10). Toipumisorientaatio on alkanut vakiinnuttaa asemansa myös suomalaisessa mielenterveystyössä. Varsinkin potilasjärjestöjen ja yhdistysten kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan on ollut suurta. (Nordling 2018, 1476, 1481.) Suomesta on tehty toipumisorientaatioon liittyviä opintomatkoja ulkomaille, erityisesti muihin Pohjoismaihin. Ensimmäiset toipumisorientaatioon liittyvät koulutukset järjestettiin Suomessa vuonna 2012, ja vuonna 2017 perustettiin Toipumisorientaatio ry. (Martin & Soronen 2022, 8, 23–25.)

Monet mielenterveysjärjestöt, kuntasektorit ja sittemmin hyvinvointialueet ovat ottaneet toipumisorientaation toimintansa viitekehykseksi (Martin & Soronen 2022, 25). Näihin organisaatioihin kuuluvat esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitto (Nordling 2018, 1481), Helsingin kaupunki (Kallio & Kuosmanen 2020) ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue (Ketola 2024). Kasvava huomio hoidon yksilöllistämiseen sekä positiivisen psykologian kehitys ovat edistäneet toipumisorientaation leviämistä, ja nykyään se on keskeinen osa suomalaista mielenterveystyötä (Martin & Soronen 2022, 25).

6.3 Aiempi toipumisorientaatiotutkimus

Tässä luvussa tarkastellaan aiempia tutkimuksia toipumisorientaatiosta. Käsiteltävät tutkimukset liittyvät muun muassa toipumisorientaation rooliin, käyttöönottoon, edistämiseen ja haasteisiin sekä tekijöihin, joiden on havaittu olevan keskeisiä toipumisprosessissa. Aiempien tutkimusten tarkastelu tarjoaa arvokasta tietoa toipumisorientaation implementointiin ja syvällisempään ymmärtämiseen.

Tutkimuksessa *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis* tarkasteltiin henkilökohtaista toipumista mielenterveyshäiriöistä. Tavoitteena oli ymmärtää henkilökohtaista toipumista ja luoda jäsenelty viitekehys toipumisen prosesseista ja vaiheista. Analyysiin sisältyi 97 artikkelia, joissa oli sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia. Kehitetty viitekehys jakautui kolmeen pääkategoriaan: toipumisprosessin ominai-

suudet, toipumisprosessit ja toipumisen vaiheet. Vaiheet jäseneltiin transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti (ks. luku 5.5.2). Keskeisimmät havainnot osoittavat, että toipumisprosesseista voidaan tunnistaa viisi merkittävää ulottuvuutta: yhteyden tunne (Connectedness), toivo ja optimismi (Hope and optimism), identiteetti (Identity), elämän merkityksellisyys (Meaning in life) ja voimaantuminen (Empowerment) (lyhenteenä CHIME). Näiden ulottuvuuksien tukeminen on tärkeää, koska ne voivat parantaa mielenterveyspalveluiden vaikuttavuutta. Jäsennelty viitekehys voi auttaa selventämään toipumisen filosofiaa, ymmärtämään toipumisen prosesseja sekä kehittämään luotettavia mittausvälineitä. Viitekehys tarjoaa myös perustan tulevalle tutkimukselle ja kliiniselle käytännölle keskittyen erityisesti toipumista tukeviin interventioihin ja niiden arviointiin. (Leamy ym. 2011.)

Tutkimus *An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges* käsitteli IRM-mallia mielenterveyspalveluissa. Mallin taustalla on ajatus siitä, että vakavat mielenterveyshäiriöt, kuten skitsofrenia, on usein nähty kroonisesti rappeuttavina sairauksina, joista ei yleensä toivuta. Kuluttajaliike on kuitenkin korostanut toipumisen mahdollisuutta ja elämän merkityksellisyttä oireista huolimatta. IRM keskittyy yksilön toipumistarpeisiin ja korostaa prosesseja ja palvelurakenteita, jotka edistävät toivoa, mikä on keskeistä oireiden lievittämisessä ja toipumisessa. Haasteina ovat kuitenkin selkeiden määritelmien puute ja skeptisyys toipumista kohtaan, mikä vaikeuttaa toipumisorientaation mukaisia interventioita. Tutkimus osoittaa, että toipuminen on mahdollista ja että monet vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivät arvostavat mahdollisuutta osallistua yhteiskuntaan. Toipumisorientaation mukaiset lähestymistavat voivat parantaa merkittävästi elämänlaatua ja toipumismahdollisuuksia. Onnistunut toipuminen edellyttää toimivaa palveluverkostoa ja laajaa tieteellisesti perusteltujen psykososiaalisten interventioiden käyttöä. Tutkimus korostaa palvelumallien jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen tarvetta vastaamaan potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin. (Frost ym. 2017.)

Tutkimuksessa *Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway* käsiteltiin työntekijöiden kokemuksia toipumisorientaation haasteista yhteisöpohjaisessa työssä, jossa tuettiin henkilöitä, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia. Keskeiset dilemmat olivat: 1) tasapaino avun tarjoamisen ja omatoimisuuden välillä, 2) tasapaino ohjauksen ja tuomittavuuden välillä sekä 3) tasapaino täydellisen päihdeettömyyden ja päihdeiden käytön hyväksymisen välillä. Ensimmäinen dilemma liittyi avun ja vastuun jakamiseen; liiallinen avun tarjoaminen voi johtaa riippuvuuteen palveluista, kun taas liian vähäinen apu saattaa estää muutoksen.

Toinen dilemma koski asiakkaiden itse asettamia tavoitteita; ammattilaiset voivat kokea tavoitteet haastaviksi, jos ne ovat liian matalia tai epärealistisia. Kolmas dilemma käsitteli näkemyseroja täydellisen päihdeettömyyden ja päihdeiden käytön hyväksymisen välillä. Tutkimus korostaa tarvetta joustavalle ja yksilölliselle lähestymistavalle, joka huomioi asiakkaan omat tavoitteet ja voimavarat, sekä toipumisorientaation määritelmän tarkentamista eri sidosryhmien näkökulmasta. (Brekke, Lien, Nysveen & Biong 2018.)

Tutkimuksessa *Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review* tarkasteltiin toipumisorientaation käyttöönottoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä mielenterveyspalveluissa. Keskeisiä tekijöitä onnistuneessa toipumisorientaation toteuttamisessa olivat joustavuus, luottamuksellisten suhteiden rakentaminen ja kokemustiedon hyödyntäminen. Joustavuus mahdollisti palveluiden mukauttamisen asiakkaiden tarpeisiin, ja kokemustiedon hyödyntäminen toi etua perinteisiin palveluihin verrattuna. Haasteita toipumisorientaation toteuttamisessa aiheuttivat perinteisen lääketieteellisen mallin yhteensopimattomuus, henkilöstön vaihtuvuus, resurssipula sekä tiedon puute uusista rooleista ja käytännöistä. Perinteinen organisaatiokulttuuri, joka korostaa hierarkioita ja lääkekeskeisyyttä, nähtiin esteenä toipumisorientaation menestyksekkäälle toteutukselle. Myös henkilöstön vaihtuvuus ja resursien puute heikensivät toipumisorientaation onnistumista. Tutkimus korosti huolellisen suunnittelun ja sidosryhmien jatkuvan osallistamisen merkitystä. (Piat ym. 2021.)

Tutkimuksessa *Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study* tutkittiin toipumisorientaation edistämistä mielenterveyspalveluissa ammattilaisille järjestetyn koulutuksen avulla. Tutkimuksen mukaan koulutus lisäsi ammattilaisten tietämystä ja myönteisyyttä toipumisorientaatiota kohtaan, ja hoitosuunnitelmissa havaittiin monipuolistumista, jossa vastuu jaettiin useammin henkilökunnan ja potilaiden kesken. Positiivisena vaikutuksena oli myös henkilökunnan lisääntynyt reflektointi omista hoitokäytännöistään. Haasteena oli kuitenkin, että osa henkilökunnasta koki toipumisorientaation jo osaksi työtään, mikä vähensi koulutuksen uutuusarvoa ja vaikuttavuutta. Lisäksi organisaation hierarkiat ja olemassa olevat käytännöt nähtiin esteinä toipumisorientaation syvemmälle omaksumiselle. Tutkimus korostaa, että koulutus voi lisätä tietoisuutta ja tukea toipumisorientaation toteuttamista, mutta pelkkä koulutus ei riitä, vaan tarvitaan myös organisaatiotason muutoksia. (Gilburt ym. 2013.)

Tutkimuksessa *Toward an Experience-Based Model of Recovery and Recovery-Oriented Practice in Mental Health and Substance Use Care: An Integration of the Findings from a Set of Meta-Syntheses* tarkasteltiin toipumisorientaation roolia mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa

sekä kehitettiin kokempohjainen malli toipumisesta ja toipumisorientaation mukaisista käytännöistä. Taustalla oli ajatus, että henkilökohtaiset kokemukset ovat arvokkaita tietolähteitä politiikkaan ja päätöksentekoon vaikuttamisessa. Malli perustuu kolmen meta-analyysin tuloksiin, jotka perustuivat Kaakkois-Norjan yliopiston tutkimuksiin vuosilta 2005–2020. Kokempohjainen malli esittää toipumisen monimutkaisena, ympäristöön sidoksissa olevana ja yhteisöllisenä prosessina, jossa korostetaan toipumiskokemuksia, toipumisprosesseja ja toipumisorientaation mukaisia käytäntöjä. Tutkimuksessa esiin tulleita toipumisorientaatioon liittyviä myönteisiä näkökohtia olivat yksilön hyvinvointi, itsemääräämisoikeus ja ihmssuhteet, kun taas haasteita olivat leimautuminen, sosiaalinen eristyneisyys ja yhteiskunnallisten roolien menettäminen. Tutkimus korostaa henkilökeskeisyyden, itseohjautuvuuden ja sosiaalisen pääoman merkitystä sekä materiaalien ja sosiaalisten resurssien saatavuutta. (Klevan ym. 2023.)

Toipumisorientaatiota on tutkittu myös Suomessa. Tolonen, Tölli ja Kiviniemi (2022) arvioivat toipumisorientaation käyttöönottoa mielenterveystyössä INSPIRE-mittarin avulla, joka mittaa yhteistyösuhteen laatua ja toipumista edistävää tukea. Alun perin Englannissa kehitetty mittari oli osa REFOCUS-hanketta, jonka tavoitteena oli vahvistaa toipumisorientaatiota mielenterveyspalveluissa. Tutkimus käytti suomennettua INSPIRE-mittaria kolmessa Pohjois- ja Keski-Suomessa sijaitsevassa mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä keräten näkemyksiä asiakkailta ja työntekijöiltä. Tulokset osoittivat, että INSPIRE-mittari on hyödyllinen väline toipumisorientaation edistämässä. Asiakkaat pitivät mittarin kysymyksiä tärkeinä, ja työntekijät kokivat mittarin vahvistaneen heidän toipumisorientaation mukaista työtötään. INSPIRE-mittari voi näin ollen edistää mielenterveystyön ammattilaisten ja asiakkaiden välistä vuorovaikutusta sekä tukea toipumisorientaation käytännön toteutusta ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä Suomessa. (Tolonen, Tölli & Kiviniemi 2022.)

Suomessa mielenterveyspalveluita on kehitetty esimerkiksi Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa, joka keskittyi toipumisorientaation edistämiseen vuosina 2018–2022. Tämä oli ensimmäinen laajamittainen suomalainen hanke, jonka tavoitteena oli kehittää toipumisorientaatioon perustuvia ratkaisuja mielenterveyspalveluihin. Hankkeen tavoitteina olivat toipumisorientaation käsitteellistäminen, mittareiden kehittäminen palveluprosessien arvioimiseksi sekä kokempohjaisuuteen, vertaisuuteen ja moniammatillisuuteen perustuvien palvelukokonaisuuksien luominen. Hanke huomioi suomalaisissa mielenterveyspalveluissa esiintyviä haasteita, kuten organisaatiokeskeisyyden, saavutettavuuden ongelmat ja palvelujen leimaavuuden. Tuloksena kehitettiin uusia toimintamalleja, kuten etäyhteyksiä ja verkkopohjaista tukea tar-

joavia palveluja, sekä yhteistyömalleja, joissa ammattilaiset ja kokemusasiantuntijat tarjoavat yksilöllistä ja monialaista tukea. Toimintamallien keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, yksilöllisten tarpeiden huomiointi, ratkaisukeskeisyys ja voimaantumisen tukeminen. Myös kokemusasiantuntijoiden rooli oli hankkeessa keskeinen, ja heidän osaamisensa tuki palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta. Hankkeen loppuraportissa suositellaan, että jatkossa toipumisorientaation viitekehystä tulisi soveltaa laajasti mielenterveystyön kentällä, jotta siitä voi tulla uusi mielenterveystyön paradigma. (Martin & Soronen 2022.)

6.4 Toipumisorientaation keskeiset osa-alueet

Toipumisorientaatioon liittyy useita keskeisiä osa-alueita. Nordlingin (2023, 36) mukaan näitä ovat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Leamy kollegoineen (2011) tunnisti viisi toipumisen prosessia: yhteyden tunne, toivo ja optimismi, identiteetti, elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen. Jacobson ja Greenley (2001) tunnistivat neljä keskeistä prosessia: toivo, parantuminen, voimaantuminen ja yhteys. Myös Andresen, Oades ja Caputi (2003) tunnistivat tutkimuksessaan neljä keskeistä toipumisen prosessia: toivon löytäminen, identiteetin uudelleenrakentaminen, elämän merkityksen löytäminen sekä vastuun ottaminen toipumisesta.

Toipumisessa on siis tunnistettu monia osaprosesseja, jotka toistuvat useissa tutkimuksissa: yhteys (osallisuus), toivo, identiteetti, elämän merkityksellisyys, voimaantuminen/parantuminen ja vastuun ottaminen. Tässä opinnäytetyössä keskitytään niihin toipumiseen ja toipumisorientaatioon liittyviin prosesseihin ja osa-alueisiin, jotka ovat toimeksiantajan koulutustavoitteiden kannalta keskeisiä ja joiden on tutkimusten perusteella todettu olevan erityisen merkityksellisiä toipumisprosessissa. Nämä osa-alueet muodostivat käytännön kehittämistyön perustan, ja teoriaa täydennettiin ja syvennettiin kokemustiedon avulla. Tähän työhön valitut osa-alueet ovat positiivinen mielenterveys, osallisuus, toivo, merkityksellinen elämä, identiteetti sekä voimavarat ja voimaantuminen. Nämä osa-alueet kattavat sekä toipumisen keskeiset osaprosessit että toipumisorientaation ydinaiheet. Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin näitä osa-alueita.

6.4.1 Positiivinen mielenterveys

Mielenterveys on keskeinen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia. Sitä voidaan pitää yksilön voimavarana, joka auttaa selviytymään elämän haasteista ja stressistä. Mielenterveys kehittyy ja muuttuu ihmisen kokemusten ja elämänvaiheiden mukana. Mielenterveyshäiriöt voivat aiheuttaa merkittäviä haasteita mielenterveydelle, mutta eivät kuitenkaan täysin poista sitä. Mielenterveyshäiriötä sairastava henkilö voi oireistaan huolimatta kokea psyykkistä hyvinvointia eli positiivista mielenterveyttä. Positiivisen mielenterveyden käsite ohjaa ajattelua pois sairaus- ja ongelmakeskyydestä korostaen, että mielenterveys on paljon enemmän kuin pelkkä mielenterveyshäiriöiden puuttuminen. Mielenterveyttä voidaan vahvistaa erilaisin interventioin ja tukitoimenpitein. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1759–1760.)

Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Yleisesti positiivinen mielenterveys käsitetään yksilön keskeisenä voimavarana ja olennaisena osana kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia. Positiivinen mielenterveys kattaa psyykkiset resurssit, jotka auttavat kohtaamaan vastoinkäymisiä, kyvyn vaikuttaa omaan elämään, toiveikkuuden ja elämänhallinnan tunteen, toimivat sosiaaliset suhteet sekä myönteisen minäkuvan. Positiivinen mielenterveys voi toimia suojausmekanismina, kun yksilö kohtaa elämän haasteita tai vaikeuksia. Vaikka positiivista mielenterveyttä voidaan lähestyä eri tavoilla, kaikissa näkemyksissä korostuu sen merkitys voimavarana, jonka kehittämiseen ja hyödyntämiseen tulisi kiinnittää huomiota. Positiivisen mielenterveyden edistämisellä on tärkeä rooli yhteiskunnassa, sillä vahva positiivinen mielenterveys voi vähentää sairastavuutta ja parantaa väestön yleistä hyvinvointia. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1759–1760.) Toipumisorientaation mukaisen toiminnan tarkoituksena on erityisesti vahvistaa positiivista mielenterveyttä. Näin ollen toipumisorientaatio kytkeytyy osaksi positiivista psykologiaa ja positiivista psykiatria. (Nordling 2023, 10.)

Keyes (2002; 2005) on tutkinut mielenterveyden ja mielenterveyshäiriöiden suhdetta. Hän on kehittänyt sen perusteella kahden jatkumon mallin, jossa mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt nähdään erillisinä mutta toisiinsa liittyvinä ulottuvuuksina. Malli osoittaa, että yksilö voi kokea positiivista mielenterveyttä mielenterveyshäiriöstä huolimatta. Tämä lähestymistapa korostaa, että hyvä mielenterveys ei ole pelkästään mielenterveyshäiriöiden puuttumista, vaan siihen liittyy myös aktiivinen positiivinen hyvinvointi. Malli on havainnollistettu kuvassa 5.



Kuva 5. Keyesin kahden jatkumon malli (mukaillen THL 2023b; Keyes 2002; 2005)

Subjektiiivista hyvinvointia voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta: hedonisesta ja eudaimonisesta. Ensimmäinen korostaa subjektiivista onnellisuuden ja hyvinvoinnin kokemista, jälkimmäinen puolestaan psyykkistä toimintakykyä, kuten autonomiaa, pystyvyyttä ja elämänhallintaa. Hedoninen näkökulma keskittyy hetkellisiin nautintoihin ja mielihyvään, kun taas eudaimoninen näkökulma keskittyy pitkäaikaiseen henkilökohtaiseen kasvuun ja tarkoitukselliseen elämään. Jaoteltua on kritisoitu epätarkkuudesta ja päällekkäisyyksistä, koska monet hyvinvoinnin osa-alueet voivat kuulua molempiin kategorioihin. Tutkimuksissa positiivinen mielenterveys on usein määritelty osaksi subjektiivisen hyvinvoinnin käsitettä. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1760.)

Positiivista mielenterveyttä voidaan mitata monin tavoin. Positiivisen mielenterveyden tutkimus on perinteisesti jäänyt vähemmälle huomiolle verrattuna mielenterveyshäiriöihin keskittyvään tutkimukseen. Suomalaisissa tutkimuksissa positiivista mielenterveyttä on tarkasteltu yleensä koherenssin tunteen, resilienssin, pystyvyyden tunteen, elämäntyytyväisyyden, elämänlaadun, luontevahvuuksien, optimismin ja onnellisuuden kautta. Yksi positiivisen mielenterveyden arviointimenetelmistä on Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), joka on käännetty myös suomeksi. WEMWBS on positiivisen mielenterveyden mittari, joka mittaa keskeisiä mielenterveyteen liittyviä tekijöitä, kuten ilon ja optimismin tunteita, sosiaalisia suhteita sekä toimintakykyä. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1761–1764.) Mittaria on hyödynnetty tutkittaessa suomalaisen aikuisväestön mielenterveyttä. FinSote 2020 -tutkimuksessa kartoitettiin aikuisväestön mielenterveyttä sekä avun hakemista mielenterveysongelmiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin erityisesti psyykkistä kuormittuneisuutta, positiivista mielenterveyttä, itsemurha-ajatuksia sekä terveyspalvelujen käyttöä mielenterveysongelmien vuoksi. Tutkimuksen tulokset osoittavat,

että vaikka psyykinen kuormittuneisuus on lisääntynyt, erityisesti työikäisillä, positiivisessa mielen terveydessä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Tämä viittaa siihen, että yksilöillä on psyykkisiä voimavaroja ja mielen hyvinvointia kuormittuneisuudesta huolimatta. (Suvisaari ym. 2021.)

6.4.2 Osallisuus

Osallisuuden huomioimisen ja edistämisen merkitys on nyky-yhteiskunnassa merkittävä, mikä näkyy erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnassa ja kehittämisessä. Osallisuuden edistämisen tavoitteena on mahdollistaa, että yksilöt voivat vaikuttaa omaan elämäänsä ja tehdä hyvinvointia tukevia valintoja. Tavoitteena on myös varmistaa, että yksilöt hyötyvät yhteisön tarjoamista eduista ja voivat vaikuttaa itselleen tärkeisiin asioihin. Lisäksi tavoitteena on, että he voivat nauttia yhteisesti tuotetuista hyödyistä, toimia yhdessä muiden hyväksi, osoittaa osaamistaan sekä saada arvostusta ja tunnustusta. Osallisuuden edistämällä voidaan vähentää eriarvoisuutta, köyhyyttä ja syrjäytymistä, parantaa palveluja sekä tukea yksilöiden ammatillista ja koulutuksellista kehitystä. Osallisuutta edistämällä voidaan lisäksi edistää eri yhteiskuntaryhmien kohtaamista ja lisätä toimeliaisuutta, mikä vähentää syrjintää, ennakkoluuloja ja yksinäisyyttä. (THL 2023a, 13–29.) Osallisuuden edistäminen on katsottu tärkeäksi myös lainsäätäjän toimesta. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) yksi päätarkoituksista on osallisuuden edistäminen.

Raivio ja Karjalainen (2013, 16–17) tarkastelevat osallisuutta kolmen ulottuvuuden kautta: taloudellinen osallisuus (having), toiminnallinen osallisuus (acting) ja yhteisöllinen osallisuus (belonging). Raivio ja Karjalainen viittaavat Allardtin (1976) määrittelemiin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin (having, loving, being), joita he käyttävät jäsentäessään osallisuuden rakentumista. Osallisuuden ulottuvuudet muodostavat osallisuudelle myös negatiivisen vastaparin: syrjäytymisen. Osallisuus voidaankin käsittää syrjäytymisen vastakohtana, ja se on läheisesti yhteydessä inklusioon (Leemann, Kuusio & Hämäläinen 2015, 1–3). Hyvinvoinnin osatekijät, kuten riittävä toimeentulo, yhteisöön kuuluminen ja aktiivinen toiminta, ovat keskeisiä osallisuuden ja yhteiskunnallisen toimintakyvyn edistämässä (Raivio & Karjalainen 2013, 16–17). Hyvinvoinnin lähteet voivat olla aineellisia, kuten toimeentulo ja asuminen, tai aineettomia, kuten luottamus ja turvallisuus (Isola ym. 2017, 18–21).

Osallisuuden ja sitä edistävien toimien onnistumisen keskeinen mittari on ihmisten kokemus omasta osallisuudestaan. Tämä kokemus koostuu neljästä keskeisestä tekijästä: kuuluminen itselle merkitykselliseen yhteisöön, päivittäisten tekemisten merkityksellisyys, mahdollisuus tavoitella henkilökohtaisesti tärkeitä asioita (hallittavuus) sekä mahdollisuus osallistua yhteisiin toimiin ja vaikuttaa omaan elinympäristöönsä (osallistuminen). Osallisuuden kokemus on olennaisen tärkeä hyvinvoinnille ja elämänlaadulle, ja edellä mainittujen tekijöiden puuttuminen voi merkittävästi heikentää niitä. Osallisuuden kokemus vaikuttaa esimerkiksi terveyteen, toimintakykyyn, työkykyyn, mielenterveyteen ja elämänlaatuun. (THL 2023a, 27.)

Isola kollegoineen (2017) on kehittänyt osallisuudelle viitekehyksen. Se koostuu erilaisista teorioista ja käsitteistä, jotka selittävät ihmisten toimintaa ja yhteiselon järjestämistä. Näihin teorioihin kuuluvat esimerkiksi Antonovskyn (1987) salutogeeninen terveyden edistämisen teoria, joka keskittyy koherenssin tunteeseen, sekä Ryanin ja Decin (2000) itsemääräämisteoria, joka puolestaan korostaa kolmea psykologista perustarvetta: autonomiaa, kyvykkyyttä ja yhteenkuuluvuutta (Isola ym. 2017, 15) ⁹.

Isolan ja kollegoiden mukaan osallisuus tarkoittaa liittymistä ja kuulumista merkityksellisiin vuorovaikutussuhteisiin. Se on yhteisyyttä, yhteensopivuutta ja mukaan ottamista. Osallisuus sisältää myös mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäänsä ja ympäröivään yhteiskuntaan. Näin ollen se merkitsee osallistumista, vaikuttamista ja demokratiaa. (Isola ym. 2017.) Osallisuus nähdään sekä arvotavoitteena että keinona köyhyyden torjunnassa, syrjäytymisen ehkäisyssä ja oikeudenmukaisen, yhdenvertaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan edistämiseksi (Leemann & Hämäläinen 2016, 589). Koska osallisuus liittyy yksilön subjektiivisiin kokemuksiin, sen määrittely ja mittaaminen on haastavaa. Tämä on kuitenkin välttämätöntä, sillä mittaaminen edistää osallisuuden ymmärtämistä sekä sen edistämisen suunnittelua ja arviointia. (Isola ym. 2017, 3, 53–55.)

Sosiaali-, käyttäytymis- ja terveystieteiden tutkimusten perusteella osallisuus ja siihen liittyvät toimenpiteet voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: 1) osallisuus omassa elämässä, 2) osallisuus yhteisöissä ja vaikuttamisen prosesseissa sekä 3) osallisuus yhteisestä hyvästä (Isola ym. 2017, 23–42; THL 2023a, 20). Seuraavaksi tarkastellaan näitä osa-alueita tarkemmin.

⁹ Lisää teorioista luvussa 6.4.4 Merkityksellinen elämä.

Osallisuus omassa elämässä

Osallisuus omassa elämässä tarkoittaa yksilön kykyä hallita, ymmärtää ja vaikuttaa omaan elämäänsä merkityksellisellä tavalla. Tämä edellyttää kohtuullista toimeentuloa ja tarpeisiin vastaavia palveluita, jotka luovat perustan turvallisuudelle, hyvinvoinnille sekä aktiiviselle osallistumiselle yhteiskuntaan. (THL 2023a, 21.) Autonomia on keskeinen osallisuuden edellytys, ja se vaatii elämän ymmärrettävyyden, ennakoitavuuden ja hallittavuuden vahvistamista, mikä tarkoittaa selkeää käsitystä tulevaisuudesta ja mahdollisuutta vaikuttaa siihen. Jotta yksilö voisi kokea olevansa osallinen omassa elämässään, hänen tulee voida vaikuttaa elämänsä suuntaan ja käyttämiinsä palveluihin. On tärkeää, että yksilö voi toteuttaa itseään ja kehittyä omana itsenään. (Isola ym. 2017, 25–29; THL 2023a, 21.) Lisäksi osallisuus liittyy yksilön saamaan arvostukseen muiden silmissä, mikä vahvistaa kokemusta kuulluksi ja arvostetuksi tulemisesta. Sosiaalinen arvostus voi luoda merkityksellisyyden tunnetta ja vahvistaa osallisuutta yhteisöissä. (Isola ym. 2017, 25–26.)

Toipumisorientaatioon perustuvissa palveluissa asiakas nähdään aktiivisena ja täysivaltaisena osallistujana hoitonsa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Tämä näkökulma poikkeaa perinteisestä ammattilaislähtöisestä toimintamallista, jossa hoitosuunnitelmia noudattamattomat asiakkaat ovat usein leimautuneet hoitovastaisiksi tai heikosti motivoituneiksi. Toipumisorientaatio korostaa asiakkaan kokemuksia ja roolia oman hoitonsa subjektina. Ilman yksilöllisten kokemusten huomioimista hoito- tai kuntoutumisprosessissa toipumisorientaation periaatteet eivät voi toteutua. Toipumisorientaatiossa asiakkaat nähdään yksilöinä, joilla on ainutlaatuiset toipumiseen vaikuttavat tekijät, kuten vahvuudet, rajoitukset, kyvyt, tuen tarpeet ja mielenkiinnon kohteet. Nämä ominaisuudet kehittyvät ja muuttuvat ajan myötä. Toipumisorientaatiossa ei keskitytä pelkästään sairauden näkökulmaan, vaan huomioidaan asiakkaiden erityispiirteet kaikilla elämänalueilla. (Nordling 2023, 33–35.)

Osallisuus yhteisöissä ja vaikuttamisen prosesseissa

Osallisuus yhteisöissä ja vaikuttamisen prosesseissa on olennainen osa sekä yksilön että yhteisön elämää, sillä se mahdollistaa aktiivisen osallistumisen ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen. Osallisuus tarjoaa mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa ympäristöönsä, mikä edistää sekä henkilökohtaista että poliittista toimijuutta. Henkilökohtainen toimijuus tarkoittaa omien tarpeiden ja voimavarojen tunnistamista, hyvinvointia edistävien suhteiden ylläpitämistä sekä vapautta tavoitella arvostamia asioita. Näin yksilö voi tehdä itsensä näkyväksi, osoittaa osaamisensa ja vaikuttaa ympäröivään maailmaan. Poliittinen toimijuus ulottuu laajempiin

konteksteihin, kuten ryhmiin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Se mahdollistaa keskustelun hyvinvoinnin merkityksistä, resurssien jaosta ja eettisistä kysymyksistä sekä pyrkii muuttamaan tai säilyttämään yhteiskunnallisia rakenteita. Erityisen tärkeää on osallistaa niitä, jotka kärsivät huono-osaisuudesta, köyhyydestä tai pitkäaikaistyöttömyydestä ja joilla ei ole uskoa omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa. Näiden ryhmien osallisuus päätöksenteossa ja vaikuttamisprosesseissa voi olla ratkaisevaa heidän hyvinvointinsa ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden edistämiseksi. (Isola ym. 2017, 29–38.)

Yksilöille tarjottavat vaikuttamismahdollisuudet ovat merkittäviä useista syistä. Ne tuovat merkityksellisyyttä elämään ja auttavat yksilöitä tuntemaan itsensä arvokkaiksi, mikä edistää yleistä hyvinvointia, henkistä tasapainoa ja toipumista. Vaikuttamismahdollisuudet vahvistavat myös yksilön toimijuutta ja autonomiaa, jotka ovat keskeisiä koherenssin ja elämän hallittavuuden tunteen kannalta. (Isola ym. 2017, 9–16, 29–38; Davidson ym. 2005, 483–484.) Asiakasosallisuus on esimerkki osallisuuden muodosta, joka tarjoaa yksilöille mahdollisuuden vaikuttaa. Se tarkoittaa palvelujen käyttäjien osallistumista palvelujen suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin, mikä vahvistaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä. (Leemann & Hämäläinen 2016, 587–588.) Vaikuttamismahdollisuuksia parantavat myös esimerkiksi demokratia- ja kansalaistaidot. Maahanmuuttajien vaikuttamismahdollisuuksien kohdalla kielitaito on keskeinen tekijä. (Isola ym. 2017, 35.)

Jaettu päätöksenteko tarkoittaa, että asiakkaalla on valta päättää omista asioistaan yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Tämä vuorovaikutteinen prosessi pyrkii tuottamaan molempia osapuolia tyydyttävän ratkaisun keskustelun ja tiedon jakamisen kautta. Toipuminen esimerkiksi mielenterveys- tai päihdehäiriöstä edellyttää asiakkaan aktiivista osallistumista hoitoprosessiin. Osallisuus toteutuu, kun asiakas otetaan mukaan päätöksentekoon, mikä on myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus tehdä valintoja ammattilaisten näkemyksistä riippumatta. Tällöin sairauteen liittyvä asiantuntemus ei yksin määrittele suunnitelmia tai palveluja, ja asiakkaalla on yhtäläinen mahdollisuus irrottautua palveluista kuin sitoutua niihin. (Nordling 2023, 34, 132, 191.)

Osallisuus yhteisestä hyvästä

Osallisuus yhteisestä hyvästä tarkoittaa mahdollisuutta osallistua yhteisen hyvän tuottamiseen ja jakamiseen muiden kanssa. Tällöin osallisuus ilmenee erityisesti paikallisella tasolla, jossa se tarkoittaa mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa omaan elinympäristöön. Osallisuus ilmenee paikallisissa tiloissa ja toiminnassa, joissa asukkaat voivat hyödyntää osaamistaan, kokea

yhteenkuuluvuutta ja vaikuttaa yhteisiin resursseihin, mikä edistää yhteisöllisyyttä ja merkityksellisyiden kokemusta. Paikallisesti voidaan luoda olosuhteita, joissa asukkaat voivat hyödyntää osaamistaan, panostaa yhteiseen hyvään ja hallita resursseja tehokkaasti. Tämä on merkittävää, sillä kansallinen päätöksenteko voi usein tuntua etäiseltä ja vaikeasti saavutettavalta yksilön näkökulmasta. (Isola ym. 2017, 38–42; THL 2023a, 24–26.)

Paikallisessa toiminnassa korostuu vastavuoroisuuden merkitys; jopa tuntemattomien välinen hyvän tekeminen vahvistaa yhteisöllisyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Paikallinen toiminta tarjoaa ihmisille mahdollisuuden kokea yhdenvertaisuutta ja yhteisöllisyyttä riippumatta sosioekonomisesta asemasta. Vaikuttaminen paikallisiin asioihin ja osallistuminen yhteiseen hyvään vahvistaa yksilöiden autonomiaa ja itsenäisyyttä. Lisäksi paikallisessa toiminnassa voidaan luoda suhteita, joissa yksilöllisen tunnustuksen ja arvostuksen tarpeet tyydyttyvät, mikä lisää kokemusta merkityksellisyydestä ja arvokkuudesta. (Isola ym. 2017, 38–42.)

Paikallinen hyvä tarkoittaa toimintaa, joka vastaa yhteisön erityisiin tarpeisiin ja jota ei voida tuottaa pelkästään markkinoilla tai hyvinvointivaltion puitteissa. Tämä toiminta tarjoaa alustan, jossa asukkaat voivat kokea yhdenvertaisuutta ja saada tunnustusta panostuksestaan. Arvo ei ole pelkästään rahallinen, vaan se perustuu yksilöiden ja ryhmien subjektiivisiin merkityksiin ja suhteisiin. Paikallisella tasolla tunnistetut potentiaalit, riskit ja resurssit voidaan hallita tehokkaasti ja kestävästi, mikä mahdollistaa hyvinvoinnin ja resurssien oikeudenmukaisen jakamisen. (Isola ym. 2017, 38–39.)

6.4.3 Toivo

Toivo voidaan määritellä uskona siihen, että elämä voi muuttua paremmaksi. Toivo syntyy kokemuksesta, että ihmisellä on syy olla olemassa. Toivo liittyy elämän tarkoitukseen ja päämäärien toteuttamiseen. Se vahvistuu, kun ihminen tuntee itsensä tarpeelliseksi. Toivoon liittyy myönteinen usko toipumisen mahdollisuuteen. Tämä ajattelu lisää ihmisen halua onnistua ja tavoitella unelmia. Toivo voimaannuttaa ja vaikuttaa myönteisesti toipumisprosessiin lisäämällä halua hoitaa itseään ja ottaa apua vastaan. Näin ollen toivo vahvistaa yksilön sitoutumista hoitoonsa. (Nordling 2023, 110–111.)

Toivo on olennainen tekijä mielenterveyden tukemisessa ja toipumisessa. Toivo auttaa yksilöitä uskomaan parempaan tulevaisuuteen ja tarjoaa voimaa kohdata elämän haasteet. Toivo voi auttaa hallitsemaan haastavia tilanteita, kuten stressiä ja ahdistusta, mikä parantaa elämänlaatua ja

selviytymiskykyä. Toivolla ja motivaatiolla on vahva yhteys, joka voi merkittävästi edistää toipumisprosessia ja sen onnistumista. Toivo voi auttaa yksilöitä löytämään merkitystä ja motivaatiota elämässään, mikä puolestaan parantaa psykologista hyvinvointia. (Nordling 2023, 110–115.)

Toivo, optimismi ja itseluottamus ovat läheisiä käsitteitä, mutta ne eroavat toisistaan merkittävästi. Optimismi ilmentää yleistä uskoa siihen, että asiat kehittyvät myönteisesti, kun taas itseluottamus tarkoittaa luottamusta omiin kykyihin. Toivo puolestaan yhdistää tahdon saavuttaa realistinen päämäärä ja siihen liittyvän suunnitelmallisuuden. (Kaufman 2011.) Lisäksi toivon realistisiin mahdollisuuksiin liittyvä odotus erottaa sen toiveajattelusta (Nordling 2023, 110).

Rick Snyderin toivoteorialla on ollut merkittävä rooli positiivisen psykologian kehityksessä. Teoria perustuu kahteen pääelementtiin: toimijuus ja reitit. Toimijuus tarkoittaa yksilön uskoa omiin kykyihinsä saavuttaa tavoitteensa, kun taas reitit viittaavat suunnitelmiin ja strategioihin näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tätä teoriaa on laajennettu uusilla komponenteilla, jotka keskittyvät yksilön sisäiseen motivaatioon ja merkityksen löytämiseen sekä korostavat sosiaalisten resurssien ja ihmissuhteiden merkitystä. Laajennettu malli ottaa huomioon toivon syntymisen ja ylläpitämisen monimutkaiset ja vuorovaikutteiset prosessit, mikä mahdollistaa tehokkaampien interventioiden ja tukitoimien kehittämisen. (Colla, Williams, Oades & Camacho-Morles 2022.)

Toipumisprosessissa on olennaista herättää, vahvistaa ja ylläpitää asiakkaan toivon tunnetta. Tutkimukset viittaavat siihen, että asiakkaalla on merkittävä rooli oman toivon herättämisessä ja ylläpitämisessä. Toivon tunteeseen ja toiveikkuuden vahvistumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten omien vahvuuksien tunnistaminen, uusien taitojen oppiminen, onnistumisten kokeminen, osallisuus, elämän merkityksellisyyden kokeminen sekä haaveet ja tulevaisuuden tavoitteet. Toiveikkuuden vahvistumisen kannalta on tärkeää, että asiakas tunnistaa vahvuuksiaan, oppii uusia taitoja, kokee osallisuutta, ylläpitää haaveita, asettaa tavoitteita ja saa onnistumiskokemuksia. Myös unelmilla on merkittävä rooli toivon synnyttämisessä ja ylläpitämisessä, vaikka ne harvoin toteutuvat sellaisinaan. Unelmat ohjaavat yksilöitä kohti onnellisempaa elämää. (Nordling 2023, 110–115.)

Psykkisen sairauden pitkittyessä yksilön käsitykset omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan voivat muuttua vähätteleviksi ja kieltäviksi, mikä aiheuttaa negatiivisen kehän elämään. Tämä voi johtaa ilon, onnistumisen kokemusten, sosiaalisten kontaktien, tulevaisuuden uskon, harrastusten ja nautintojen katoamiseen. Tällöin on tärkeää, että ammattilaiset tunnistavat nämä kielteiset uskomukset ja tukevat asiakasta niiden muuttamisessa. Muuttuminen toivottamasta toiveik-

kaaksi ei tapahdu päätöksellä, vaan se vaatii ammattilaisten vahvistusta. Uskomusten muuttaminen on usein työlästä ja voi vaatia konfrontaatiota. Ammatilainen voi tunnistaa kielteisiä uskomuksia, kyseenalaistaa niitä ja auttaa muuttamaan niitä. Onnistumisten näkyväksi tekeminen ja positiivinen palaute muokkaavat uskomuksia myönteisemmiksi ja lisäävät toivoa pärjäämisestä. Aidot onnistumiskokemukset vahvistavat asiakkaan positiivisia uskomuksia itseensä. (Nordling 2023, 111–118.)

Toipumisprosesseissa voi ilmetä tilanteita, jolloin asiakkaiden ymmärrys sairaudesta muuttuu merkittävästi. Näitä tilanteita kutsutaan käännekohtiksi. Diagnoosin saaminen voi olla käännekohta, joka auttaa ymmärtämään elämän haasteiden syitä. Ymmärrys sairaudesta voi lisätä toivoa ja auttaa toipumisessa. Se on myös edellytys toipumislähtöisten muutosten tekemiselle. (Nordling 2023, 112.) Käännekohdat voivat olla ratkaisevia hetkiä, jotka tarjoavat uusia näkökulmia asiakkaan tilanteeseen ja mahdollisuuksiin. Ne voivat toimia koko toipumisprosessin käynnistäjinä tai merkittävänä edistäjinä. Käännekohta voi myös olla yksilön voimaantumisen alku. Näissä tilanteissa saadulla tuella voi olla merkittävä vaikutus, ja se voi nopeuttaa toipumisprosessia.

Muutos ja motivoituminen alkavat asiakkaan henkilökohtaisista tavoitteista ja kiinnostuksen kohteista. Realististen ja merkityksellisten tavoitteiden asettaminen on olennaista onnistuneessa muutoksessa. Mahdollisuus tehdä itsenäisiä valintoja ja päätöksiä voi olla asiakkaalle palkitsevaa, vaikka valinnanvapaus saattaa myös aiheuttaa pelkoa tai ahdistusta. Pysyviä muutoksia voidaan saavuttaa, kun asiakkaan tavoitteet ja kiinnostuksen kohteet otetaan huomioon hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa. On siis olennaista, että asiakas osallistuu aktiivisesti suunnitelmien laatimiseen. Motivoinnin ja hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää ymmärtää, että motivointi ei yleensä johda motivoitumiseen. Motivaatio rakentuu henkilökohtaisista saavutuksista, itseluottamuksesta ja onnistumisen kokemuksista. Lisäksi toimintaympäristöllä voi olla merkittävä vaikutus motivoitumisprosessiin. (Nordling 2023, 114, 119, 122.)

Sisäisen motivaation rakentuminen edellyttää, että asiakas voi valita eri vaihtoehdoista, tehdä itsenäisiä päätöksiä ja saada tarvittavaa tukea tavoitteidensa saavuttamiseksi. Auttaja ilmentää käytöksellään omaa tulevaisuusorientaatiotaan vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, eikä hänellä tulisi olla asenteita ja uskomuksia, jotka estävät kuntoutumista. Auttajan oma toivo näkyy ulospäin, ja epäaitous vähentää luottamusta asiakassuhteeseen. Ammatilaisen toivon puute voi ilmetä esimerkiksi rajoittamisena tai epäilynä kuntoutujan mahdollisuuksiin tehdä itsenäisiä valintoja. (Nordling 2023, 113–119.)

6.4.4 Merkityksellinen elämä

Elämän merkityksellisyys on olennainen tekijä ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Jokainen tarvitsee elämälleen tarkoituksen ja merkityksellisyyden tunteen. Merkityksellisyyden kokemus syntyy perusarvoista ja siitä, että yksilö noudattaa arvojaan ja eettisiä periaatteitaan. Merkityksellinen elämä muodostuu arvojen lisäksi merkityksellisestä sisällöstä, sosiaalisista suhteista, toisten huolenpidosta ja auttamisesta sekä hallinnan tunteesta omassa elämässä. Elämä koetaan merkityksellisemmäksi, kun yksilö kokee toteuttavansa itseään ja arvostaa omaa olemassaoloaan. (Nordling 2023, 145, 173–174.)

Elämänlaadun parantaminen on keskeinen osa elämän merkityksellisyyden kokemusta ja toipumista. Elämän merkityksellisyys ja tarkoitus voivat löytyä useista lähteistä, kuten merkityksellisistä rooleista ja tavoitteista. Hengellisyys ja uskonnollisuus voivat olla keskeisiä tekijöitä elämän merkityksen löytämisessä. Merkityksellisyyden kokemus voi syventyä myös mielenterveysongelman myötä, jolloin sairauden aiheuttamat kokemukset auttavat ymmärtämään itseään ja elämänsä paremmin. (Leamy ym. 2011, 448–450.) Sairaudesta toipuminen voi jopa tarjota elämälle kokonaan uuden merkityksen. Merkityksellisyyden puuttuessa elämä voi tuntua tyhjältä ja tarkoituksettomalta, mikä voi johtaa henkiseen pahoinvointiin (Nordling 2023, 146).

Merkityksellisyyteen liittyy myös elämän mielekkyys. Mielekkäässä elämässä korostuvat yksilön subjektiiviset kokemukset ja tunteet, jotka liittyvät erityisesti ihanteisiin ja tarpeisiin. Ihanteet eivät ole pelkästään henkilökohtaisia, vaan niihin liittyy myös sosiaalinen vaikutus. Jokaisella yhteiskunnalla on omat ihanteensa, jotka ohjaavat kansalaisia heidän valinnoissaan ja päätöksissään. Perustarpeiden tyydyttyminen lisää elämän mielekkyyttä. Esimerkiksi riittävä toimeentulo ja taloudellinen vakaus lisäävät elämän mielekkyyden kokemusta. (Nordling 2023, 174.)

Merkityksellistä elämää voidaan tarkastella myös psykologisten perustarpeiden näkökulmasta. Itsemääräämisteorian (Ryan & Deci 2000) mukaan ihmisten hyvinvointi ja merkityksellisyyden kokemus perustuvat kolmen psykologisen perustarpeen tyydyttämiseen: autonomiaan, kyvykkyyteen ja yhteenkuuluvuuteen. Autonomia tarkoittaa, että yksilö kokee voivansa tehdä itsenäisiä valintoja ja toimia omien arvojensa mukaisesti. Kyvykkyys viittaa tunteeseen siitä, että yksilö on kykenevä ja pätevä saavuttamaan tavoitteensa. Yhteenkuuluvuus tarkoittaa kuuluvuuden tunnetta ja sosiaalista sidettä muihin ihmisiin. Näiden tarpeiden tyydyttäminen on olennaista elämän merkityksellisyyden kokemiselle. Lisäksi yhteiskunta voi luoda uusia tarpeita, jotka vaikuttavat merkityksellisyyden kokemukseen (Nordling 2023, 174).

Elämän merkityksellisyden löytäminen on tärkeä osa toipumista mielenterveyshäiriöistä (Leamy ym. 2011, 448–450). Toipumisorientaatio korostaa elämän merkityksellisyden ja mielekkyyden lisäämistä osana toipumista (Nordling 2023, 36, 144–150, 173–178). Toipumisprosessissa voidaan tunnistaa kuusi keskeistä osa-aluetta, jotka ovat olennaisia elämän mielekkyyden kannalta: 1) Itsenä oleminen viittaa identiteettiin, joka perustuu aitoon itseilmaisuun eikä sairausdiagnoosiin ja mahdollistaa identiteetin uudelleenrakentamisen. 2) Kuuluminen elämään vahvistaa yksilön kokemusta merkityksellisyydestä ja osallisuudesta. 3) Itsenäisyys korostaa yksilön kykyä hyödyntää tukea ja kantaa vastuuta omasta elämästään. 4) Toiminta ja vetäytyminen heijastavat rooleja, joissa yksilö tasapainoilee aktiivisen toimijuuden ja vetäytymisen välillä. 5) Ajallisten näkökulmien integrointi auttaa yksilöä asettamaan realistisia tavoitteita sekä ylläpitämään toivoa tulevaisuudesta. 6) Koherenssin tunne vahvistaa yksilön kokemusta elämän hallittavuudesta ja ymmärrettävyydestä. (Nordling 2023, 175–177.)

Koherenssin tunne on Antonovskyn (1987) salutogeenisen terveyden edistämisen teorian keskeinen käsite. Teoria keskittyy selvittämään terveyden alkuperää tutkimalla yksilön vahvuuksia ja voimavaroja sairauksien syiden sijaan. Koherenssin tunne koostuu kolmesta ulottuvuudesta: ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja merkityksellisyydestä. Ymmärrettävyys tarkoittaa, kuinka johdonmukaisina, ennakoitavina ja järkevinä yksilö kokee elämänsä tapahtumat. Hallittavuus tarkoittaa yksilön uskoa siihen, että hänellä on käytettävissään riittävät resurssit kohdata ja selviytyä elämänsä haasteista. Hallittavuus auttaa yksilöä välttämään uhrin rooliin joutumista ja alistumista haastavissa tai epäoikeudenmukaisissa tilanteissa. Merkityksellisyys on tärkein ulottuvuus ja viittaa siihen, kuinka merkityksellisinä ja arvokkaina yksilö kokee elämänsä tapahtumat ja haasteet. Elämän tapahtumien aiheuttamat haasteet voidaan nähdä joko taakkana tai arvokkaina voimavaroina, mikä mahdollistaa niiden kokemisen merkityksellisinä. Merkityksellisyyden tunne syntyy, kun yksilö kokee elämän tapahtumien olevan linjassa hänen arvomaailmansa kanssa. Koherenssin tunne toimii voimavarana, joka aktivoi muiden voimavarojen käytön ja ylläpitää toivoa ja uskoa tulevaisuuteen. (Antonovsky 1987, 16–29; Tuloisela-Rutanen 2012, 9, 11–12.) Toipumisorientaation mukaisessa auttamistyössä pyritään lisäämään asiakkaan elämän ymmärrettävyyttä, hallittavuutta ja merkityksellisyyttä (Nordling 2023, 50).

6.4.5 Identiteetti

Identiteetin käsite on keskeinen sosiaalipsykologiassa, ja Erik H. Eriksonin teoria on merkittävästi vaikuttanut sen kehitykseen. Eriksonin (1982) psykososiaalisen kehityksen teoria korostaa identiteetin jatkuvaa kehittymistä koko elämänkaaren ajan. Identiteetillä tarkoitetaan yksilön subjektiivista kokemusta itsestään, joka muotoutuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa hänen henkilökohtaisten ominaisuuksiensa ja ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Tämä vuorovaikutus luo sosiaalisen identiteetin, joka vaikuttaa merkittävästi minäkäsitykseen, sosiaalisiin suhteisiin ja ryhmäkuuluvuuteen sekä toimii keskeisenä tekijänä yksilön sisäisen maailman rakentumisessa ja persoonallisen identiteetin kehityksessä elämänkaaren aikana. (Nordling 2023, 128–129.)

Itsetuntoon vaikuttavat tekijät, kuten sosiaalisiin suhteisiin liittyvä tunneperäinen sitoutuminen, ovat yhteydessä yksilön sosiaaliseen asemaan. Ympäristö voi vaikuttaa yksilön sosiaalisen identiteetin muodostumiseen, mikä saattaa johtaa leimaamiseen ja stigmatisointiin. Stigmatisointi voi johtaa siihen, että yksilö omaksuu kielteisen käsityksen itsestään, mikä vaikuttaa negatiivisesti identiteettiin ja aiheuttaa häpeää sekä alemmuuden tunnetta. Psykkinen sairaus voi vääristää itsekäsitystä, ja sairauden pitkittyessä leimaava identiteetti saattaa vahvistua, jolloin yksilöä kohdellaan stereotyyppien mukaisesti. (Nordling 2023, 129–131.) Toipuminen edellyttää vapautumista stigmaan liittyvistä käsityksistä (Davidson ym. 2005, 484).

Toipumisprosessin keskeisin osa on itsen uudelleen määrittely. Tämä tarkoittaa, että sairaus hyväksytään osaksi identiteettiä, mutta sen ei anneta määritellä tai hallita kokonaiskuvaa yksilöstä. (Davidson ym. 2005, 484; Davidson & Strauss 1992, 131; Leamy ym. 2011.) On olennaista, että yksilö tunnistaa itsensä aktiiviseksi toimijaksi sairaudesta huolimatta. Toimijuuden tunteen vahvistuminen näkyy esimerkiksi lisääntyneenä vaikutusvallan ja oman elämän kontrollin tunteena. Toipumisprosessiin kuuluu omien vahvuuksien ja rajoitusten aktiivinen arviointi, mikä lisää ymmärrystä muutosmahdollisuuksista ja auttaa asettamaan uusia tavoitteita. Yksilö alkaa myös hyödyntää taitojaan ja ominaisuuksiaan jokapäiväisessä elämässä, mikä puolestaan vahvistaa hänen luottamustaan omiin kykyihinsä. Vahvistunut minäkuva toimii voimavarana, joka tukee yksilöä sairauden oireiden hallinnassa ja auttaa selviytymään niistä entistä paremmin. Lisäksi vahvistuu kokemus omasta vastuusta toipumisen suhteen. (Davidson & Strauss 1992, 131–141.) Tämä on olennaista, sillä lopulta jokaisen on otettava vastuu omasta toipumisestaan. Toipumisen myötä elämälle syntyy uusi merkityksellisyyden kokemus sairauden aiheuttamista seurauksista huolimatta, mikä auttaa yksilöä siirtymään pois stigmatisoidusta potilaan roolista kohti monipuolisempaa ja positiivisempaa itsemäärittelyä. (Davidson ym. 2005, 482–486.)

Toipumisprosessi vaikuttaa yleensä merkittävästi yksilön elämään ja identiteettiin. Toipuneen identiteetti voi erota huomattavasti siitä, millainen se oli ennen sairastumista. Identiteetin rakentuminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä: joidenkin on rakennettava identiteettinsä täysin uudelleen, kun taas toiset voivat kokea, ettei heidän identiteettinsä ole juurikaan muuttunut. Identiteetin muutos vaikuttaa minäkuvaan, ja vuorovaikutus ympäristön kanssa vahvistaa tätä kehitystä. Erityisesti positiivinen vuorovaikutus tukee myönteisen minäkäsityksen kehittymistä. Ihmisarvoinen kohtelu ja osallisuuden huomioiminen ovat keskeisiä tekijöitä myönteisen minäkuvan kehittymisessä. Identiteetin kehittyessä myönteisemmäksi toipumisprosessin aikana, sairauteen ja sen tuomiin kokemuksiin voidaan suhtautua positiivisemmin. Toipumisessa onkin pohjimmiltaan kyse siitä, että yksilö oppii suhtautumaan itseensä uudella, positiivisemmalla tavalla. Toipuminen ei merkitse sairauden haasteiden pysyvää poistumista, vaan oireiden hallintaa, tuen vastaanottamista ja itsestä huolehtimista tavalla, joka mahdollistaa merkityksellisen ja tyydyttävän elämän sairaudesta huolimatta. Identiteetin rakentuminen on asteittainen prosessi, joka edellyttää, että elämän perustekijät ovat kunnossa. (Nordling 2023, 132–136.)

6.4.6 Voimavarat ja voimaantuminen

Voimavarat

Voimavarat määritellään tekijöiksi, jotka lisäävät iloa ja tukevat jaksamista (Mielenterveyden keskusliitto ry 2021, 16). Tavallisia voimavaralähteitä ovat esimerkiksi mielekäs tekeminen, haaveet ja tavoitteet, ystävät, vertaistuki, liikunta, luonto ja kulttuuri. Toipumisorientaatioissa keskitytään yksilöiden voimavaroihin ja vahvuuksiin, korostaen voimavarakeskeisyyttä, jossa yksilön elämää suunnitellaan hänen vahvuksiensa perusteella. Tässä lähestymistavassa keskeistä on yksilön taitojen, kykyjen ja mielenkiinnon kohteiden tunnistaminen, mikä on olennaista potentiaalinsa ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedostamattomuus omista vahvuuksista voi rajoittaa yksilöä saavuttamasta täyttä potentiaaliaan. (Nordling 2023, 10, 193, 196.)

Ammattilaiset voivat tukea asiakkaita heidän vahvuksiensa ja voimavarojensa löytämisessä. On tärkeää huomioida, että 1) kaikilla ihmisillä on vahvuuksia, joita tulee kunnioittaa, 2) vahvuuksiin panostaminen lisää motivaatiota, 3) vahvuuksien löytäminen on yhteistyötä, 4) ammattilainen ei määrittele, kuinka asiakkaan tulisi muuttaa elämäänsä, 5) vahvuuksiin keskittyminen vähentää asiakkaan arvostelua ja syyttelyä ja 6) jopa haastavimmissa tilanteissa on löydettävissä voimavaroja. (Nordling 2023, 193.) Ammattilaiset voivat kartoittaa asiakkaan vahvuuksia ja voimavaroja

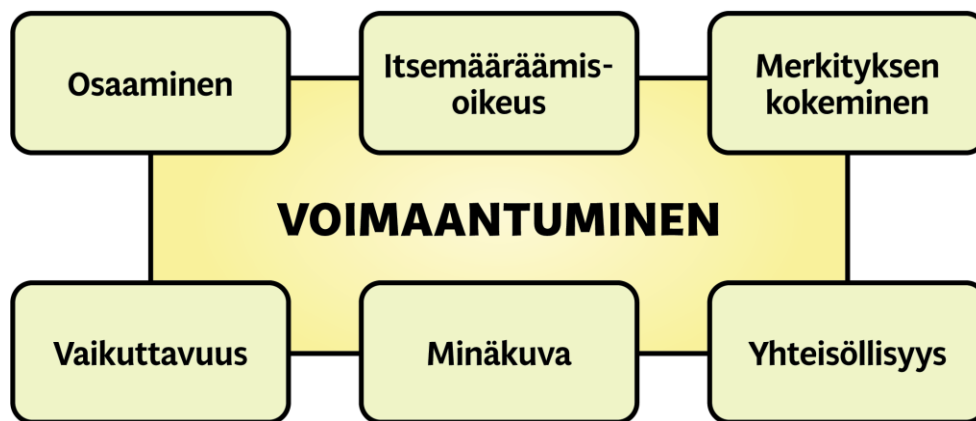
esimerkiksi lomakkeiden, harjoitusten tai keskustelujen avulla (Mielenterveyden keskusliitto ry 2021). Ympäristöllä on merkittävä rooli voimavarojen aktivoitumisessa. Esimerkiksi eläminen laitospäivittäisessä voi vahvistaa potilaan roolia, mikä saattaa vaikuttaa negatiivisesti yksilön itsetuntoon ja omien voimavarojen hyödyntämiseen. Voimavarojen löytäminen on tehokkainta tavallisissa päivittäisissä ympäristöissä, joissa rooli odotukset edistävät normaalia toimintaa eivätkä perustu sairauslähtöiseen ajatteluun. (Nordling 2023, 194.)

Yksilön voimavarat ja vahvuudet toimivat tärkeinä resursseina, joita hyödynnetään toipumisprosessin edistämässä ja ylläpitämisessä. Näitä resursseja kutsutaan toipumispääomaksi, ja se vaikuttaa merkittävästi toipumisprosessin etenemiseen. Toipumispääoma jaetaan yksilölliseen ja yhteisölliseen pääomaan. Yksilöllinen toipumispääoma koostuu voimavaroista, kuten positiivisesta mielenterveydestä, somaattisesta terveydestä, toimintakyvystä, resilienssistä sekä selviytymis- ja ongelmanratkaisutaidoista. Yhteisöllinen toipumispääoma kattaa puolestaan koko palvelujärjestelmän kulttuurin, johon kuuluvat muun muassa sosiaaliset arvot ja asenteet sekä terveydenhuollon palvelut ja tilat. Toipumispääomalle voidaan erottaa myös sosiaalinen ulottuvuus, joka sijoittuu yksilöllisen ja yhteisöllisen toipumispääoman välille. Sosiaalista toipumispääomaa ovat esimerkiksi sosiaaliset verkostot, läheiset ihmissuhteet sekä vertaistuki. (Nordling 2023, 35.)

Voimaantuminen

Voimaantuminen on Siitosen (1999) mukaan yksilöllinen prosessi, joka liittyy yksilön haluun, päämääriin ja itsetuntoon. Tähän prosessiin sisältyy yksilön näkemys itsestään sekä omasta tehokkuudestaan. Voimaantumiseen liittyy vahva vastuunotto, motivaatio sekä halu ja kyky toimia omien tavoitteidensa mukaisesti. Huolimatta prosessin subjektiivisuudesta, voimaantuminen on yhteydessä muihin ihmisiin. Voimaantuminen on siten myös sosiaalinen prosessi, jossa vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa on keskeistä. Yksilön uskomukset itsestään ja omista mahdollisuuksistaan kehittyvät pääosin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Kannustava palaute muilta on tärkeää voimaantumisen prosessissa. Voimaa ei kuitenkaan voi antaa suoraan toiselle ihmiselle. Voimaantuminen vaikuttaa merkittävästi yksilön kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, parantaen niin psyykkistä kuin fyysistä terveyttä. Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila; yksilö voi kokea sekä edistystä että takapakkeja eri vaiheissa. Yksilö voi esimerkiksi kokea uupumusta, hänen toimintakykynsä voi heikentyä tai hän saattaa menettää toivonsa ja motivaationsa toipumisprosessin aikana. Tämä korostaa yksilöllisyyden merkitystä myös toipumisprosessin myöhäisemmissä vaiheissa. Voimaantumisen eri vaiheet voivat vaihdella yksilöittäin, mikä tekee prosessista hyvin henkilökohtaisen. Yksilön voimaantumisen edellytyksenä on selkeä identiteetti. (Siitonen 1999, 87–88, 117–118, 162–165.)

Yksilön voimaantumisen katsotaan koostuvan useista eri osa-alueista. Hollantilaisessa tutkimusprojektissa kehitetty yksilön voimaantumista mittaava arviointimenetelmä sisältää kuusi keskeistä osa-aluetta: osaaminen, itsemääräämisoikeus, vaikuttavuus, merkityksen kokeminen, minäkuva ja yhteisöllisyys. (VrijBaan 2019; Karvonen 2012, 17–19; Nordling 2023, 186.) Tämän myös Suomessa käytetyn arviointimenetelmän sisältämät voimaantumisen osa-alueet on esitetty kuvassa 6. Nämä osa-alueet tarjoavat yleiskuvan voimaantumisprosessin monimuotoisuudesta ja selventävät, miten eri tekijät vaikuttavat yksilön toipumiseen ja hyvinvointiin.



Kuva 6. Voimaantumisen osa-alueet (mukaillen Nordling 2023, 186)

6.5 Toipumisorientaation implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet

Toipumisorientaation edistämisessä on tärkeää huomioida siihen liittyvät edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet. On olennaista tunnistaa, mitä toipumisorientaation mukaiset käytännöt edellyttävät sekä organisaatio- että yksilötasolla. Marjatta Martin ja Esa Nordling (2021) ovat analysoineet toipumisorientaation edellytyksiä, mahdollisuuksia ja haasteita artikkelissaan *Toipumisorientaation toimintamallien implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet*. Esa Nordling (2023) on lisäksi käsitellyt aihetta teoksessaan *Toipumisorientaatio mielenterveystyössä*. Tämä luku pohjautuu pääosin Martinin ja Nordlingin näkemyksiin ja heidän tarjoamiin suosituksiin toipumisorientaation edistämiseksi.

Toipumisorientaation toimintamallien implementointi vaatii selkeää toimintafilosofiaa ja yhteisiä arvoja, kuten osallisuutta, toivoa, elämän merkityksellisyyttä, voimaantumista ja itsemääräämisoikeutta, joiden varaan toimintakäytännöt voidaan rakentaa. Organisaation on tarpeen sisällyttää nämä periaatteet omaan kulttuuriinsa ja tukirakenteisiinsa, jotta toipumisorientaation mukainen

toiminta ja työskentely voivat toteutua. Tämä varmistaa organisaation toiminnan yhtenäisyyden ja johdonmukaisuuden sekä työntekijöiden sitoutumisen yhteisiin tavoitteisiin, mikä parantaa asiakkaiden tarpeiden huomioimista ja heidän aktiivista osallistumistaan. Palvelujärjestelmän muutos on usein aikaa vievä prosessi. (Martin & Nordling 2021, 100–101.)

Osallisuuden lisääminen edellyttää rakenteiden ja käytäntöjen luomista, jotka mahdollistavat kaikkien osapuolten aktiivisen osallistumisen ja vaikuttamisen. On tärkeää kehittää mekanismeja, jotka mahdollistavat asiakkaiden jatkuvan palautteen keräämisen ja sen hyödyntämisen palvelujen kehittämisessä. Kun asiakkaat kokevat olevansa aidosti osallisia päätöksenteossa, heidän sitoutumisensa hoitoon ja palveluihin voi kasvaa merkittävästi. (Martin & Nordling 2021, 100–101.) Esimerkiksi palveluntarjoajat voivat järjestää säännöllisiä asiakaspaneelleja, joissa asiakkaat voivat antaa palautetta ja ehdotuksia palvelujen parantamiseksi.

Toipumisorientaatiota voidaan tukea luomalla ympäristö, joka edistää toipumisprosessin keskeisiä tekijöitä. Jacobsonin ja Greenleyn (2001) mukaan tämä vaatii ihmisoikeuksien kunnioittamista, positiivisen toipumiskulttuurin luomista ja toipumisorientaation mukaisten palveluiden tarjoamista. Ihmisoikeuksien toteutuminen on keskeistä, mikä tarkoittaa stigman ja syrjinnän vähentämistä, yhtäläisten mahdollisuuksien tarjoamista sekä tarvittavien resurssien, kuten terveyspalvelujen, saatavuuden varmistamista. Positiivinen toipumiskulttuuri voidaan rakentaa edistämällä ympäristöä, joka perustuu suvaitsevaisuuteen, empatiaan, turvallisuuteen ja luottamukseen. Tällainen kulttuuri edellyttää ammattilaisilta sitoutumista asiakkaiden oikeuksien kunnioittamiseen ja aitoon yhteistyön rakentamiseen. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi työntekijöiden kouluttamista empaattiseen viestintään ja konfliktien hallintaan, jotta asiakkaat kokevat olevansa turvallisessa ja hyväksyvässä ympäristössä. Myös toipumisorientaation mukaisten palveluiden rooli yksilön toipumisprosessissa on merkittävä. Palveluiden tulee olla joustavia ja mukautuvia sekä vastata kattavasti asiakkaiden tarpeisiin. Niissä on myös tehtävä päätöksiä yhteistyössä asiakkaiden kanssa, mikä tukee heidän voimaantumistaan ja itsenäisyyttään. (Jacobson & Greenley 2001.)

Toipumisorientaatiota voidaan edistää niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnan tasolla. Yksilötasolla on tärkeää edistää jaettua päätöksentekoa sekä vahvistaa asiakkaiden oikeuksia ja valinnanmahdollisuuksia. Asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen ja eettisesti kestävä sekä tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde ammattilaisten ja asiakkaiden välillä ovat keskeisiä tekijöitä. Lisäksi asiantuntijavallan roolin uudelleenarviointi, tutkimustiedon ja validoitujen työvälineiden hyödyntäminen sekä toipumisprosessin jatkuva seuranta ja arviointi ovat olennaisia toimenpi-

teitä. (Nordling 2023, 60–61.) Yhteisötasolla yhteistyö ja verkostoituminen muiden organisaatioiden, palveluntarjoajien ja yhteisöjen kanssa ovat ratkaisevia toipumisorientaation edistämässä. Yhteistyö paikallisten järjestöjen kanssa voi tuoda uusia näkökulmia ja resursseja palvelujen kehittämiseen. Kumppanuudet eri sektorien välillä edistävät myös innovatiivisten ratkaisujen kehittämistä ja jakamista, mikä luo vahvemman perustan kestäväälle kehitykselle. Yhteiskuntatasolla toipumisorientaatiota voidaan tukea lainsäädännön ja poliittisten päätösten avulla. Jatkuva seuranta ja kehittäminen ovat keskeisiä, jotta palvelut vastaisivat paremmin muuttuvia tarpeita ja olosuhteita. Säännöllinen arviointi ja palautteen kerääminen asiakkailta ja ammattilaisilta auttavat tunnistamaan kehittämiskohteet ja parantamaan palvelujen vastaavuutta tarpeisiin. (Martin & Nordling 2021, 100–101.)

Toipumisorientaation vahvistamisessa voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijoiden ja vertaistuen tarjoamaa asiantuntemusta. Kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen auttaa kehittämään asiakaslähtöisiä palveluja ja toteuttamaan toipumisorientaation mukaisia toimintamalleja. He tuovat arvokkaan näkökulman, joka täydentää ammattilaisten tietämystä ja johtaa kokonaisvaltaisempiin ratkaisuihin. Lisäksi vertaistuen tarjoama osaaminen edistää jaettua päätöksentekoa ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Toipumisorientaatioon perustuva palvelujärjestelmä mahdollistaa myös runsaasti tukea tarvitsevien henkilöiden osallistumisen ja vaikutusmahdollisuudet omiin palveluihinsa. Tämä lisää heidän itsemääräämisoikeuttaan ja osallisuuttaan, mikä on olennaista heidän toipumisprosessissaan. (Martin & Nordling 2021, 100–101.)

Palvelujärjestelmän muutos kohti toipumisorientaation mukaista toimintaa vaatii ammattihenkilöstön systemaattista koulutusta ja työnohjausta. Ammattihenkilöstön osaamista tulee vahvistaa, jotta he voivat soveltaa toipumisorientaation periaatteita päivittäisessä työssään. Koulutusohjelmat, jotka sisältävät käytännön harjoituksia ja reflektiivistä oppimista, syventävät ammattilaisten osaamista toipumisorientaation periaatteista. Toipumisorientaatioon liittyvän koulutuksen olisi suositeltavaa olla osa eri ammattiryhmien peruskoulutusta. Työnohjaus tukee kriittistä reflektointia ja ammatillista kasvua, mikä auttaa juurruttamaan toipumisorientaation periaatteet käytännön työhön. Koulutuksen ohella on tärkeää arvioida kriittisesti työkäytäntöjä ja menetelmiä sekä työn tuloksia. (Martin & Nordling 2021, 100–101.)

Johtamisella on myös merkittävä rooli, sillä sen tulee tukea toipumisorientaation periaatteiden toteutumista kaikilla organisaation tasoilla (Martin & Nordling 2021, 100). Johtajien sitoutuminen toipumisorientaation arvoihin heijastuu koko organisaation toimintaan, edistäen yhtenäisen toimintakulttuurin syntymistä. Lisäksi organisaation johdossa tehdyt päätökset vaikuttavat siihen, miten ja missä määrin resurssit ja rahoitus kohdennetaan eri palveluihin. Toipumisorientaation

implementointi, kehittäminen ja toteuttaminen edellyttävät riittäviä resursseja, kuten mikä tahansa muu organisaation toimintamalli.

Positiivisten vaikutusten, yksilöllisen toipumisen ja organisaation toipumisorientaation mukaisen toiminnan arvioimiseksi tarvitaan asianmukaisia mittareita. Mittareiden avulla voidaan seurata muutoksia ja tukea toipumisorientaation käytäntöönpanoa. (Martin & Nordling 2021, 101.) Tämä mahdollistaa vahvuuksien ja kehityskohteiden tunnistamisen, mikä puolestaan mahdollistaa resurssien tehokkaamman kohdentamisen. Toipumisorientaation implementointia voidaan arvioida esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyjen ja toipumisprosessin etenemistä mittaavien välineiden avulla. Luotettavien arviointimenetelmien avulla voidaan muodostaa selkeä käsitys siitä, miten toipumisorientaatio on juurtunut organisaation toimintakulttuuriin ja kuinka hyvin se edistää yksilöllistä toipumista. Toipumisorientaation mittaamiseen voidaan käyttää esimerkiksi seuraavia mittareita: Questionnaire about the Process of Recovery (QPR), Recovery Assessment Scale (RAS), Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS) ja Recovery Self Assessment (RSA) (Nordling 2023, 199). Suomeen tarvitaan mittareita, jotka on validoitu suomalaisissa olosuhteissa ja käännetty suomen kielelle (Nordling 2023, 199; Martin & Nordling 2021, 101).

Toipumisorientaation käyttöönottamiseen liittyy monia haasteita (Nordling 2023, 60–61). Palvelujen järjestämisen periaatteet ja niitä ohjaavat ideologiat muuttuvat hitaasti, mikä voi hidastaa toipumisorientaation ja sen mukaisten toimintamallien implementointia (Martin & Nordling 2021, 101). Toipumisorientaation esteinä voivat olla ammattilaisten negatiiviset asenteet, tyytymättömyys työhönsä, tietojen ja taitojen puutteet sekä muutosvastarinta. Myös riittämätön kollegiaalinen tuki, epäselvä hoitoideologia, asiakkaiden suuri määrä suhteessa henkilökunnan määrään, asiakkaiden vahvasti sisäistetty sairausidentiteetti, holhoavat toimintamallit, leimaavat asenteet, fyysisten tilojen epätarkoituksenmukaisuus, byrokraattiset käytännöt ja huono johtaminen voivat vaikeuttaa toipumisorientaation toteutumista. (Nordling 2023, 60–61.) Kun organisaatiot panostavat henkilöstön koulutukseen ja työskulttuurin muutokseen, voidaan saavuttaa parempia tuloksia toipumisorientaation toteuttamisessa. Tämä lähestymistapa voi parantaa asiakastyytyväisyyttä ja tehostaa palvelujen tuottamista.

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää toipumisorientaation periaatteiden mukaista ajattelua ja toimintaa Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Tämä tarkoitus perustui tarpeeseen implementoida toipumisorientaatioajattelu Kainuun hyvinvointialueen palvelujärjestelmään sekä mielenterveys- ja päihdeyksiköiden toimintaan, jotta palvelut tukevat paremmin asiakkaiden toipumista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kokemustietoa hyödyntäen

- 1) edistää henkilöstön toipumisorientaatioajattelua,
- 2) syventää heidän ymmärrystään toipumisorientaation keskeisistä käsitteistä,
- 3) vahvistaa yhteistä näkemystä asiakkaiden tukemisesta toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti sekä
- 4) edistää tämän näkemyksen juurtumista käytännön työhön.

Näiden tavoitteiden avulla pyrittiin tukemaan hyvinvointialueen toiminnan kehittämistä siten, että toipumisorientaatiosta muodostuu asiakkaiden hoidon keskeinen viitekehys ja henkilöstölle kehittyy yhteinen käsitys toipumisorientaation periaatteiden soveltamisesta käytännön työssä. Opinnäytetyöhön sisältyi myös päätavoitteista johdettuja alatavoitteita, jotka liittyivät opinnäytetyön toiminnallisiin osioihin. Alatavoitteita tarkastellaan yksityiskohtaisemmin seuraavassa luvussa.

8 Toipumisorientaation edistäminen mielenterveys- ja riippuvuushoidossa

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön toiminnallisia osuuksia, jotka koostuvat kahdesta keskeisestä kehittämiskokonaisuudesta: toipumisorientaatiokoulutuksesta ja kehittämistyöpajasta. Luku alkaa opinnäytetyön toimeksiantajan ja kehittämistyön lähtökohtien esittelyllä. Tämän jälkeen käsitellään toipumisorientaatiokoulutuksessa pidetyn puheenvuoron sekä Ryhmätalolla järjestetyn kehittämistyöpajan suunnittelua, toteutusta ja arviointia.

8.1 Toimeksiantajan esittely

Kainuun hyvinvointialue on yksi Suomen 21 hyvinvointialueesta, ja sen tehtävänä on järjestää Kainuun alueen sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen palvelut. Kainuun hyvinvointialue on maakunnan suurin työnantaja työllistäen noin 4000 henkilöä. (Kainuun hyvinvointialue n.d.b.) Hyvinvointialueen toiminnan keskiössä ovat asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen, palvelujen laadukas järjestäminen sekä muiden sille säädettyjen tehtävien hoitaminen. Hyvinvointialueen strategia perustuu väestön hyvinvointiin, alueen tilanteeseen ja taloudellisiin muutoksiin. Strategia sisältää palvelustrategian sekä muut keskeiset suunnitelmat, jotka yhdessä varmistavat palvelujen laadun ja saavutettavuuden kaikille kainuulaisille. Hyvinvointialueen toimintaa ohjaavat arvot – vastuullisuus, avoimuus, luotettavuus ja oikeudenmukaisuus – näkyvät kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa. (Kainuun hyvinvointialue 2022.)

Kainuu on ollut suunnannäyttäjä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden yhteensovittamisessa (Kainuun hyvinvointialue n.d.b). Hyvinvointialueen vahvuuksia ovat sen kokeneet työntekijät, alueellinen yhteistyö ja voimakas yhteisöllisyys. Kainuun puhdas luonto ja laadukkaat elinympäristöt tuovat lisäarvoa asukkaille ja tekevät alueesta houkuttelevan elin- ja työpaikan. Koska Kainuu on harvaan asuttu alue, digitaalisten ja etäpalvelujen kehittäminen on keskeistä palvelujen saavutettavuuden parantamiseksi. Nämä palvelut mahdollistavat palveluiden käytön etäisyyksistä riippumatta ja vähentävät fyysisten tapaamisten tarvetta. Kainuun hyvinvointialueen tavoitteena on luoda osallistava ja kehittyvä toimintaympäristö, jossa sekä asukkaat että henkilöstö voivat vaikuttaa alueen kehitykseen. Näiden periaatteiden avulla Kainuun hyvinvointialue pyrkii rakentamaan toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävästä kokonaisuudesta, joka vastaa alueen tarpeisiin ja edistää hyvinvointia kaikilla tasoilla. (Kainuun hyvinvointialue 2022.)

Ryhmätalo on Kainuun hyvinvointialueen mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidon avohoitoyksikkö, joka järjestää palveluja kainuulaisille mielenterveyskuntoutujille. Ryhmätalon hoito ja kuntoutus perustuvat ryhmätoimintaan ja toiminnallisiin menetelmiin. Lisäksi Ryhmätalossa toteutetaan lääkehoitoa ja yksilöohjausta. Hoidon tarve arvioidaan yhteistyössä kuntoutujan, hänen läheistensä sekä tapauskohtaisen työryhmän kanssa, ja hoito suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutujan tarpeiden ja tilanteen mukaisesti. Ryhmätalon palveluihin ohjaututaan muiden Kainuun mielenterveys- ja riippuvuushoitoyksiköiden kautta. Suurin osa Ryhmätalon kuntoutujista hyödyntää palveluja mielenterveyshäiriöiden, kuten skitsofrenian, masennuksen tai persoonallisuushäiriöiden vuoksi. Ryhmähoidon ja yksilöohjauksen tavoitteena on vahvistaa arjen hallintaa, toiminnallisuutta ja vuorovaikutustaitoja. Ryhmien suunnittelussa huomioidaan kuntoutujien yksilölliset tarpeet. Toimintaa ohjaavat arvot ovat asiakaslähtöisyys, tasa-arvoisuus, luottamuksellisuus, suvaitsevaisuus, vastuullisuus ja toiminnallisuus. Ryhmätalo on avoinna arkisin klo 8–15. (Kainuun hyvinvointialue n.d.a.)

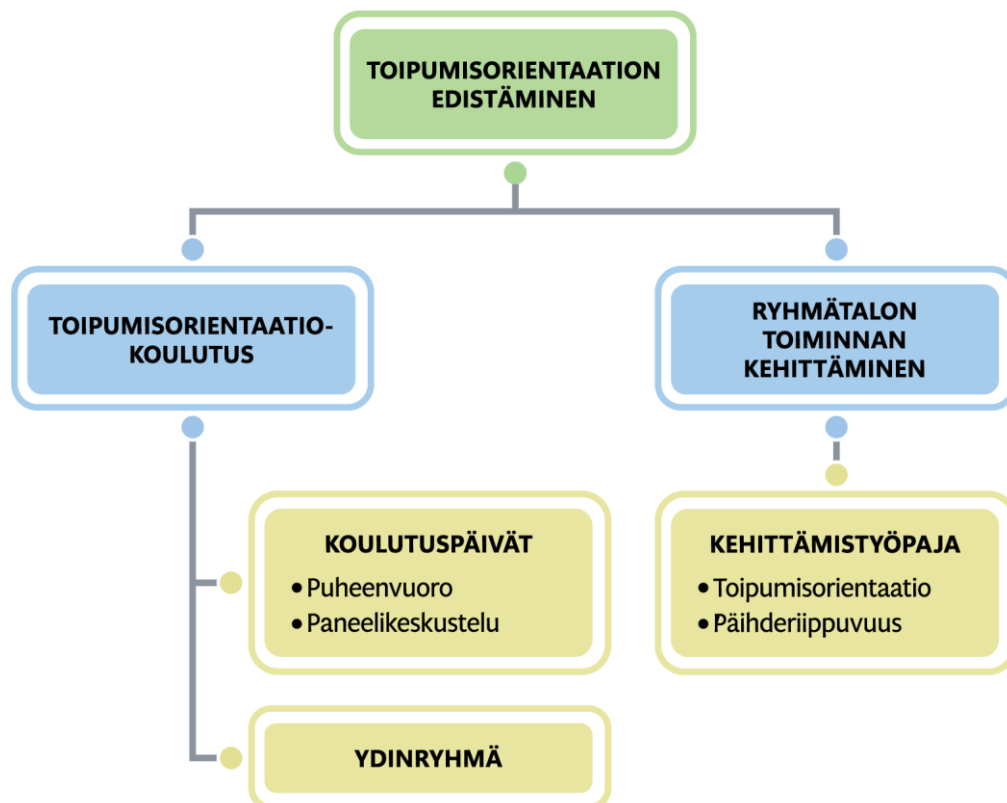
8.2 Kehittämistyön lähtökohdat ja vaiheet

Kainuun hyvinvointialue järjesti toipumisorientaatiokoulutuskokonaisuuden mielenterveys- ja riippuvuushoidossa työskentelevälle henkilöstölle vuosien 2023 loppu- ja 2024 alkupuoliskon aikana yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa (Rapeli ym. 2024). Koulutuskokonaisuuteen sisältyi kolme Kainuun keskussairaalassa järjestettyä koulutuspäivää sekä useita etätilaisuuksia, jotka toteutettiin Teams-yhteydellä. Koulutukseen osallistui noin 60 mielenterveys- ja riippuvuushoidon ammattilaista eri puolilta Kainuuta, joista noin 15 muodostivat toipumisorientaatiokoulutuksen ydinryhmän. Ydinryhmään kuuluivat edustajat kaikista koulutukseen osallistuneista yksiköistä, ja ryhmään sisältyi sekä esihenkilöitä että hoitajia. Ydinryhmän roolina oli suunnitella ja arvioida koulutuksen sisältöä sekä edistää toipumisorientaation juurtumista yksiköiden toimintaan. Ydinryhmä kokoontui Teams-alustalla koulutuspäivien välillä, jolloin ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus jakaa omissa yksiköissään toteutettua työtä onnistumisineen ja haasteineen.

Kehittämistyöni liittyi kiinteästi Kainuun hyvinvointialueen toipumisorientaatiokoulutuskokonaisuuteen. Koulutukseen liittyvää kehittämistyötä suunniteltaessa on keskeistä määritellä, mihin tarpeeseen koulutus on suunnattu ja millaisia vaikutuksia sillä pyritään saavuttamaan (Kupias & Koski 2012, 11, 14–15). Jotta kehittämistyö tukisi koulutuskokonaisuuden tavoitteita, pyysin pal-

veluesihenkilöltä tarkempaa tietoa koulutuksen tavoitteista. Koulutuksen päätavoitteena oli implementoida toipumisorientaatioajattelu palvelujärjestelmään ja yksiköiden toiminta-ajatukseen. Lisäksi tavoitteena oli varmistaa, että yksiköiden henkilöstöllä olisi yhteinen ymmärrys siitä, kuinka kuntoutujia tuetaan niin, että heidän elämänsä säilyy merkityksellisenä ja toiveikkaana, ja että se mahdollistaa heidän tavoitteidensa ja haaveidensa toteutumisen. Koulutuksen myötä toipumisorientaation tulisi muodostua tavoitteellisen kuntoutussuunnittelun perustaksi, jonka lähtökohtina ovat kuntoutujien omat vahvuudet, voimavarat ja tavoitteet. Näin ollen toiminta-ajatuksen perustana olisivat toipumisorientaation keskeiset käsitteet: voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Lisäksi koulutuksella pyrittiin löytämään keinoja osallisuuden, vertaistuen ja kokemusasiantuntijatoiminnan vahvistamiseksi. (Kinnula 5.4.2024.)

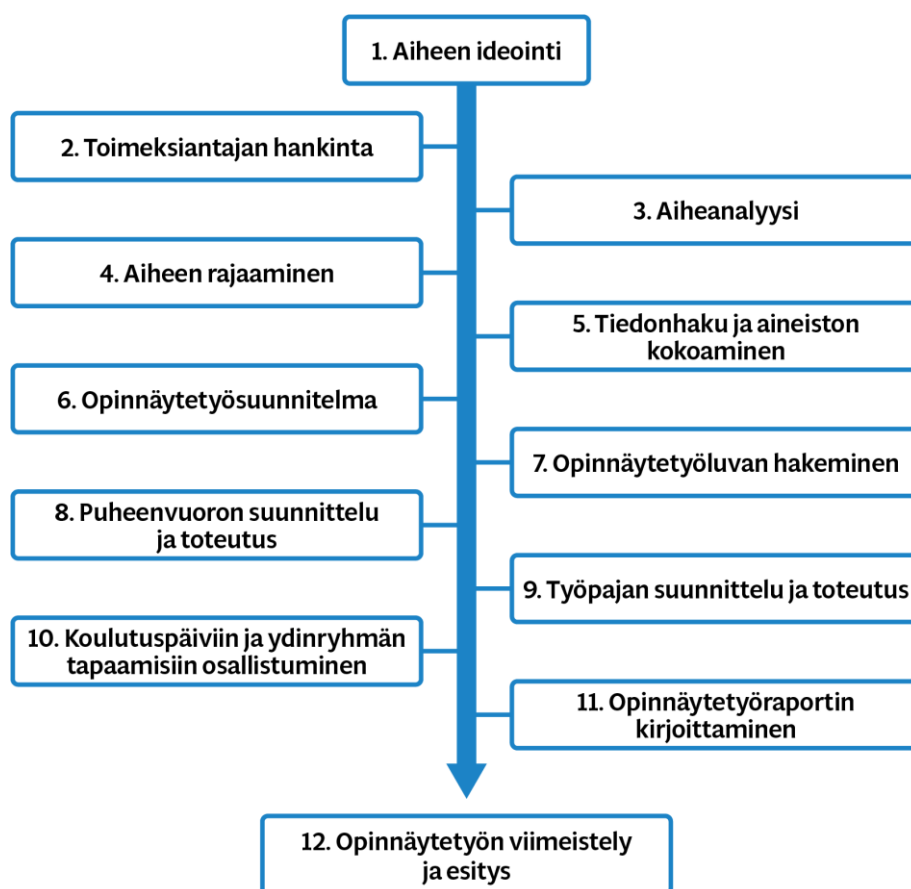
Kehittämistyölle on tärkeää asettaa tavoitteita (Kupias & Koski 2012, 12–13). Asetin kehittämistyölle neljä päätavoitetta, jotka on esitetty luvussa 7. Kehittämistyö jakautui kahteen osa-alueeseen: Kainuun hyvinvointialueen toipumisorientaatiokoulutuksen kehittämiseen ja Ryhmätalon toiminnan kehittämiseen. Kuva 7 havainnollistaa kehittämistyön kokonaisuutta.



Kuva 7. Kehittämistyön kokonaisuus

Toipumisorientaatiokoulutuksen kehittämiseen kuului työskentelyä ydinryhmässä sekä varsinaisissa koulutuspäivissä. Koulutuspäivissä toimin aktiivisessa roolissa pitämällä puheenvuoron ja osallistumalla paneelikeskusteluun. Ryhmätalon toiminnan kehittämiseen kuului toipumisorientaatioon ja päihderiippuvuuteen keskittynyt kehittämistyöpaja, jonka järjestin Ryhmätalon henkilöstölle. Tavoitteenani oli toimia esimerkillisenä toipumisorientaatioajattelun edistäjänä jakamalla näkemyksiäni siitä, kuinka toipumisorientaatiota voidaan vahvistaa sekä yksiköiden toiminnassa että koulutuspäivien aikana.

Kehittämistyö eteni siten, että opinnäytetyön aktiivinen suunnittelu alkoi joulukuussa 2023. Alustava sopimus opinnäytetyön tekemisestä Ryhmätalolle tehtiin tammikuussa 2024. Helmi-huhtikuussa laadin opinnäytetyösuunnitelman ja huhtikuussa hain lupaa Kainuun hyvinvointialueelta työn toteuttamiseksi. Huhtikuun koulutuspäivässä pidin puheenvuoron toipumisorientaatiokoulutuksessa ja toukokuussa järjestin Ryhmätalolla kehittämistyöpajan. Kesäkuussa pidettiin koulutuksen viimeinen päivä, jolloin osallistuin paneelikeskusteluun koulutuspäivän yhteydessä. Kesän ja syksyn 2024 aikana kirjoitin opinnäytetyön raportin. Opinnäytetyöprosessin vaiheet on esitetty kuvassa 8.



Kuva 8. Opinnäytetyöprosessin vaiheet

8.3 Toipumisorientaatiokoulutus

Toipumisorientaatiokoulutuksen kehittäminen oli olennainen osa kehittämistyötä. Keskeisin panokseni tässä prosessissa oli koulutuksessa pidetty puheenvuoro, jonka tavoitteena oli konkretisoida toipumisorientaation periaatteet ja syventää henkilöstön ymmärrystä sen keskeisistä osa-alueista. Lisäksi osallistuin aktiivisesti koulutuspäivien suunnitteluun ja toteutukseen osana ydinryhmää. Tässä luvussa käsitellään toipumisorientaatiokoulutukseen liittyvän kehittämistyön keskeisiä vaiheita ja vaikutuksia.

8.3.1 Puheenvuoron suunnitelma

Kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi suunnittelin puheenvuoron ¹⁰ koulutuspäivään. Sen tavoitteena oli herättää ajattelua ja keskustelua henkilöstön keskuudessa sekä koulutuspäivän aikana että sen jälkeisessä yksiköissä tehtävässä kehittämistyössä. Puheenvuoro käsitteli toipumisorientaatiota yhdistämällä tutkimus- ja kokemustiedon kokonaisuudeksi, joka havainnollisti toipumisen prosesseja käytännön esimerkein. Puheenvuoro perustui toipumisorientaatiokoulutuksen tavoitteisiin, ja sisällytin siihen toipumisen kannalta merkittäviä kokemuksia toipumisprosessistani. Puheenvuoro sisälsi kaikki muut keskeiset koulutuksen tavoitteet lukuun ottamatta vertaistuen ja kokemusasiantuntijatoiminnan vahvistamista, jotka rajasin ajankäytöllisistä syistä ulkopuolelle. Havainnollistin toipumisorientaation teemoja konkreettisilla esimerkeillä elämästäni. Koska asiakkaan näkökulma on keskeinen osa toipumisorientaatiota, painotin sitä myös puheenvuorossa.

Toipumisorientaation käsite on laaja ja moniulotteinen. Se perustuu moniin taustateorioihin, minkä vuoksi sitä voidaan lähestyä useista eri näkökulmista. Käytin puheenvuoron teoreettisen pohjan rakentamisessa Esa Nordlingin asiantuntemukseen perustuvaa kattavaa teosta *Toipumisorientaatio mielenterveystyössä*. Suoritin myös tiedonhakuja laajentaakseni näkökulmaani aiheeseen. Tämä mahdollisti puheenvuoron teorian monipuolistamisen.

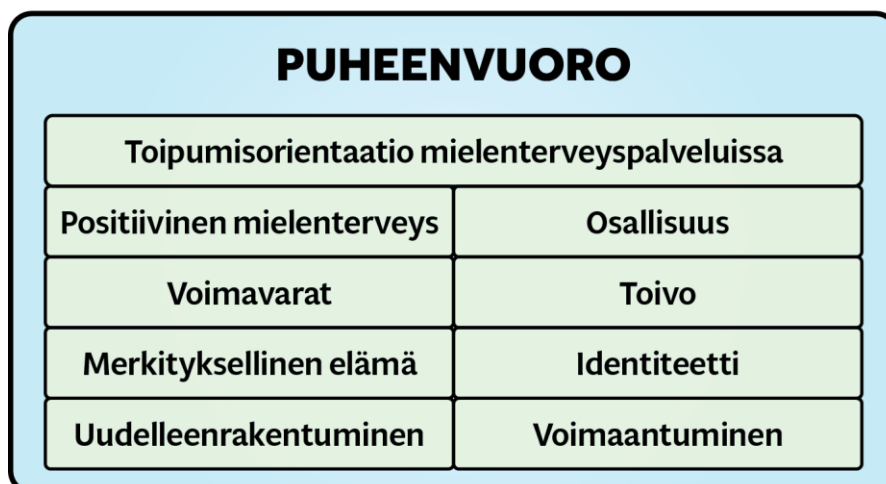
Parhaimmillaan koulutus tarjoaa osallistujille mahdollisuuden reflektoida toimintaansa. Kouluttajan tehtävänä on aloittaa keskustelu ja luoda edellytykset sille, että keskustelu jatkuu sujuvasti ja

¹⁰ Esitystä olisi voitu yhtä lailla kutsua luennoksi, mutta henkilökohtaisten näkemysten, kokemusten ja esimerkkien keskeisen merkityksen sekä koulutuksen osallistujille suunnatun aktiivisen roolin vuoksi päädyin käyttämään nimitystä puheenvuoro.

aktiivisesti koko koulutustilaisuuden ajan. Hänen roolinsa on myös ohjata keskustelua niin, että se pysyy aiheessa ja tukee koulutuksen tavoitteita. Vuorovaikutukselle on tärkeää luoda mahdollisuuksia jo alusta alkaen. (Kupias & Koski 2012, 34, 136, 138.) Puheenvuoron tavoitteena oli herättää ajatuksia ja keskustelua, ja varasin tähän riittävästi aikaa. Rytmitin puheenvuoron niin, että osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kommentteja. Koulutuksessa painotettiin yhteisöllistä näkökulmaa, ja puheenvuoro pyrki edistämään yhteisten näkemysten muodostumista. Tämä edellyttää Kupiaksen ja Kosken (2012, 51) mukaan yhteistä toimintaa, keskustelua, ideointia ja arviointia.

Puheenvuoron pituudeksi sovittiin palveluesihenkilön kanssa 45 minuuttia, josta noin 30 minuuttia olisi esitystä ja 15 minuuttia keskustelua. Suunnitelmana oli keskittyä asiakkaan näkökulmaan ja aloittaa puheenvuoro käytännön esimerkillä. Suunnittelin kuvaelman hoitoneuvottelusta, jossa eri ammattialojen edustajat suunnittelevat hoitoa asiakkaan jäädessä sivustaseuraajaksi. Tämän jälkeen käsittelin toipumisorientaation merkitystä mielenterveyspalveluissa painottaen asiakkaan näkökulman tärkeyttä ammattilaisten työssä.

Sisällön suunnittelussa tulee huomioida, että se tukee koulutuksen tavoitteita (Kupias & Koski 2012, 53). Koulutuksen tavoitteiden perusteella puheenvuoron keskeisiksi aiheiksi muodostuivat positiivinen mielenterveys, osallisuus, voimavarat, toivo ja merkityksellinen elämä. Rakensin puheenvuoron sisällön niin, että edellä mainitut aiheet käytiin järjestelmällisesti läpi ennen siirtymistä toipujan identiteetin muutokseen ja uudelleenrakentumiseen. Tämän jälkeen käsittelin voimaantumisen käsitettä ja toipumisen vaihetta, jossa toipuja voi jatkaa ilman aktiivista hoitosuhdetta. Lopuksi keskityin palveluista irtautumiseen, itsetunnon vahvistumiseen ja vastuun ottamiseen. Päätin puheenvuoron palaamalla alussa esitettyyn kuvaelmaan, mikä kokosi esityksen yhteen. Kokonaisuuden kesto oli noin 35–40 minuuttia, ja testasin sen puhumalla esityksen läpi etukäteen. Puheenvuoron keskeiset aiheet on esitetty kuvassa 9.



Kuva 9. Puheenvuoron aiheet

Puheenvuoro käsitteli aiheita, jotka saattavat edellyttää ammattilaisilta uusia ajattelu- ja toimintatapoja. Kuntoutusprosessin tarkastelu asiakaslähtöisestä näkökulmasta voi paljastaa monia käytännön tilanteita, joissa ammattilaiset voivat toimia asiakaslähtöisemmin. Tämä saattaa näytettyä kritiikkinä nykyisiä toimintatapoja kohtaan ja herättää muutosvastarintaa. Puheenvuorossa ei pyritty antamaan vaikutelmaa, että toipumisorientaation omaksuminen edellyttää merkittäviä muutoksia toimintatavoissa eikä asettamaan uusia vaatimuksia tai velvollisuuksia. Tarkoituksena oli välttää ohjeistusta siitä, miten toipumisorientaatioon liittyvää kehittämistyötä tulisi toteuttaa. Puheenvuoron tavoitteena oli tuoda toipumisorientaatio lähemmäs hoitajien päivittäistä työtä sekä vähentää siihen liittyviä esteitä ja muutosvastarintaa. Tästä syystä käsiteltiin toivo-osiossa myös ammattilaisten toivoa. Asiakkaiden näkökulmien lisäksi oli tärkeää korostaa myös ammattilaisten jaksamista ja tuoda esille, kuinka hekin tarvitsevat työhönsä toivoa ja merkityksellisyyttä.

Hyvä puhe-esitys rakentuu selkeän tavoitteen ja jäsennellyn rakenteen varaan, jossa viesti esitetään tiiviisti ja ymmärrettävästi. Tarinankerronta ja konkreettiset esimerkit rikastavat esitystä ja tekevät siitä inhimillisen ja mieleenpainuvan. On tärkeää arvostaa yleisöä ja huomioida heidän pyrkien aktiiviseen vuorovaikutukseen ja yhteyden luomiseen. Puhujan asiantuntemus, läsnäolo ja nöyryys lisäävät viestin uskottavuutta, ja vahva kehonkieli auttaa pitämään yleisön kiinnostuksen yllä. Puhujan aito kiinnostus aiheeseen on olennaista, ja sen tulisi välittyä yleisölle. Esiintymisen ja äänensävyt tuovat esiin puhujan tunteet, mikä vahvistaa viestin vaikuttavuutta ja tehostaa sen vastaanottamista. Innostunut puhuja tartuttaa energiansa yleisöön, mikä vahvistaa heidän sitoutumistaan esitykseen. (Kupias & Koski 2012, 11–12, 25, 44–46, 53–54, 146–150, 158–161.) Tavoitteena oli, että puheenvuoro herättää ajatuksia ja synnyttää tunteita. Suunnitelmana oli

käyttää ääntä, ilmeitä ja liikkeitä sekä puhua kantaottavaan tyyliin. Pohdin etukäteen, mitkä aiheet voidaan tarvittaessa jättää pois, jos puheenvuoro herättää runsaasti keskustelua. Harjoittelin puheenvuoroani, jotta esiintyminen olisi sujuvaa ja sisältöjen esittäminen onnistuisi ilman yksityiskohtaisia muistiinpanoja. Kokosin puheenvuoron keskeiset kohdat muistilapulle.

Laadin puheenvuoron tueksi 12-diaisen PowerPoint-esityksen. Tavoitteena oli varmistaa, että sisältö edistää osallistujien oppimista. Diojen tarkoituksena oli esittää puheenvuoron keskeiset aiheet tiiviissä ja selkeässä muodossa. Selkeyden ja luettavuuden takaamiseksi valitsin yksinkertaisen vaalean taustan ja tummat fontit. (Kupias & Koski 2012, 53, 74–77.) Annoin puheenvuorolle otsikoksi *Näkökulmia toipumisorientaation edistämiseen*.

8.3.2 Puheenvuoron toteutus

Koulutuspäivä järjestettiin 24.4.2024 Kainuun keskussairaalan luentosalissa. Koulutuspäivään osallistui noin 40 mielenterveys- ja riippuvuuksien hoito -palvelualueen työntekijää mukaan lukien esihenkilöitä, eri yksiköiden henkilöstöä sekä Kestävän kasvun Kainuu II -hankkeen IPS-työhönvalmentajia. Yksiköistä edustettuina olivat muun muassa kuntoutuskodit, kotikuntoutus, Ryhmätalo sekä mielenterveys- ja päihdeosasto.

Puheenvuoro oli aikataulutettu alkamaan kello 12.15, ja se alkoi ajallaan. Aloitin puheenvuoron suunnitellusti kuvaelmalla syrjään jätetystä asiakkaasta, jonka tarkoituksena oli keskittää kuulijoiden huomio asiakkaan näkökulmaan. Tämän jälkeen johdattelin kuulijat puheenvuoron aiheisiin kertomalla, millaisia ajatuksia edellinen koulutuspäivä oli herättänyt ja kuinka olin sen pohjalta päättänyt pitämään puheenvuoron. Esittelin puheenvuoron käsittelevän toipumisorientaation mukaista ajattelua ja toimintaa käytännössä. Samassa yhteydessä toin ilmi, että puheenvuoron tavoitteena oli kiinnittää huomiota asiakkaisiin ja herättää ajatuksia siitä, mitä toipumisorientaatio voi tarkoittaa eri yksiköissä ja hyvinvointialueen palveluissa. Esittelin myös oman taustani sekä mihin teokseen puheenvuoro perustuu.

Alustuksen jälkeen käsittelin, mitä toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa tarkoittaa, erityisesti asiakkaan näkökulmasta. Tämän jälkeen aiheina olivat positiivinen mielenterveys, osallisuus, voimavarat ja toivo. Esitin aiheisiin liittyviä esimerkkejä omasta toipumiskokemuksestani. Seuraavaksi pohdin, kuinka ammattilaiset tarvitsevat työhönsä toivoa ja miten se heikkenee, kun työ turhauttaa tai herättää muita epämiellyttäviä tunteita. Samalla korostin ammattilaisten hyvinvoinnin ylläpitämisen tärkeyttä, johon yleisön oli helppo samaistua. Tässä vaiheessa esitin

suunnitelman mukaisesti kysymyksen, olisiko yleisöllä kysyttävää tai kommentoitavaa. Kysymys herätti vilkasta keskustelua ja sai osallistujat pohtimaan aihetta syvällisemmin.

Seuraavaksi käsittelin merkityksellistä elämää, identiteettiä ja sen uudelleenrakentamista. Korostin, että yksi tärkeimmistä tavoista edistää toipumisorientaation mukaista toimintaa on vahvistaa asiakkaiden kokemusta oman elämänsä merkityksellisyydestä. Tiivistin viestin toteamalla, että merkityksellisyyden kokemus toimii itsetuhoisuuden vastavoimana. Käytin identiteetin uudelleenrakentamisen kuvailussa esimerkkejä toipumisprosessistani. Ennen viimeiseen aiheeseen siirtymistä tarjosin osallistujille mahdollisuuden esittää kommentteja ja kysymyksiä. Tässäkin vaiheessa käsiteltävät aiheet herättivät vilkasta keskustelua.

Lopuksi käsittelin voimaantumista, itsetunnon vahvistumista ja asiakkaan vastuun ottamista omasta toipumisestaan. Lisäsin aiheeseen käytännönläheisyyttä esimerkeillä, jotka perustuivat toipumiskokemukseeni. Korostin loppuyhteenvedossa positiivisen palautteen, tuen ja onnistumisen kokemusten merkitystä sekä asiakkaiden aktiivista roolia omissa hoitoprosesseissaan. Puheenvuoron päätteeksi yleisö esitti lisää kysymyksiä, mikä johti vilkkaaseen keskusteluun. Koulutuspäivän joustavan aikataulun ansiosta puheenvuoro jatkui yli suunnitellun 45 minuutin. Keskustelu jatkui aikansa, kunnes ohjelmassa oli aika siirtyä eteenpäin. Lopuksi kiitin yleisöä ja päätin puheenvuoron, joka kesti keskusteluineen yhteensä tunnin ja 15 minuuttia.

8.3.3 Puheenvuoron arviointi

Kun puheenvuoron tavoitteena on vaikuttaa kuulijoiden käsityksiin, on tärkeää arvioida tavoitteiden saavuttamista. Tätä varten kannattaa kerätä palautetta yleisöltä. Palautetta voidaan antaa ja vastaanottaa eri tasoilla. Kuvaileva palaute keskittyy toiminnan kuvaamiseen osallistujan näkökulmasta ilman arviointia, kun taas arvioiva palaute vaatii selkeitä arviointikriteerejä. Kuvaileva palaute on usein subjektiivisempaa ja vapaamuotoisempaa, mutta siitä voi tulla arvioivaa, jos palautteen saaja tulkitsee sen oman toimintansa arviointina. (Kupias & Koski 2012, 163–167.) Pyysin kahta ydinryhmän jäsentä arvioimaan puheenvuoroa ja antamaan siitä palautetta, joka oli luonteeltaan kuvailevaa.

Palautteen mukaan puheenvuoro onnistui käsittelemään toipumisorientaation keskeisiä teemoja korostaen asiakkaan voimavaroja, vahvuuksia ja näkökulmia. Puheenvuoron ydin oli asiakkaan omannäköisen elämän edistäminen sekä hänen osallistamisensa aktiiviseksi toimijaksi omassa hoidossaan. Se herätti ajatuksia siitä, miten hoitoa voidaan suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa

ja kuinka hänen itse asettamansa tavoitteet voivat johtaa pysyvämpiin muutoksiin. Huomionarvoisia olivat ammattilaisen rohkeus käsitellä vaikeita aiheita sekä epäaitouden vaikutus asiakastilanteisiin. Puheenvuoro herätti pohdintaa ammatillisuudesta ja tarjosi vahvistusta työskentelyyn asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöisyys korostui erityisenä ja positiivisena asiana. Lisäksi oli tärkeää, että ammattilaisen positiivisen vuorovaikutuksen merkitys asiakastilanteissa nostettiin esille. Puhujan esiintyminen oli pontevaa, ja puhe selkeää ja rauhallista. Toipumiskokemukset liäsivät esitykseen syvyyttä ja tekivät toipumisorientaatiosta ymmärrettävämmän, mikä sopi hyvin koulutustilaisuuteen. Koulutuspäivän palautteessa osallistujat pitivät puheenvuoroa hyödyllisenä lisänä koulutukseen.

Itsearviointi on olennainen osa kehittämistyötä (Vilka & Airaksinen 2003, 154–161). Arvioin puheenvuoroa vahvuuksien ja kehittämiskohteiden tunnistamiseksi. Puheenvuoro eteni suunnitelman mukaisesti, ja asiakkaiden näkökulma säilyi johdonmukaisesti esillä koko esityksen ajan. Puheenvuoro vastasi koulutuksen tavoitteisiin ja herätti keskustelua, johon osallistuivat hoitohenkilökunta, palveluesihenkilö, THL:n kouluttaja sekä IPS-työhönvalmentaja. Aiheen laajuuden vuoksi tehdyt rajaukset onnistuivat, eikä puheenvuorosta tullut liian laaja. Käytännön esimerkit ja kokemukset tukivat teoriaa ja rytmittivät puheenvuoroa tehokkaasti. Puheenvuoron pääsanoma – asiakkaiden osallistaminen hoitoprosessiin – välittyi selkeästi. Kuulijat kommentoivat aihetta omien työtehtäviensä ja työyksiköidensä näkökulmista, ja onnistuin edistämään siihen liittyvää konkreettista ajattelua, mikä ilmeni osallistujien kommenteissa. Omat toipumiskokemukseni toivat puheenvuoroon syvyyttä ja tekivät aiheesta ymmärrettävämmän. Esiintymiseni oli rauhallista ja luontevaa, katsekontakti osallistujien kanssa säilyi ja äänenkäyttö oli selkeää ja riittävän voimakasta.

Tilaisuuden arvioinnin tulee perustua asetettuihin tavoitteisiin (Kupias & Koski 2012, 168). Palautteen, kommenttien ja itsearvioinnin perusteella voidaan todeta, että tavoitteet toipumisorientaatioajattelun edistämiseksi, keskeisten käsitteiden ymmärryksen syventämisessä ja keskustelun herättämisessä saavutettiin. Osallistujien kommenttien mukaan onnistuin tuomaan toipumisorientaation lähemmäs hoitotyön käytäntöä. Aiheen monipuolisuuden ja abstraktiuden vuoksi keskustelua on kuitenkin syytä jatkaa, jotta sisäistäminen ja käytännön toteutus helpottuvat.

Koulutuspäivän lopussa esiin nousseet suunnitelmat eri yksiköiden aikomuksista edistää toipumisorientaation integroimista toimintaansa olivat rohkaisevia. Osallistujat esittivät useita konkreettisia toimenpiteitä, joita he aikoivat toteuttaa omissa yksiköissään. Puheenvuorot olivat huomattavasti käytännönläheisempiä kuin kahden kuukauden takaisessa koulutuspäivässä. Havaintojen perusteella henkilöstön yhteinen näkemys asiakkaiden tukemisesta toipumisorientaation

periaatteiden mukaisesti vaikutti vahvistuneen. Konkreettiset suunnitelmat viittasivat siihen, että toipumisorientaation juurtuminen käytäntöön oli alkanut, mikä osoittaa kehittämistyön ensimmäisten välitavoitteiden toteutuneen. On kuitenkin vaikea arvioida, millainen vaikutus puheenvuorolla oli yhteisen näkemyksen vahvistumiseen sekä yksiköissä tapahtuvaan käytännön kehittämistyöhön.

8.3.4 Muu kehittämistyöskentely toipumisorientaatiokoulutuksessa

Puheenvuoron lisäksi toipumisorientaatiokoulutukseen liittyvä kehittämistyö sisälsi työskentelyä ydinryhmässä ja koulutuspäivissä. 24.4.2024 pidetyn koulutuspäivän jälkeen osallistuin 16.5.2024 Teams-tapaamiseen yhdessä THL:n erikoissuunnittelijan ja Kainuun hyvinvointialueen palvelusihenkilön kanssa. Tapaamisessa käsiteltiin koulutuksen sisältöä sekä suunniteltiin seuraavaa ydinryhmän tapaamista ja tulevaa koulutuspäivää. Keskustelua jatkettiin sähköpostitse, jossa sovittiin osallistumisestani seuraavan koulutuspäivän paneelikeskusteluun, jonka aiheina olivat toipumisorientaation käyttöönotto ja edistäminen sekä ydinryhmän toiminnan jatkuminen. Seuraava ydinryhmän tapaaminen pidettiin 21.5.2024 Teams-alustalla, jossa jaoin ajatuksia tulevasta koulutuspäivästä ja kuvailin toipumisorientaatioon liittyvää toimintaa, jota Ryhmätalolla oli toteutettu.

Koulutuskokonaisuuden viimeinen koulutuspäivä pidettiin 13.6.2024. Osallistuin koulutuspäivän paneelikeskusteluun yhdessä kuuden ydinryhmän jäsenen kanssa. Keskustelussa korostin toipumisorientaation käytännölläisyyden merkitystä, sillä aihe koettiin yhä haasteelliseksi. Esitin myös näkemyksiä ydinryhmän toiminnan jatkosta. Tavoitteena oli tuoda esille näkemyksiäni toipumisorientaatiotyöstä ja sen tulevaisuudesta sekä syventää henkilöstön ymmärrystä sen käytännön merkityksestä. Paneelikeskustelussa jokainen osallistuja jakoi ajatuksiaan toipumisorientaation keskeisistä elementeistä ja käyttöönoton olennaisista kysymyksistä sekä kuvaili suunnitelmiaan aiheen edistämiseksi. Lisäksi keskusteltiin ydinryhmän tulevista tehtävistä ja toiminnan jatkamisesta syksyllä. Paneelikeskustelu herätti monipuolista keskustelua, johon myös yleisö osallistui aktiivisesti. Keskustelu tarjosi tehokkaan tavan koota yhteen koulutuksen keskeiset opit. Aktiivisella osallistumisella paneelikeskusteluun saavutin sille asetetut tavoitteet.

8.4 Kehittämistyöpaja

Kehittämistyöpajan toteuttaminen oli toinen keskeinen osa kehittämistyötä. Työpajan tavoitteena oli edistää Ryhmätalon henkilöstön yhteistä ymmärrystä toipumisorientaation periaatteiden käytännön soveltamisesta ja syventää heidän tietämystään päihderiippuvuudesta. Tässä luvussa käsitellään työpajan tavoitteita, menetelmiä, suunnitteluprosessia, toteutusta ja arviointia.

8.4.1 Tavoitteet ja menetelmät

Kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi suunnittelin Ryhmätalolle tilaisuuden, jossa keskityttiin toipumisorientaatioon Ryhmätalon näkökulmasta. Keskustelimme toimeksiantajan kanssa myös muista kehittämiskohteista, ja esiin nousi tarve vahvistaa henkilöstön tietämystä päihhteistä ja riippuvuuksista, sillä päihderiippuvaisten asiakkaiden määrä oli kasvanut. Henkilöstön ymmärryksen syventäminen riippuvuuksiin liittyvistä ajatusmalleista tukisi samalla asiakkaiden näkökulmien ymmärtämistä sekä toipumisorientaation omaksumista. Kokemustieto voi tässä yhteydessä olla erittäin hyödyllinen tiedonlähde. Edellä mainittujen tekijöiden perusteella valitsin päihderiippuvuuden tilaisuuden toiseksi pääteemaksi.

Huomioin tilaisuuden menetelmien valinnassa osallistujien toiveet, odotukset ja oppimistyyli. Oppiminen on tehokkaampaa, kun opittavat asiat ovat mielenkiintoisia, hyödyllisiä ja helposti ymmärrettäviä. (Kupias & Koski 2012, 22, 25–26.) Keskusteltuani henkilöstön kanssa suunnittelin tilaisuuden niin, että osallistujilla oli aktiivinen rooli. Erilaisten vuorovaikutteisten menetelmien tarkastelun jälkeen päädyin soveltamaan työpajamenetelmää, koska sen joustavuus ja vuorovaikutteisuus tukivat tehokkaasti Ryhmätalon toiminnan kehittämistä.

Työpajatyöskentely on menetelmä, jossa ryhmä kokoontuu työskentelemään yhteisesti valitun teeman parissa (Vilka 2021, 90). Se perustuu osallistavaan työskentelyyn, jossa ryhmä keskittyy käytännönläheisten ideoiden ja ratkaisujen kehittämiseen. Työpajamenetelmä edistää osallistujien sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin, kuten uusiin prosesseihin ja organisaatiomuutoksiin, mahdollistaa yhteisten ratkaisujen kehittämisen sekä tukee aktiivista oppimista ryhädynamiikan kautta. Lisäksi työpaja tarjoaa osallistujille mahdollisuuden vaikuttaa sisältöön, mikä edistää heidän ymmärrystään käsiteltävistä aiheista. (Burtonshaw-Gunn 2012, 333–335.)

Työpajan onnistuminen edellyttää huolellista suunnittelua ja valmistelua. Keskeisiä valmistelun osa-alueita ovat osallistujien taustoihin perehtyminen, tavoitteiden selkeyttäminen ja ohjelman

suunnittelu. (Burtonshaw-Gunn 2012, 333–334.) Oppimisen kannalta on tärkeää, että osallistujat kokevat tavoitteet henkilökohtaisesti merkityksellisiksi ja omaa työtä tukeviksi (Kupias & Koski 2012, 21). Työpaja jatkoi toipumisorientaatiokoulutuksen ja koulutuspäivässä pitämäni puheenvuoron linjaa, ja suunnittelin työpajan tavoitteet siten, että ne liittyivät tiiviisti käytännön työhön tukien näin osallistujien oppimista. Korostaakseni tilaisuuden suuntautumista Ryhmätalon toiminnan kehittämiseen annoin sille nimen kehittämistyöpaja, mikä tuo esiin sen tavoitteellisen ja osallistavan luonteen.

Kehittämistyöpajan tavoitteet olivat seuraavat:

1. Edistää henkilöstön yhteistä ymmärrystä siitä, miten asiakkaiden toipumista voidaan tukea toipumisorientaation mukaisesti.
2. Syventää henkilöstön ymmärrystä päihderiippuvuuden keskeisistä piirteistä ja vaikutuksista.
3. Edistää henkilöstön valmiuksia kohdata ja hoitaa riippuvuudesta kärsiviä asiakkaita sekä tukea heidän toipumistaan.

Kaikkien tavoitteiden taustalla oli kokemustiedon hyödyntäminen, mikä mahdollisti käytännönläheisten esimerkkien tarjoamisen ja asiakkaiden näkökulman esiin tuomisen.

Keskustelun edistämiseksi ja ideoiden tuottamiseksi valitsin Ryhmätalon toiminnan kehittämiseen osallistavan ryhmätyömenetelmän, joka perustui aivoriiehen. Aivoriihi on ideointimenetelmä, jonka tavoitteena on tuottaa runsaasti ideoita yhteiseen käsittelyyn (Kupias & Koski 2012, 115). Työpajan toinen tavoite oli syventää osallistujien ymmärrystä päihderiippuvuudesta, joten suunnittelin sen osittain koulutukselliseksi. Koulutusosioon valitsin aktivoivan luennon menetelmän, jossa yhdistyvät perinteinen tietoisuustyypinen luennointi ja osallistujien aktiivinen osallistuminen tiedon käsittelyyn (mt., 113). Aktivoivan luennon tarkoituksena oli toimia opetusmenetelmänä, jossa osallistajat refleктоivat esitettyä tietoa keskustelun kautta.

Refleктоivassa oppimisessa osallistuja vertaa uutta tietoa aikaisempiin kokemuksiinsa ja osaamiensa sekä arvioi uuden tiedon merkitystä suhteessa näihin (Kupias & Koski 2012, 26). David Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen teorian mukaan oppiminen on jatkuva prosessi, joka perustuu kokemuksiin ja tapahtuu usein vuorovaikutuksessa muiden ihmisten ja ympäristön kanssa. Kokemuksellisen oppimisen sykli koostuu neljästä oppimistavasta, jotka seuraavat toisi-

aan ja joiden kaikkien tulisi sisältyä tehokkaaseen oppimisprosessiin: konkreettinen kokemus, reflektio, käsitteellistäminen ja aktiivinen kokeilu. (Kolb 1984, 20–38.) Kokemuksellisen oppimisen teoria tarjoaa hyödyllisen viitekehyksen oppimistyylien tarkasteluun (Kupias & Koski 2012, 36). Suunniteltujen menetelmien ja sisältöjen myötä tilaisuudesta muodostui sekä koulutuksellinen että osallistava kehittämistyöpaja, joka yhdisti oppimisen ja käytännön kehittämisen.

8.4.2 Suunnitelma

Arvioin kehittämistyöpajan lähtökohtia yksinkertaisella SWOT-analyysillä (Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats; Vahvuudet, Heikkoudet, Mahdollisuudet ja Uhat). SWOT-analyysi on työkalu, joka auttaa hahmottamaan kokonais kuvaa toimintaympäristöstä ja tukee strategisten päätösten tekemistä. Sen tarkoituksena on ohjata valintojen tekemistä ja toimintasuunnitelmien laatimista. (Vuorinen & Huikkola 2023, 97–98.) SWOT-analyysi auttaa tunnistamaan työpajan kannalta keskeiset tekijät, jotka voidaan huomioida sen suunnittelussa.

SWOT-analyysin perusteella työpajan vahvuuksina olivat koko Ryhmätalon henkilöstön osallistuminen sekä tiivis vuorovaikutus, joka on luonnollista päivittäisen yhteistyön ansiosta. Lisäksi pieni ryhmäkoko mahdollistaa joustavan ja intensiivisen työskentelyn. Toisaalta pieni ryhmäkoko voi muodostua myös heikoudeksi, sillä se saattaa rajoittaa ideointia, ja työpajan onnistuminen voi riippua kaikkien aktiivisesta osallistumisesta. Mahdollisuutena nähtiin tilaisuus vahvistaa yhteistä ymmärrystä toipumisorientaation periaatteista ja edistää asiakkaiden yhdenmukaista tukemista. Työpaja tarjoaa tilaisuuden keskustella ja työskennellä yhdessä valittujen aiheiden parissa, mihin ei tavallisesti ole aikaa työn ohessa. Työpajassa on myös mahdollista jakaa haasteita, jotka liittyvät toipumisorientaation käsitteiden ymmärtämiseen, sekä suunnitella konkreettisia keinoja asiakastilanteisiin. Uhkina olivat osallistujien mahdollinen sitoutumattomuus tavoitteisiin sekä aktiivisuuden ja motivaation puute käsiteltäviä aiheita kohtaan. SWOT-analyysin tulokset ohjasivat työpajan suunnittelua. Korostin vahvuuksia, kuten sujuvaa yhteistyötä, ja ennakoin mahdollisia heikkouksia ja uhkia panostamalla käytännönläheisyyteen ja osallistujien aktivointiin.

Aloitin kehittämistyöpajan suunnittelun arvioimalla, olisiko tehokkaampaa järjestää työpaja yhtenä kokonaisuutena vai useammassa osassa sekä mikä ajankohta olisi toteuttamiselle tarkoituksenmukaisin. Työpajalle tarvittiin rauhallinen ajankohta, mikä edellytti Ryhmätalon tilapäistä sulkemista. Henkilöstön kanssa käytyjen keskustelujen perusteella päätin järjestää yhden puolen-

toista tunnin mittaisen työpajan aamulla ennen Ryhmätalon avaamista. Työpajan ajankohta vahvistettiin kolme viikkoa ennen tapahtumaa, ja ajaksi valittiin 22.5.2024 kello 8.15–9.45. Työpajan loppuun jätettiin 15 minuutin joustovara ennen Ryhmätalon avaamista. Asiakkaille ilmoitettiin, että kyseisenä päivänä Ryhmätalo avautuu poikkeuksellisesti kello 10.

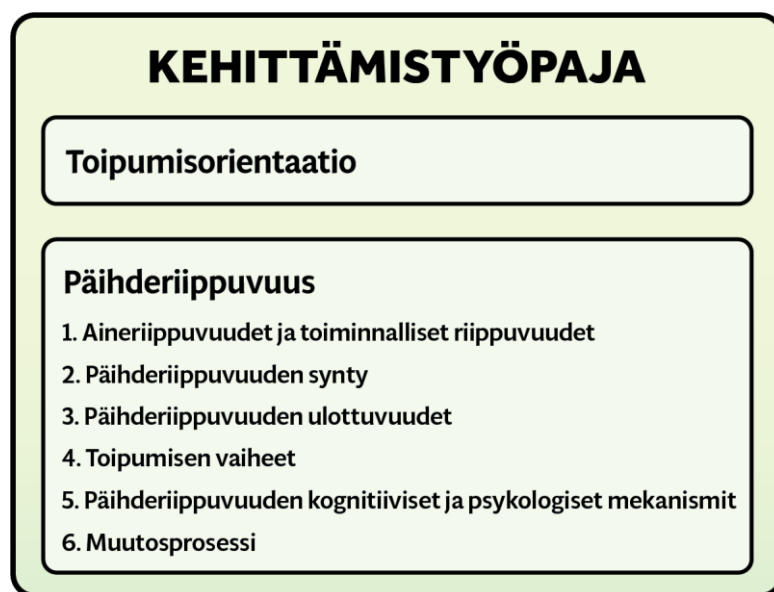
Kehittämistyöpaja jakautui kahteen osioon: toipumisorientaatioon ja päihderiippuvuuteen. Suunnittelin työpajan koulutusmaiseksi siten, että jokaisen aiheen käsittely alkoi luento-osuudella, jota seurasi yhteinen keskustelu. Keskustelun hyödyntäminen oli tärkeää, koska dialogi sitouttaa osallistujia ja tukee yhteisen merkityksen rakentamista (Kupias & Koski 2012, 121–122). Tavoitteena oli jatkaa toipumisorientaatiokoulutuksen linjaa ja osallistaa työntekijät suunnittelemaan toipumisorientaation mukaista toimintaa. Tämän vuoksi suunnittelin työpajan alkuun yhteisen toipumisorientaatiotehtävän.

Tehtävän pohjustukseksi suunnittelin kertauksen toipumisorientaation perusteista, jonka esitin PowerPoint-diojen avulla. Laadin A4-kokoisen koosteen toipumisorientaation keskeisimmistä aiheista, joita ovat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Koosteen tarkoituksena oli muistuttaa toipumisorientaation keskeisimmistä aiheista ja vahvistaa keskustelua. Ideoinnin tulokset on tärkeää kirjata osallistujien nähtäville, sillä tämä voi inspiroida heitä kehittämään uusia ideoita (Kupias & Koski 2012, 116). Tämän vuoksi laadin toisen A4-arkin, johon edellä mainitut aiheet merkittiin otsikoiksi jättäen tilaa tehtävän aikana syntyville ideoille ja muistiinpanoille. Annoin lomakkeelle otsikoksi *Toipumisorientaatio Ryhmätalolla* ja alaotsikoksi *Miten kuntoutujien toipumista tuetaan toipumisorientaation mukaisesti*.

Oppimisen kannalta on olennaista, että osallistujat työskentelevät aktiivisesti opiskeltavan asian parissa, mikä tulisi näkyä oppimista ohjaavien tavoitteiden asettamisessa (Kupias & Koski 2012, 16). Toipumisorientaatio-osion tavoitteena oli käynnistää keskustelu siitä, miten asiakkaiden toipumista voidaan tukea toipumisorientaation mukaisesti. Koska toipumisorientaatio oli osallistujille melko uusi aihe, otin huomioon heidän taustansa ja aiemman osaamisensa (mt., 25), ja pyrin esittämään aiheen mahdollisimman käytännönläheisesti.

Pyrin aktivoimaan osallistujien ajattelua, jotta toipumisorientaation aiheet konkretisoituisivat Ryhmätalon käytännöiksi (Kupias & Koski 2012, 33). Tarkoituksena oli kirjata lomakkeelle konkreettisia keinoja, jotka tukisivat Ryhmätalon asiakkaiden toipumista toipumisorientaation mukaisesti. Lomaketta voi hyödyntää myöhemmin esimerkiksi Ryhmätalon toiminnan kehittämisessä ja asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien laatimisessa. Varauduin toimimaan kirjurina keskustelun aikana. Arvio osion kestosta oli noin 20–30 minuuttia keskustelun määrästä riippuen.

Päihderiippuvuusosio koostui kuudesta aiheesta, jotka käsitelivät riippuvuuksien monimuotoisuutta ja syntymistä, päihderiippuvuuteen liittyviä ajatteluprosesseja sekä toipumisprosessia ja sen vaiheita. Kehittämistyöpajan aiheet on esitetty kuvassa 10. Lähestyin päihderiippuvuusosiota riippuvuuksien jaottelun avulla. Suunnitelmana oli käsitellä sekä aineriippuvuuksia että toiminnallisia riippuvuuksia. Tämä jaottelu korosti riippuvuuksiin liittyvän ajattelun monipuolisuutta sekä osoitti yhtäläisyyksiä esimerkiksi peliriippuvuuden ja huumeriippuvuuden välillä.



Kuva 10. Kehittämistyöpajan aiheet

Toinen keskeinen aihe oli päihderiippuvuuden syntyminen. Valitsin aiheen, koska oli tärkeää tuoda esille, kuinka sekä riippuvuuden syntyyn että sen hoitoon liittyy useita teorioita ja näkemyksiä, mikä tarkoittaa myös monia erilaisia toipumisreittejä. Osallistujilla oli mielenterveys- ja päihdehoidon ammattilaisina aiempaa tietoa, osaamista ja kokemusta päihderiippuvaisista. Tavoitteena oli edistää reflektointia oppimista, jossa osallistujat peilaavat käsitellyjä aiheita omiin kokemuksiinsa ja osaamiseensa (Kupias & Koski 2012, 26). Koska koulutuksessa on tärkeää panostaa aloitukseen (mt., 64–65), pyrin herättämään keskustelua heti koulutusosion alussa. Suunnittelin kierroksen, jossa jokainen osallistuja jakoi näkemyksensä päihderiippuvuuden synnystä. Tämän jälkeen oli tarkoitus käsitellä päihderiippuvuuden syntyä eri teorioiden näkökulmista luennon muodossa.

Kolmantena aiheena oli päihderiippuvuuden ulottuvuudet, jotka tarjoavat näkökulman riippuvuuden syntyyn, oireisiin ja toipumiseen. Korostin päihderiippuvuuden monimuotoisuutta ja kä-

sittelin ilmiön ytimekkäästi. Rajasin aiheen siten, että keskityin kunkin ulottuvuuden perustietoihin, kuten niiden merkityksiin ja seurauksiin, sekä siihen, miten eri ulottuvuudet vaikuttavat toimumiseen.

Neljäs aihe käsitteli toimumisen vaiheita De Leonin (1996) teorian pohjalta. Valitsin tämän teorian, koska se kuvasti parhaiten päihderiippuvuuden toimumisprosessia tarkastelluista teorioista. Toimumisprosessin kuvaaminen eri vaiheiden kautta oli keskeinen osa luentoa, sillä se tarjoaa konkreettisen näkymän toimumisprosessiin ja mahdollistaa yksilöllisten interventioiden suunnittelun toimumisorientaation mukaisesti. Laadin kuvan De Leonin teorian vaiheista selkeyttämään vaiheiden ymmärtämistä. Kuva oli tarkoitus tulostaa jokaiselle osallistujalle.

Viides osio käsitteli päihderiippuvuuteen liittyviä ajatteluprosesseja. Valitsin sisällöksi seuraavat aiheet: ambivalenssi, motiiviristiriidat, kognitiivinen dissonanssi, kognitiiviset vinoumat, psykologiset puolustusmekanismit, valehtelu ja itsepetos, erilainen aikakäsitys, tunne-elämän säätelyn puutteet, tunneperäinen päätöksenteko, alhainen itsetunto, päätöksenteon ongelmat sekä ajatusten automatisoituminen ja ehdollistaminen. Osion nimeksi tuli *Päihderiippuvuuden kognitiiviset ja psykologiset mekanismit*.

Riippuvuuteen liittyvien ajatusmekanismien esittäminen oli keskeinen teema, joka ohjasi työpanjan suunnittelua. Monet päihderiippuvuuteen liittyvät teokset ja artikkelit keskittyvät kuvaamaan päihderiippuvuuden oireita, seurauksia ja hoitoa – usein ammattilaisen näkökulmasta. Tavoitteena oli tarjota toisenlainen näkökulma ja tuoda esille, millaista päihderiippuvaisen ajattelu on. Näin toin ilmi asiakkaiden näkökulman. Syvensin aihetta kokemustiedolla kertomalla esimerkkejä siitä, millaista ajatteluni oli silloin, kun päihderiippuvuus vaikutti siihen voimakkaasti. Tämä lähestymistapa voi edistää asiakkaiden näkökulman ymmärtämistä toimumisorientaation hengessä.

Kouluttajan toiminnalla on tärkeä rooli osallistujien kannustamisessa jakamaan omia näkemyksiään (Kupias & Koski 2012, 130). Pyrin tekemään aiheen konkreettisemmaksi kannustamalla osallistujia keskustelemaan päihderiippuvaisten toiminnasta. Käsittelin mekanismeja monipuolisesti välttämättä kuitenkaan menemästä liiallisesti yksityiskohtiin. Rajasin aiheet niihin, jotka parhaiten kuvastivat päihderiippuvuudelle tyypillisiä ajattelutapoja. Tein aiheesta perusteellista taustatutkimusta hyödyntäen muun muassa tutkimustietoon keskittyviä National Library of Medicine- ja Frontiers in Psychiatry -sivustoja.

Kuudes ja viimeinen aihe käsitteli muutosprosessin käynnistymistä ja ajattelun muutosta kohti toimumista. Tarkastelin aluksi oman pohjan löytämisen käsitettä, sen jälkeen muutoksen vai-

keutta ja lopuksi muutokseen liittyviä tekijöitä. Valitsin aiheen havainnollistamaan, mitä päihderiippuvaisen ajattelussa täytyy tapahtua, jotta muutosprosessi käynnistyisi. Tämä lähestymistapa auttaa ymmärtämään paremmin päihderiippuvuudesta toipuvan ihmisen ajattelumaailmaa ja suunnittelemaan yksilöllisempää kuntoutusta.

Kokosin suunnitelman selkeäksi ja johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi, jonka pohjalta laadin PowerPoint-esityksen. PowerPoint-esityksen tarkoituksena on tiivistää ja jäsentää kouluttajan puhetta sekä tukea oppimista. Esityksessä olevien dioiden tulee olla selkeitä ja sisältää vain oleellimmat tiedot. Esityksen tulee myös olla johdonmukainen ja jättää tilaa vuorovaikutukselle. (Kupias & Koski 2012, 74–77.) Tein työpajaa varten myös muistiinpanot, jotta läpivienti ei olisi täysin diaesityksen varassa.

Osallistujien on tärkeää reflektoida omaa toimintaansa, sillä oppiminen ja ajatusten kehittyminen edellyttävät reflektointia. Reflektion kautta omaa toimintaa voidaan tarkastella syvällisemmin, mikä tukee sekä oppimista että ammatillista kehittymistä. (Kupias & Koski 2012, 33, 134.) Reflektion edistämiseksi työpajan oli tarkoitus olla vuorovaikutuksellinen, joten varasin keskustelulle, kommenteille ja kysymyksille riittävästi aikaa. Päihderiippuvuusosion kesto oli suunnitelman mukaan noin 60–70 minuuttia riippuen siitä, kuinka paljon aikaa toipumisorientaatio-osion jälkeen jäisi. Jätin esitykseen joustovaraa, jotta voisin työpajan aikana päättää, kuinka laajasti käsittelen eri aiheita, ja suunnittelin etukäteen, mitkä aiheet voisin tarvittaessa jättää pois. Loin PowerPoint-esitykseen visuaalisia kuvia kuvankäsittelyohjelmalla ja viimeistelin sen säätämällä värimaailmaa, fontteja sekä tekstien sijoittelua. Lopuksi tiivistin esitystä työpajan harjoituksellisen läpikäynnin aikana tekemiäni havaintojen perusteella.

Kehittämistyöpajaa oli tarkoitus arvioida Ryhmätalon henkilöstön antaman suullisen palautteen perusteella. Lisäksi suunnittelin tekeväni työpajasta itsearvioinnin. Suunnittelin palautekeskustelun pidettäväksi 23.5.2024 kello 8.20–8.30, jolloin oli tarkoitus keskustella työpajan sisällöstä ja kerätä palautetta kaikilta työntekijöiltä. Palautekeskustelun keskeisimmät havainnot oli tarkoitus kirjata muistiin.

8.4.3 Toteutus

Kehittämistyöpaja pidettiin Ryhmätalolla suunnitellusti 22.5.2024 kello 8.20–9.55. Osallistujina oli lisäksi neljä Ryhmätalon työntekijää ja yksi sairaanhoitajaopiskelija. Koulutukseen on tär-

keää valmistautua huolellisesti (Kupias & Koski 2012, 156), joten ennen työpajaa tulostin tarvittavat materiaalit, valmistelin tilan ja varmistin, että esitys näkyy moitteettomasti esitystilan televisiosta. Koulutus on hyvä aloittaa tavoitteiden esittelyllä, jotta osallistujat ymmärtävät, mihin pyritään (mt., 21). Aloitin työpajan sisällön ja tavoitteiden esittelyllä, jonka jälkeen kerroin, että seuraavana aamuna pidettäisiin lyhyt palautekeskustelu tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi. Arviointi on olennainen osa työpajaa, sillä se tarjoaa arvokasta palautetta toiminnan kehittämiseen ja tavoitteiden saavuttamisen mittaamiseen (Kupias & Koski 2012, 163; Burtonshaw-Gunn 2012, 342, 346–347).

Alustuksen jälkeen siirryin toipumisorientaatio-osioon. Johdattelin osallistujat toipumisorientaatiotehtävään jakamalla A4-koosteet ja esittelemällä toipumisorientaation teoriaa. Keskustelun herättämiseksi esitin esimerkkejä onnistuneista toimenpiteistä, joilla toipumisorientaation mukaista toimintaa oli edistetty Ryhmätalolla. Pohjustus ei herättänyt keskustelua, joten jaoin keskustelun aktivoimiseksi omia näkemyksiäni merkityksellisyyden kokemisen tärkeydestä ja sen roolista Ryhmätalon toiminnassa. Tämä sai aikaan jonkin verran keskustelua, mutta siitä ei nousut esiin riittävän konkreettisia keinoja, jotta niitä olisi voitu kirjata muistiin. Koska keskustelu ei edennyt tehtävän tavoitteiden mukaisesti, siirryin suunnitelman mukaisesti seuraavaan aiheeseen. Tämä osio kesti noin kymmenen minuuttia.

Seuraavaksi siirryin käsittelemään riippuvuuksia. Pohjustin aiheen toteamalla, että toivon vuorovaikutteista keskustelua ja kommentteja yksinpuhelun sijaan. Mainitsin myös, että käsiteltäviä aiheita voi tarkastella laajemmassa kontekstissa, kuten muiden mielenterveyshäiriöiden näkökulmasta. Kysymyskierron päihderiippuvuuden syntyyn liittyvistä ajatuksista herätti runsaasti keskustelua ja erilaisia näkemyksiä. Esitys eteni suunnitelman mukaisesti, ja seuraavaksi käsittelemään päihderiippuvuuden ulottuvuuksia ja toipumisen vaiheita. Tämä osuus herätti monipuolista keskustelua, erityisesti käytännön tilanteiden pohtimisen muodossa.

Kun siirryin käsittelemään päihderiippuvuuden kognitiivisia ja psykologisia mekanismeja, kävi ilmi, että keskustelu oli vienyt sen verran aikaa, ettei kaikkia aiheita ehditty käsitellä niin monipuolisesti kuin alun perin suunnittelin. Esittelin mekanismeja tiivistetysti ja jätin joitakin esimerkkejä pois. Esityksen lopuksi käsittelemään suunnitellusti muutosprosessin käynnistymistä. Tämän aiheen käsittelylle jäi riittävästi aikaa, ja aikataulun joustavuuden ansiosta osallistujat pääsivät keskustelemaan muutosprosessista sekä muista päihderiippuvuuteen liittyvistä aiheista. Lopuksi kiitin osallistujia ja päätin tilaisuuden.

8.4.4 Arviointi

Arviointi on olennainen osa koulutusta, sillä sen avulla voidaan kerätä palautetta ja parantaa koulutuksen laatua ja vaikuttavuutta. Arvioinnin tulisi aina perustua koulutukselle asetettuihin tavoitteisiin. Arvioinnin tueksi on tärkeää kerätä palautetta niin koulutuksen kuin oman toiminnankin kehittämiseksi. Palautteen saaminen on tärkeää yksilön kehittymiselle, sillä ilman sitä hänen voi olla vaikea arvioida omaa toimintaansa ja oppia uutta. Pelkkä palaute ei kuitenkaan riitä kehittämiseen, vaan se edellyttää myös kykyä ottaa palautetta vastaan ja käsitellä sitä. (Kupias & Koski 2012, 163–168.) Kuten luvussa 8.3.3. todettiin, palautetta voidaan antaa ja vastaanottaa monella eri tasolla. Keräsin työpajasta kuvailevaa palautetta, jota hyödynsin työpajan kokonaisuuden arvioinnissa.

Palautekeskustelu pidettiin Ryhmätalolla suunnitellusti 23.5.2024 kello 8.20–8.35, ja siihen osallistuivat kaikki Ryhmätalon työntekijät. Pyysin osallistujilta vapaamuotoista suullista palautetta ja kirjasin pääkohdat muistiin. Palautteen perusteella työpaja tarjosi runsaasti uutta tietoa, herätti pohdintaa ja toi ajatteluun uusia näkökulmia. Aihe koettiin mielenkiintoiseksi ja kattavaksi, mutta ei liian laajaksi. Riippuvuuksista keskusteltiin Ryhmätalolla ensimmäistä kertaa näin syvällisesti, mikä lisäsi ymmärrystä riippuvuuteen sairastuneen ajattelusta, kuten kieltämisestä ja automatisista lupauksista. Osa osallistujista koki työpajan pysäyttäväksi, sillä se auttoi ymmärtämään alkoholin luonnetta. Työpaja syvensi tietämystä päihderiippuvuuden sairauskäsityksestä ja vahvisti ymmärrystä siitä, miten riippuvuus vaikuttaa ihmisen henkisyteen ja arvomaailmaan.

Palautteen mukaan työpajan vetäjän asiantuntijuus oli selvästi esillä koko tilaisuuden ajan. Toipumisen vaiheiden esittely auttoi osallistujia jäsentämään toipumisprosessia, mikä syvensi heidän ymmärrystään toipumisen kulusta. Monet työntekijät tunnistivat samanlaisia kaavoja omista asiakastapauksistaan. Kaksi työntekijää mainitsi, että työpajalla oli välitön vaikutus heidän työskentelyynsä saman päivän asiakastilanteissa, joissa käytiin syvällisempiä keskusteluja ja ymmärrys asiakkaiden taustoista syventyi. Työpaja lisäsi myös varmuutta toimia hoitoneuvotteluissa. Työpajan alussa pidetystä toipumisorientaatio-osiosta ei annettu palautetta.

Palautteen lisäksi tilaisuudessa keskusteltiin todellisista asiakastilanteista. Työntekijät kertoivat tuoreista asiakaskohtaamisista ja siitä, millaisia havaintoja he olivat tehneet työpajassa käsiteltyjen aiheiden perusteella. Keskustelusta kävi ilmi, kuinka ymmärrys toipumisen vaiheista ja puolustusmekanismeista oli syventynyt ja siirtynyt käytännön asiakastyöhön. Päihderiippuvaisen kieltämiseen, valehteluun ja lupailuun taipuvainen ajattelutapa oli tullut selkeämmäksi ja paremmin

ymmärretyksi. Palautekeskustelun perusteella työpajan keskeiset aiheet oli ymmärretty hyvin ja tilaisuus koettiin hyödylliseksi sekä toipumisorientaatiota edistäväksi.

Osallistujien antaman palautteen lisäksi arvioin kehittämistyöpajaa itsearvioinnin avulla. Arvioni mukaan työpajan tavoitteet oli määritelty selkeästi, ja esitys kattoi kaikki suunnitellut aihealueet. Havaintojeni perusteella käytetyt menetelmät osoittautuivat toimiviksi ja tukivat tehokkaasti tavoitteiden saavuttamista. Sisältö oli sovitettu aikatauluun niin, että keskustelulle jäi riittävästi aikaa. Onnistuin ennakoimaan keskustelun vaatiman ajan, sillä olin etukäteen suunnitellut, mitkä aiheet voisi tarvittaessa tiivistää tai jättää pois. Tiivistäminen saattoi kuitenkin heikentää joidenkin aiheiden ymmärrettävyyttä. Työpajan lopussa ollut 15 minuutin joustovara mahdollisti kiireetömän päätöksen, mikä todennäköisesti jätti osallistujille positiivisen mielikuvan tilaisuudesta.

Arvioni mukaan PowerPoint-esitys oli huolellisesti suunniteltu, visuaalisesti selkeä ja loogisesti rakennettu, mikä auttoi osallistujia hahmottamaan käsiteltäviä aiheita. Vuorovaikutteinen toteutustapa toimi hyvin, ja osallistujien mielenkiinto säilyi koko esityksen ajan. Huolellinen suunnittelu ja valmistautuminen ilmenivät itsevarmana esiintymisenä. Osallistujien reaktiot olivat positiivisia – he olivat kiinnostuneita ja osallistuivat aktiivisesti keskusteluun. Työpajan vahvuuksia olivat selkeä ja informatiivinen esitys, osallistujien aktiivinen osallistaminen ja sen aikaansaama monipuolinen keskustelu.

Kehittämiskohteena havaitsin, että toipumisorientaatiotehtävä olisi voinut olla käytännönläheisempi ja osallistavampi. Tehtävä ei saavuttanut odotettua tulosta, sillä keskustelu ei tuottanut muistiin kirjoitettavia pohdintoja tai ideoita. Oppimisen kannalta on olennaista, että osallistujat käsittelevät opittavaa asiaa aktiivisesti (Kupias & Koski 2012, 16). Edistin keskustelua PowerPoint-esityksen, kirjallisen materiaalin ja suullisen pohjustuksen avulla. Tehtävän aktivointimenetelmät perustuivat keskusteluun ja mielipiteiden vaihtoon. Aivoriihi menetelmänä oli perusteltu valinta, mutta keskustelun vähäisyys herätti kysymyksen, olisinko voinut hyödyntää muitakin aktivointimenetelmiä. Olisin voinut lisätä osallistujien aktiivisuutta käytännön esimerkeillä, kuten Ryhmätalon asiakastapauksilla. Lisäksi osallistujien jakaminen pienryhmiin olisi voinut edistää aktiivisempaa osallistumista. (Kupias & Koski 2012, 116–119.) Keskustelun ja ideoinnin tehostamiseksi tehtävälle olisi pitänyt antaa selkeämpi ohjeistus ja tarkemmat tavoitteet. Lopulta keskustelua kuitenkin syntyi, vaikka se ei täysin vastannutkaan tehtävän tavoitetta.

Olisin voinut myös korostaa enemmän riippuvuuksien samankaltaisuuksia ja ylläpitää tätä viestiä paremmin työpajan aikana. Päihderiippuvuuden kognitiiviset ja psykologiset mekanismit osoit-

tautui hieman liian laajaksi aiheeksi aikatauluun nähden. Tämän vuoksi en voinut esittää riippuvuuteen liittyvää ajattelua niin monipuolisesti ja yksityiskohtaisesti kuin alun perin suunnittelin. Aihe olisi vaatinut joko enemmän aikaa tai tarkempaa rajausta. Tarkempi rajausta olisi mahdollistanut yksityiskohtaisemman käsittelyn ja esimerkkien käytön.

Pohdin sekä ennen työpajaa että sen aikana, kuinka paljon kokemustietoa olisi tarkoituksenmukaista hyödyntää. Työpajan valmistelut pohjautuivat teorian tietoon, ja kokemustietoon perustuvia esimerkkejä oli tarkoitus käyttää lisänä tarvittaessa. Viittasin omiin kokemuksiini joitakin kertoja, mutta niille jäi vain vähän tilaa, sillä halusin varata keskustelulle enemmän aikaa. Esimerkkien kertomisen ja keskustelun edistämisen sijaan jouduin ajoittain hillitsemään keskustelua pysyäkseen aikataulussa. Kokemustietoon perustuvat esimerkit monipuolistivat ja konkretisoivat päihderiippuvuusosiossa käsiteltyjä aiheita, joten aikataulun salliessa kokemustiedon laajempi hyödyntäminen olisi ollut suositeltavaa.

Työpajan onnistumista tulee arvioida asetettujen tavoitteiden pohjalta (Kupias & Koski 2012, 168). Palautteen ja itsearvioinnin perusteella voidaan todeta, että työpaja saavutti asetetut tavoitteet osittain. Osallistujat olivat aktiivisia päihderiippuvuusosiossa. Työpaja syvensi heidän ymmärrystään päihderiippuvuudesta sekä edisti heidän valmiuksiaan kohdata ja hoitaa riippuvuuksista kärsiviä asiakkaita, joten nämä tavoitteet saavutettiin. Sen sijaan pyrkimys keksiä uusia konkreettisia keinoja asiakkaiden tukemiseksi toipumisorientaation mukaisesti ei toteutunut odotetulla tavalla. Toipumisorientaatio-osuudessa käyty keskustelu jäi vähäiseksi, eikä siitä annettu palautetta. Työpaja ei näin ollen merkittävästi edistänyt henkilöstön yhteistä ymmärrystä siitä, miten kuntoutujien toipumista voitaisiin tukea toipumisorientaation mukaisesti. On kuitenkin muistettava, että vastuu oppimisesta on lopulta jokaisella osallistujalla itsellään (Kupias & Koski 2012, 17). Aiheen parissa työskentelyä on syytä jatkaa, sillä uuden työskentelyfilosofian omaksuminen näyttää vaativan enemmän aikaa. Tuotin Ryhmätalolle toipumisorientaatioon liittyvää materiaalia, jota voidaan hyödyntää myöhemmin.

Kaiken kaikkiaan työpaja osoittautui osallistujille hyödylliseksi. Se toteutettiin huolellisesti ja ammattimaisesti, ja ajankohta oli onnistunut, sillä se häiritsi vain vähän päivän normaalia toimintaa. Lisäksi tilan tekniset laitteet toimivat moitteettomasti. Jatkossa keskityn työpajojen järjestämisessä aiheen tarkempaan rajaukseen, jotta työpajan rakenne säilyy joustavana. Tämä mahdollistaa enemmän aikaa esimerkeille sekä osallistujien kysymyksille ja keskustelulle. Aion myös kiinnittää erityistä huomiota työpajojen aloitukseen, tavoitteiden selkeyteen ja esittelyyn sekä monipuolisempien osallistujia aktivoivien menetelmien hyödyntämiseen.

9 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyöprosessin keskeisiä havaintoja ja johtopäätöksiä sekä arvioidaan työn etenemistä, tavoitteiden saavuttamista ja kehittämistyön merkitystä. Päähuomio kohdistuu toipumisorientaation implementointiin edellytyksiin, mahdollisuuksiin ja haasteisiin, jotka nousivat esiin kehittämistyön aikana. Lisäksi luvussa käsitellään työn luotettavuutta, prosessin eettisiä kysymyksiä sekä opinnäytetyön hyödynnettävyyttä ja jatkokehittämismahdollisuuksia. Lopuksi pohditaan, miten kehittämistyö edisti ammatillista kasvua.

9.1 Luotettavuus

Luotettavuus on yksi tieteellisen tiedon olennaisimmista piirteistä. Kehittämistoiminnan luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että se poikkeaa perinteisen tutkimuksen luotettavuuskriteereistä. Perinteisestä tutkimuksesta poiketen kehittämistoiminnan tuottaman tiedon tulee olla paitsi todenmukaista myös hyödyllistä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ensisijaisesti sitä, kuinka hyvin tuotettua tietoa voidaan hyödyntää ja soveltaa käytäntöön. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Mielenterveys- ja riippuvuushoidon kehittämistyössä luotettavuus korostuu, sillä tavoitteena on parantaa palveluita, jotka tukevat haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä. Luotettavuus on keskeinen edellytys kehittämistyön onnistumiselle, sillä se varmistaa, että päätökset ja toimenpiteet perustuvat luotettavaan tietoon. Luotettavien tulosten pohjalta voidaan tehdä perusteltuja johtopäätöksiä siitä, mitkä toimenpiteet ovat toimivia ja mitkä vaativat jatkokehittämistä. Tämä takaa, että kehittämistyö johtaa palveluiden konkreettiseen parantumiseen.

Hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden noudattaminen on olennainen osa tieteellistä toimintaa. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää menettelytavat ja periaatteet, joilla varmistetaan tieteellisen toiminnan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuullisuus koko tutkimusprosessin ajan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11–12). Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita suunnittelemalla ja toteuttamalla kehittämistyö huolellisesti, viestimällä prosessista avoimesti ja totuudenmukaisesti sekä ottamalla vastuu prosessin aikana tapahtuneesta toiminnasta ja valinnoista. Lisäksi työssä osoitettiin arvostusta tutkijoita ja tutkimuskohteita kohtaan.

Luotettavuuden varmistamiseksi opinnäytetyö toteutettiin tiiviissä yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Prosessin aikana käytiin avointa keskustelua mielenterveys- ja riippuvuushoidon ammattilaisten sekä opinnäytetyön ohjaajan kanssa, ja heidän näkemyksensä otettiin huomioon kehittämistyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämä paransi työn luotettavuutta ja varmisti, että kehitetyt ratkaisut vastasivat todellisia tarpeita. Kehittämistyön lähtötilanne arvioitiin mielenterveys- ja riippuvuushoidon esihenkilöiltä ja koulutukseen osallistuneilta asiantuntijoilta saatujen tietojen sekä aiempien tutkimusten perusteella. Monipuolinen tietopohja auttoi luomaan kattavan kuvan palveluiden nykytilasta ja kehittämistarpeista. Kehittämisprosessia arvioitiin ja dokumentoitiin systemaattisesti koko prosessin ajan. Laadin koulutuspäivistä ja kehittämistyöpajoista kirjalliset muistiot, ja kirjasin prosessin aikana saadut palautteet. Palautteen kerääminen oli yksi keino parantaa kehittämistyön luotettavuutta. Prosessin aikana kerätty dokumentaatio mahdollisti prosessin yksityiskohtaisemman arvioinnin, mikä myös vahvisti työn luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on olennaista kiinnittää huomiota käytettävien lähteiden laatuun (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–73). Valitsin lähteet huolellisesti ja arvioin niitä kriittisesti. Lähteet olivat mahdollisimman tuoreita, alkuperäisiä ja vertaisarvioituja, ja niiden kirjoittajiin suhtauduttiin kriittisesti. Lisäksi niissä oli asianmukaiset lähdemerkinnät ja ne oli julkaistu akateemisilla alustoilla. Luotettavuuden varmistamiseksi lähteitä on hyödynnetty monipuolisesti ja tietoa on pyritty hankkimaan useista eri lähteistä.

Lähdeaineisto koostui kirjallisista teoksista ja internetlähteistä. Internetlähteiden valinnassa on noudatettu erityistä kriittisyyttä, ja niiden luotettavuuden arvioinnissa on korostettu vertaisarvioinnin sekä lähdemerkintöjen merkitystä. Työn luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa lähteiden monipuolisuuden puute, sillä ajoittain käytettävissä ei ollut riittävästi tarvittavaa materiaalia. Tämä johtui osittain Kainuun kirjastojen ja maksuttomien internetlähteiden rajoitetusta tarjonnasta tietyissä aihepiireissä. Erityisesti päihderiippuvuuden kognitiivisiin ja psykologisiin mekanismeihin liittyi aiheita, joista tietoa oli saatavilla rajallisesti.

Kansainvälisiä lähteitä käytettiin laajentamaan tiedon monipuolisuutta ja ajantasaisuutta. Nämä lähteet koostuivat pääasiassa tutkimustuloksista, joiden luotettavuus on erittäin hyvä. Vieraskielisten lähteiden tulkinassa on aina olemassa väärinymmärryksen riski, mutta tätä riskiä vähennettiin perehtymällä lähteisiin huolellisesti sekä käyttämällä niitä rinnakkain muiden samaa aihetta käsittelevien lähteiden kanssa. Monipuolinen englanninkielisten lähteiden käyttö osoittaa, että suurin osa tiedosta on peräisin alkuperäisistä lähteistä. Lähdekritiikin lisäksi luotettavuutta on parannettu täsmällisillä lähdemerkinnöillä. Kaikki käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon.

Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa on olennaista tarkastella myös toiminnallisia osuuksia. Puheenvuoro ja kehittämistyöpaja pohjautuivat huolellisesti laadittuun, monipuoliseen ja ajantasaiseen teoreettiseen viitekehykseen, jossa hyödynnettiin toipumisen kannalta merkityksellisinä pidettyjä tutkimustuloksia. Puheenvuoron luotettavuutta vahvisti tutkimusperusteisiin aiheisiin keskittyminen, ja kehittämistyöpajan suunnittelussa menetelmävalinnat perustuivat lähtökohtien huolelliseen arviointiin. Toiminnallisissa osuuksissa käytetyt menetelmät pohjautuivat tutkittuun tietoon ja niiden tarkoituksenmukaiseen soveltamiseen opinnäytetyön kontekstissa. Lisäksi opinnäytetyössä esitetyt näkemykset päihderiippuvuudesta ja siihen liittyvistä teemoista ovat linjassa ajankohtaisen tutkimustiedon kanssa, mikä vahvistaa työn teoreettista ja menetelmällistä luotettavuutta.

Reflektiivisyys tutkimuksessa tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja ennako-oletuksistaan sekä ymmärtää niiden vaikutuksen tutkimusprosessiin. Reflektio on oman näkökulman kriittistä tarkastelua, ja kriittinen itsereflektio auttaa tutkijaa arvioimaan, millaisten ennako-oletusten pohjalta hän toimii. Tietoinen reflektointi omista lähtökohdista tekee tutkimusprosessista läpinäkyvämmän ja auttaa varmistamaan, että tutkimuksen tulokset ovat mahdollisimman objektiivisia ja uskottavia. (Toikko & Rantanen 2009, 51–52.) Suhtauduin omaan tekemiseeni erityisellä kriittisyydellä, koska päätin käyttää kokemustietoa opinnäytetyössä. Subjektiviisen kokemustiedon voidaan katsoa haastavan kehittämistyön luotettavuutta. Kokemustiedolla ei kuitenkaan pyritty korvaamaan muuta tietoa – päinvastoin sen käyttö perustui vahvasti teoretietoon ja tuki tieteellisen tiedon sanomaa.

Toiminnalliset osuudet sisälsivät runsaasti kokemustietoon perustuvia esimerkkejä. Omasta elämästäni valitut esimerkit ja niihin liittyvä kokemustieto pohjautuivat henkilökohtaisen toipumiseni analyysiin. Valittujen kokemusten selkeä yhteys tutkimuksissa merkittäviksi todettuihin toipumisen osaprosesseihin osoittaa kriittistä suhtautumista käytettyyn kokemustietoon. Kaikki käyttämäni kokemustieto oli tarkkaan valittua ja harkitusti käytettyä. Näin varmistettiin, että tieto on subjektiivisuudestaan huolimatta mahdollisimman luotettavaa. Avoimuus ja rehellisyys kokemuksiani kohtaan ovat osaltaan edistäneet objektiivisuutta ja luotettavuutta.

Käyttökelpoisuus ja siirrettävyys ovat keskeisiä kehittämistoiminnan tulosten arviointikriteerejä. Käyttökelpoisuus tarkoittaa tiedon hyödyllisyyttä ja sovellettavuutta käytännön toiminnassa, jolloin sen arvo perustuu käytännön toimivuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 125.) Kehittämistoiminnan lähtökohtana oli valitun teoria- ja kokemustiedon käyttökelpoisuus. Kokemustiedon hyödyntämisen tavoitteena oli vahvistaa toipumisorientaation käsitteiden soveltamista käytännön työssä.

Siirrettävyys puolestaan kuvaa, kuinka hyvin kehittämistoiminnan tuloksia voidaan soveltaa erilaisissa ympäristöissä. Tämä on usein haasteellista, koska kehittämistoiminnan tulokset ovat usein vahvasti kontekstisidonnaisia. Kehittämistoiminnan aikana syntyneen tiedon ja käytäntöjen siirrettävyys edellyttää huolellista kontekstin ja prosessin kuvaamista, jotta muut voivat arvioida niiden sovellettavuutta omiin ympäristöihinsä. (Toikko & Rantanen 2009, 126.) Otin siirrettävyyden huomioon jo prosessin alkuvaiheessa. Tein tietoisin valinnan käyttää opinnäytetyössäni selkeää kokemustietoa, jota ei voi suoraan soveltaa muiden toimesta. Tämän vuoksi kehittämistyöni ei ole täysin siirrettävissä. Kehittämistyöllä on kuitenkin vankka teoreettinen pohja, ja opinnäytetyö on laadittu siten, että työ voidaan toistaa samankaltaisissa tilanteissa ilman kokemustietoa.

Vakuuttavuus on olennainen osa kehittämistoiminnan luotettavuutta. Vakuuttavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen valinnat ja tulkinnat tehdään näkyviksi, jotta niiden pätevyyttä voidaan arvioida. Vakuuttavuuden keskeinen kriteeri on, että tutkija esittää aineiston ja analyysin avoimesti, mikä mahdollistaa ulkopuolisten arvioida tutkimuksen uskottavuutta. Tutkijan tehtävänä on osoittaa, kuinka hyvin tutkimus tekee oikeutta tutkimuskohteelle ja sen kontekstille. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124.) Olen työskennellyt avoimesti koko opinnäytetyöprosessin ajan, mikä on mahdollistanut kehittämistyön pätevyyden ja uskottavuuden arvioinnin ulkopuolisille. Tämän raportin tarkoituksena on esittää avoimesti ja yksityiskohtaisesti kehittämistyön vaiheet ja niihin liittyvät valinnat, jotta ulkopuoliset voivat arvioida työn vakuuttavuutta.

9.2 Eettisyys

Etiikka on filosofian haara, joka tutkii ihmisten käsityksiä oikeasta ja väärästä sekä moraalisisista valinnoista. Tutkimusetiikka on keskeinen osa hyvää tieteellistä käytäntöä ja ohjaa tutkijaa toimimaan tavoilla, jotka takaavat kestävä ja luotettavan tiedon tuottamisen sekä tutkittavien kunnioittamisen. Tutkimusetiikan tavoitteena on myös tuottaa uutta ja arvokasta tietoa, jolla on merkitystä sekä tieteelle että yhteiskunnalle. (Vuori 2021.) Mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden kehittämistyössä eettisyys on erityisen tärkeää, sillä se koskettaa suoraan palveluita, jotka vaikuttavat ihmisten hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Eettisyyteen kuuluu varmistaa, että kehittämistoimet eivät aiheuta haittaa osallistujille (mt.), vaan päinvastoin parantavat heidän asemaansa.

Eettisyys on olennainen osa kehittämistyötä, sillä se varmistaa, että kehitystoimenpiteet toteutetaan oikeudenmukaisesti ja vastuullisesti (Vuori 2021). Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu opinnäytetyön eettisiä ohjeita (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020, 14)

ja tutkimuksen eettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–13). Opinnäytetyö perustuu useisiin lähteisiin ja useiden asiantuntijoiden tekemään merkittävään työhön. Niille on annettu asianmukainen arvo, ja alkuperäisiin lähteisiin on viitattu asianmukaisesti.

Opinnäytetyön etiikkaan sisältyy tarvittavien lupien hankkiminen, sopimusten laatiminen ja lainsäädäntöön perustuvan tietosuojan noudattaminen (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020, 14). Tein toimeksiantosopimuksen ja hankin luvan opinnäytetyölle Kainuun hyvinvointialueelta. Lisäksi informoin avoimesti opinnäytetyön ohjaajia suunnitelmistani. Kävin koko opinnäytetyöprosessin ajan avointa keskustelua kehittämistyön yksityiskohdista ja pyysin palautetta oman toimintani kehittämiseksi. Informoin Ryhmätalon henkilökuntaa kehittämistyöpajassa ja palautekeskustelussa siitä, että tilaisuudet ovat osa opinnäytetyötäni. Kaikki osallistujilta kerätty tieto, kuten palaute, käsiteltiin luottamuksellisesti. Tiedot tallennettiin turvallisesti, ja pääsy tietoihin oli rajattu vain minulle.

Asiakkaiden kokemusten hyödyntämisessä on varmistettava, että heidän yksityisyyttään ja luottamuksellisuuttaan suojataan (Vuori 2021). Kehittämistyössä kiinnitettiin erityistä huomiota haavoittuvassa asemassa olevien mielenterveys- ja riippuvuushoidon asiakkaiden oikeuksiin ja tarpeisiin. Asiakkaiden kokemuksia ja elämäntilanteita käsiteltiin, analysoitiin ja yhdistettiin toipumisorientaation teoriaan sekä hyödynnettiin koulutuksessa ja kehittämistyöpajassa. Tämä edellytti objektiivisuutta ja rehellisyyttä. Prosessissa varmistettiin, että käytetyistä esimerkeistä ei voi tunnistaa kenenkään henkilöllisyyttä.

Toipumisorientaation ja kehittämistyön keskiössä on asiakkaiden näkökulmien huomioiminen, mikä on lähtökohtaisesti eettinen ja vastuullinen lähestymistapa. Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen on olennainen osa palveluiden kehittämistä, sillä he ovat palveluiden käyttäjiä. Tämä lähestymistapa korostaa asiakaslähtöisyyttä, joka on keskeinen arvo sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Asiakkaiden huomioiminen tukee oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteita. Haavoittuvassa asemassa olevilla mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden käyttäjillä on oikeus vaikuttaa palveluihin, jotka koskevat heidän elämänsä ja hyvinvointiaan. He ovat oman elämänsä asiantuntijoita, ja heidän kokemuksensa voivat paljastaa kehittämiskohteita, joita ammattilaiset eivät välttämättä havaitse. Asiakkaiden yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset huomioiva näkökulma on olennainen toipumisorientaation edistämiseen keskittyvässä kehittämisessä ja edustaa eettistä sekä asiakkaita arvostavaa tapaa kehittää heidän palvelujaan. Tämä varmistaa, että kehittämistyö vastaa asiakkaiden keskeisiin tarpeisiin ja haasteisiin, joihin ammattilaisten on kiinnitettävä erityistä huomiota, sekä palvelee tarkoitusta, jota varten palvelut on luotu.

Sosiaali- ja terveysalan eettisyyteen liittyy olennaisesti asiakkaiden arvostaminen. On tärkeää käyttää kieltä, joka tunnistaa henkilön kokonaisvaltaisesti eikä pelkistä häntä sairauden kautta. Termistö voi vaikuttaa myös stigman vähentämiseen, mikä on tärkeä osa mielenterveys- ja riippuvuustyötä. Pohdin pitkään, mikä olisi paras tapa kuvata henkilöitä, joilla on päihderiippuvuus. Sairauteen keskittymättömät ilmaiset ovat usein kirjoitukseltaan pitkiä. Ilmaisut kuten "henkilö, joka elää päihderiippuvuuden kanssa" tai "henkilö, jolla on päihderiippuvuus" ovat yksilökeskeisiä, mutta niiden käyttö tekee tekstistä kankeaa ja heikentää sen luettavuutta. Tässä työssä pyritään arvostamaan ja kunnioittamaan henkilöitä, jotka elävät päihderiippuvuuden kanssa. Toiveena on, että kokemustiedon hyödyntäminen, avoimuus henkilökohtaisista kokemuksista sekä asiakkaiden näkökulman korostaminen vähentävät stigmaa ammattilaisten keskuudessa. Koska henkilöihin, jotka elävät päihderiippuvuuden kanssa, viitataan opinnäytetyössä usein ja lukijalle halutaan tarjota sujuvampi lukukokemus, tekstissä käytetään ytimekästä termiä *päihderiippuvainen* sen leimaavasta sävystä huolimatta.

Kokemustiedon hyödyntämiseen liittyy eettisiä kysymyksiä. Kehittäjä voi esimerkiksi ohjata subjektiivisilla kokemuksillaan kehittämistyötä haluamaansa suuntaan. Tässä työssä olen pyrkinyt edistämään toipumisorientaatiota ja hyödyntämään kokemustietoa eettisesti kestäväällä tavalla. Tämä on edellyttänyt avoimuutta, rehellisyyttä sekä omien kokemusten kriittistä tarkastelua ja arviointia. Kun eettiset kysymykset huomioidaan asianmukaisesti, kokemustiedon ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen tarjoaa arvokkaan keinon palvelujen kehittämiseen ja tuottamiseen toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti.

Kokemustiedon hyödyntämisessä on tärkeää noudattaa erityistä kriittisyyttä. Kokemusasiantuntijuuteen kuuluu olennaisesti sen arvioiminen, mitä kokemuksia jakaa muiden kanssa. On tärkeää tunnistaa, millainen kokemustieto on tilanteessa olennaista. Kokemusasiantuntijan on myös oltava tietoinen omista rajoistaan ja siitä, mistä kokemuksista hän ei ole valmis puhumaan. Tämä vaatii rehellisyyttä niin itseä kuin muita kohtaan. Oma vahvuuteni on ollut kyky käsitellä kokemuksiani rehellisesti, mikä on mahdollistanut sen, ettei minun ole tarvinnut rajata kokemuksia puhumisen vaikeuden vuoksi. Kouluttautuminen sosiaali- ja terveysalan ammattilaiseksi on laajentanut näkökulmaani omiin kokemuksiini ja niiden hyödyntämiseen. Kokemustiedon hyödyntäminen on eettisesti kestävämpää, kun se nähdään yhtenä työkaluna muiden joukossa eikä ainoana lähestymistapana tai henkilökohtaisena mielipiteenä. Eettisyys on ilmennyt myös rehellisyytenä aiheiden valinnassa. Tämä näkyi siten, että mielenterveys- ja riippuvuushoidon ammattilaisten läsnäolo ei vaikuttanut aihevalintojen tekemiseen, vaan kehittämistyössä tuotiin esiin myös kokemuksia, joissa kritiikki kohdistui ammattilaisiin.

Tämän opinnäytetyön kielenhuollossa hyödynnettiin tekoälyä (ChatGPT), jota käytettiin esimerkiksi lauserakenteiden hiomiseen, sanavalintojen parantamiseen ja tekstin selkeyttämiseen. Arvioin ja hyväksyin kriittisesti kaikki tekoälyn tekemät muokkaukset, jotta lopullinen teksti säilyi omana tuotoksenani. Tekoälyn käyttö oli vastuullista, eikä sillä ollut vaikutusta sisällön valintaan tai luomiseen. Sen käyttö ei myöskään heikentänyt kehittämistyön luotettavuutta tai eettisiä periaatteita.

9.3 Kehittämisen prosessin keskeiset havainnot ja johtopäätökset

Toipumisorientaatio on laaja ja monipuolinen aihe. Tämä näkyi myös Kainuun hyvinvointialueen koulutuskokonaisuudessa, jossa käytettiin runsaasti aikaa toipumisorientaation taustateorioiden käsittelyyn. Pelkästään toipumisorientaation käsitteen ymmärtäminen ja sen yhteyden hahmottaminen omaan työhön vaatii aikaa. Koko koulutusprosessin aikana oli havaittavissa, että osalla koulutukseen osallistuneesta henkilöstöstä oli haasteita hahmottaa koulutuksen teema ja sen merkitys omaan työhönsä. Tämä oli syynä siihen, miksi halusin tuoda koulutukseen lisää konkretia ja käytännön esimerkkejä.

Uusien ajattelu- ja toimintatapojen omaksuminen edellyttää, että ne koetaan hyödyllisiksi ja merkityksellisiksi. Jotta oppimiseen ja omaksumiseen sitoudutaan, uusien tapojen on oltava hyvin perusteltuja ja tarjottava selkeä etu verrattuna nykyisiin käytäntöihin. Ihmiset suhtautuvat uuden oppimiseen eri tavoin, ja ryhmätasolla se voi herättää niin innostusta kuin muutosvastarintaa. Muutosvastarinnalle ja -väsymykselle on ymmärrettäviä syitä. Ensin koronapandemia haastoi sosiaali- ja terveydenhuollon ennennäkemättömällä tavalla, ja pian sen jälkeen hyvinvointialueiden perustaminen toi mukanaan yhden suurimmista muutoksista suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon historiassa. Hyvinvointialueet ovat sittemmin olleet jatkuvassa muutoksessa, erityisesti taloudellisten haasteiden vuoksi. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on voinut kokea olevansa jatkuvien muutosten ja kehitystarpeiden kohteena, jolloin toipumisorientaatio-koulutuskin on voinut jäädä vain yhdeksi koulutukseksi muiden joukossa. Tämä ei tietenkään ole toivottavaa, sillä toipumisorientaatio on toimintatapa, joka läpikäy mielen- ja vaimen-, päihde- ja riippuvuuspalvelut ja jonka periaatteet jokaisen työntekijän tulisi ajan myötä omaksua.

Toipumisorientaation taustateoriat voivat tuntua haastavilta, jos niiden yhteys käytännön työhön ei ole ilmeinen. Monilla ammattilaisilla on haasteita löytää aikaa niiden syvempään tarkasteluun työn ohessa. Aiheen laajuus saattaa vaikeuttaa sen sisäistämistä, sillä koulutuksissa voi syntyä

käsitys, että toipumisorientaation ymmärtäminen vaatii monimutkaisten teorioiden ja laajojen kokonaisuuksien hallintaa. Siksi koulutuksissa on tärkeää tarjota ytimekkäitä ja käytännönläheisiä keinoja uuden aiheen omaksumiseen. Lisäksi koulutuksen tulisi herättää osallistujien mielenkiinto ja kannustaa heitä syventymään aiheeseen itsenäisesti. Tätä tavoiteltiin myös Kainuun hyvinvointialueen toipumisorientaatiokoulutuksessa.

Yksi koulutuksen haasteista on esittää toipumisorientaatio kokonaisuutena siten, että osallistujat tunnustaisivat teorioista tuttuja elementtejä. Laajan teeman omaksuminen osoittautui osalle osallistujista haastavaksi, ja monet keskittyivät löytämään teorioista vain ennestään tuttuja aiheita. Tämä ilmeni kommentteissa, joissa todettiin, että vastaavia käytäntöjä on sovellettu aiemminkin ja että toipumisorientaatio on jo osa heidän työtään. Toipumisorientaation käsitteen ymmärtämistä voisi helpottaa vaiheittainen lähestymistapa, jossa teoriaa ja käytäntöä omaksutaan vähitellen työn kontekstissa. Lähestymistapa, jossa keskitytään ensin käytännön keinojen löytämiseen ennen syvällistä teoreettisiin taustoihin perehtymistä, voi soveltua joillekin paremmin. Tällainen lähestymistapa hyödyttää erityisesti niitä, jotka oppivat käytännöllisyyden ja tekemisen kautta. Yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, päivittäminen ja arviointi koulutuksen aikana voisi tehostaa teorioiden sisäistämistä, sillä se auttaisi osallistujia löytämään yhteyksiä oman työnsä ja toipumisorientaation välillä jo koulutuksen alkuvaiheessa. Näin jokainen voisi kehittää omaa toipumisorientaatiotaan vaiheittain, jolloin myöhemmät koulutuspäivät täydentäisivät aiemmin opittua. Mitä nopeammin osallistujat tunnustavat toipumisorientaation hyödyt ja sovellettavuuden työhönsä, sitä tehokkaampi koulutuksen vaikutus on. Ilman näitä oivalluksia on vaarana, että teema jää etäiseksi myös koulutuksen jälkeen.

On tärkeää, että henkilöstö ymmärtää toipumisorientaation hyödyt ja oivaltaa, että asiakkaiden osallistaminen hoidon suunnitteluun hyödyttää sekä asiakkaita että ammattilaisia. Tässä työssä esitellyillä toipumisen osaprosesseilla on keskeinen vaikutus toipumiseen. Positiivisen mielenterveyden ja osallisuuden edistäminen, toivon lisääminen, elämän merkityksellisyyden ja identiteetin rakentaminen sekä voimavarojen esille tuominen voivat merkittävästi parantaa asiakkaan mahdollisuuksia toipua mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Näihin prosesseihin keskittyminen koko koulutusprosessin ajan tarjoaa konkreettisia keinoja tukea asiakkaita ja mahdollistaa toipumisorientaation mukaisen työskentelyn jokaisessa asiakastilanteessa.

Toipumisorientaation ymmärtämisen perusta on oivallus siitä, että toipuminen on yksilöllinen prosessi. Vaikka yleistyksiä voidaan joskus tehdä, niiden varaan jumiutuminen voi johtaa asiakkaiden lokeroimiseen ja hoitopäätöksiin, jotka eivät palvele yksilön etua. Asiakaslähtöisyys, dialogisuus ja yhteistyö ovat tärkeitä arvoja asiakastyössä, mutta ilman konkreettisia toimenpiteitä ne

jäävät helposti vain kauniiksi sanoiksi asiakastyön tavoitteissa. Toipumisorientaation sisäistäminen voi edellyttää oman arvomaailman ja toiminnan kriittistä tarkastelua sekä juurtuneiden työskentelytapojen ja -kulttuurin arviointia.

Tässä työssä on pyritty kuvaamaan monipuolisesti yksilöllisen toipumisen luonnetta. Asiakkaan tilanteen tarkastelu toipumisen osaprosessien kautta voi syventää ymmärrystä toipumisen eri ulottuvuuksista. Toipumisprosessia voidaan myös jäsentää eri vaiheiden avulla, ja tässä työssä on esitelty kolme vaihemallia, jotka kuvaavat toipumista eri tavoin. Andresenin ja kollegoiden (2003) malli on lineaarinen ja esittää toipumisprosessin selkeästi etenevänä polkuna. Prochaskan ja Di-Clementen transteoreettinen muutosvaihemalli puolestaan on monipuolisempi ja korostaa, ettei muutos välttämättä etene suoraviivaisesti, vaan paluu aiempiin vaiheisiin on mahdollista (Niemi 2018; Koski-Jännes 1998, 76). Näiden mallien tarkoituksena on tarjota erilaisia näkökulmia yksilöllisen toipumisen ymmärtämiseksi. Lisäksi ne toimivat pohjana ja vertailukohtana De Leonin (1996) määrittelemille toipumisen vaiheille, jotka on sovitettu erityisesti päihderiippuvuuden kontekstiin ja kuvaavat onnistuneesti toipumisprosessin keskeisiä vaiheita. Kaikki esitellyt vaihemallit tukevat paremman asiakasymmärryksen saavuttamista ja hoidon suunnittelua. Ne auttavat ymmärtämään esimerkiksi sen, miksi päihderiippuvaisen raitistuminen voi olla kaukainen tavoite, kun ongelman tunnistaminen ja kieltämisen mekanismit ovat yhä vahvasti läsnä.

Toipumisorientaatiokoulutuksen keskeisenä tavoitteena oli saada toipumisorientaation periaatteet osaksi jokaisen yksikön toimintaa. Ydinryhmän rooli tässä prosessissa on ratkaiseva, sillä heidän panoksensa on välttämätön koulutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Jokaisessa yksikössä tulisi olla kehittämis- ja muutosmyönteisiä työntekijöitä, jotka vievät koulutuksessa käsitellyt aiheet käytännön työhön. Ilman aktiivista ja tavoitteellista integrointia koulutuksen aiheet saattavat jäädä irrallisiksi. Ydinryhmän tehtävänä on edistää toipumisorientaation periaatteiden toteutumista myös koulutuspäivien ulkopuolella ja varmistaa, että kehittämistyö jatkuu yksiköissä pitkäjänteisesti. Yksiköissä saattaa ilmetä muutosvastarintaa, mikä tekee työn jatkamisen entistäkin tärkeämmäksi. Lisäksi toipumisorientaation periaatteet tulisi sisällyttää perehdytysmateriaaleihin, jotta uudet työntekijät omaksuvat ne jo työhön tullessaan.

Tavoite edistää toipumisorientaatiota Ryhmätalolla toteutui pääosin onnistuneesti. Haasteet liittyivät konkreettisiin toimiin, joilla toipumisorientaation periaatteita pyrittiin tuomaan näkyviin. Kehittämistyöpajan tavoitteena oli löytää toipumisorientaation mukaisia keinoja Ryhmätalon asiakkaiden tukemiseksi. Käytännössä tämä olisi tarkoittanut esimerkiksi keinojen etsimistä asiakkaiden osallisuuden ja merkityksellisyyden kokemuksen vahvistamiseksi. Identiteetin rakentumi-

nen on keskeinen osa toipumisprosessia, ja myös sen tavoitteelliseen tukemiseen olisi voitu löytää monenlaisia vaihtoehtoja. Se, ettei työpajassa onnistuttu löytämään näitä keinoja, johtui enemmän käytettyjen menetelmien sopimattomuudesta kuin itse aiheen haastavuudesta. Kehittäminen edellyttää paitsi aktiivista osallistumista myös tarkoituksenmukaisia menetelmiä, jotka tukevat tavoitteiden saavuttamista.

Kehittämistyöpajan tavoitteet jäivät osittain toteutumatta, koska päihderiippuvuusosio vei liikaa aikaa ja resursseja työpajan sisällöllisistä ja ajallisista puitteista. Tämä vaikutti myös tavoitteiden priorisointiin. Olisin voinut keskittyä työpajassa yksinomaan toipumisorientaatioteemaan, jolloin osallistujien huomio olisi pysynyt paremmin aiheessa. Olisin voinut järjestää päihderiippuvuuteen keskittyvän työpajan erillisenä kokonaisuutena tai ainakin rajata sen laajuutta. Vaihtoehtoisesti olisin voinut jättää päihderiippuvuusteeman kokonaan tämän kehittämistyön ulkopuolelle. Vaikka teema oli tärkeä, sen laajuuteen ja mukanaoloon vaikuttivat enemmän kehittäjän puutteelliset rajaamistaidot kuin aiheen merkitys itsessään. On myös syytä huomioida, että laajan kokonaisuuden käsittelylle oli varattu vain yksi työpaja. Useampien työpajojen järjestäminen olisi voinut tukea tavoitteiden saavuttamista paremmin.

Muut kehittämistyön tavoitteet toteutuivat hyvin. Kehittämistyö onnistui edistämään henkilöstön toipumisorientaatioajattelua ja syventämään ymmärrystä sen keskeisistä käsitteistä. Tämä näkyi puheenvuoroissa ja osallistujien kanssa käydyissä keskusteluissa. Koulutuksen myötä yhteinen näkemys asiakkaiden tukemisesta toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti vahvistui. Työyksiköillä oli esittää konkreettisia keinoja ja suunnitelmia toipumisorientaation käyttöön otolle, mikä osoittaa, että yhteinen näkemys on siirtynyt käytännön työhön. Oman osuuteni vaikutusten arviointi on kuitenkin haastavaa, koska kehitykseen vaikuttivat monet muutkin tekijät.

Päihderiippuvuus oli osa opinnäytetyön sisältöä, koska sen avulla kehitettiin Ryhmätalon toimintaa ja se liittyi läheisesti käytettyyn kokemustietoon toimien esimerkkinä sekä toipumisesta että asiakkaiden näkökulmista. Riippuvuuden ajattelumallit ovat samankaltaisia riippumatta siitä, onko kyseessä päihde- vai toiminnallinen riippuvuus, joten on tärkeää, että mielenterveys- ja riippuvuushoidon ammattilaiset tuntevat ajankohtaisen tiedon riippuvuuksista. Riippuvuuksien ja niiden hoidon lähtökohtien tarkastelu muodosti vahvan perustan työn keskeisimmälle päihderiippuvuuteen liittyvälle teemalle: päihderiippuvaisen ajattelun ymmärtämiselle.

Päihderiippuvuuden kognitiivisten ja psykologisten mekanismien tarkastelun tarkoituksena oli esitellä tekijöitä, jotka vaikuttavat päihderiippuvaisten kognitioon ja käyttäytymiseen. Päihderiippuvuudelle tyypillinen käyttäytyminen on tuttua alan ammattilaisille, ja monissa alan teoksissa

käsitellään näitä käyttäytymismalleja ja niiden seurauksia. Moni ammattilainen kuitenkin pohtii, mistä tämä käyttäytyminen johtuu. Henkilö, joka on itse kokenut päihderiippuvuuden, ymmärtää päihderiippuvaisen ajatusmaailmaa. Yksi kehittämisprosessin keskeisistä lähtökohdista oli selittää päihderiippuvaisen käyttäytymisen taustatekijöitä hyödyntämällä kokemustietoa.

Kokemustiedon hyödyntäminen tarjosi ainutlaatuisen näkökulman toipumisorientaation edistämiseen. Sen käyttö ei ollut itsestään selvää, vaan vaati huolellista harkintaa. Olisin voinut toteuttaa kehittämistyön myös ilman kokemustietoa, mutta sen avulla pystyin esittämään konkreettisia esimerkkejä siitä, miten asiakkaiden tarpeet voidaan huomioida paremmin mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa. Hyödynsin kokemuksiin perustuvia esimerkkejä tarkoituksenmukaisesti, eikä niiden rooli korostunut liiallisesti. Osallistujat ymmärsivät kokemustiedon merkityksen ja erottivat sen selkeästi tieteellisestä tiedosta. Kokemustiedon käyttö toteutui onnistuneesti ja ammatillisesti, mikä loi pohjan sille, että kokemustietoa voidaan hyödyntää luottavaisesti myös tulevaisissa koulutuksissa. Tässä työssä käsitellyt toipumisorientaation teoriat tukevat vahvasti näkemystä siitä, että toipujan kokemusten ja näkökulmien huomioiminen on keskeistä toipumisprosessin tukemisessa. Kokemustieto voi olla arvokas työkalu tässä yhteydessä, vaikka onkin tärkeää muistaa, ettei sitä voida suoraan yleistää.

Toipumisorientaatio on aihe, jonka omaksuminen suorastaan vaatii toipujien kokemuksia. Kokemusasiiantuntijoiden käyttäminen koulutuksissa on siksi erittäin suositeltavaa. Tässä työssä vein kokemusasiiantuntijuuden edistyneemmälle tasolle yhdistämällä henkilökohtaiset kokemukset ammatilliseen analyysiin. Pelkän kokemustiedon jakamisen sijaan analysoin omia kokemuksiani ammatillisesta näkökulmasta ja toin ne osaksi laajempaa keskustelua muiden ammattilaisten kanssa. Kokemustiedon ja ammatillisen tiedon yhdistäminen mahdollisti poikkeuksellisen reflektiivisen näkökulman mielenterveys- ja riippuvuustyöhön, eikä tällaisen tiedon hyödyntäminen ole itsestäänselvyys alan koulutuksissa. Kokemustiedon ja toipujien kokemusten hyödyntäminen tarjoavat arvokkaita mahdollisuuksia yksiköiden kehittämiseen, ja niiden hyödyntäminen on suositeltavaa, kun siihen on mahdollisuus.

Kehittämistyö toi esiin useita tapoja, joilla toipumisorientaatiota voidaan soveltaa käytännön työssä. Yksi keskeisimmistä keinoista on vahvistaa asiakkaan asemaa aktiivisena toimijana hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Asiakkaan omat toiveet ja tavoitteet tulisi näkyä kuntoutus- ja hoitosuunnitelmissa. On yleistä, että asiakkaat kokevat vaikeuksia asettaa tavoitteitaan itse. Sen sijaan, että ammattilainen asettaisi tavoitteet asiakkaan puolesta, hänen tulisi löytää keinoja, joiden avulla asiakas voisi paremmin hahmottaa elämänsä sisältöä ja tulevaisuutensa suuntaa ja siten oppia määrittämään omat tavoitteensa.

Mielenterveys- ja riippuvuushoidossa asiakkaiden passiivisuus ei ole harvinaista. Osalla asiakkaista saattaa olla odotus, että hoidon suunnittelu olisi vain ammattilaisten vastuulla. Tästä syystä vastuunoton ja aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen on ensiarvoisen tärkeää. Asiakkaan on vaikea olla tavoitteellinen ja täysivaltainen toimija, jos toipumiselle ei ole selkeää suunnitelmaa eikä hän tiedä, kuinka sitä tulisi toteuttaa. Vaikka ammattilainen saattaa kokea, että asiakas osallistuu aktiivisesti hoidon suunnitteluun, on tärkeää arvioida, kuinka hyvin asiakkaan toiveet lopulta näkyvät hoitosuunnitelmassa ja hoidon toteutuksessa. On myös aiheellista tarkastella, kuinka tietoinen asiakas itse on hoitonsa tavoitteista.

Ammattilaisilla on merkittävä rooli asiakkaan elämän merkityksellisyyden tukemisessa ja toivon vahvistamisessa. Toipujalähtöinen asiakastyö, jossa keskeisinä periaatteina ovat ymmärretyksi tuleminen ja oikeudenmukaisuuden kokeminen, luo perustan onnistuneelle kuntoutumiselle. On tärkeää korostaa asiakkaan voimavaroja ja vahvuuksia sekä ehkäistä syrjäytymistä, joka on merkittävä riski mielenterveys- ja riippuvuushoidon asiakkaiden keskuudessa. Jokainen ammattilainen voi vaikuttaa näihin asioihin päivittäisissä asiakaskohtaamisissa. Vaikka nämä tekijät saattavat tuntua yksinkertaisilta, ne eivät välttämättä toteudu automaattisesti työn ohessa. Siksi jokaisen ammattilaisen on tärkeää tarkastella kriittisesti omia toimintatapojaan.

Asiakkaan on tärkeää kokea, että hänen toiminnallaan ja tulevaisuudellaan on merkitystä. Vastuunotto lisää tunnetta siitä, että omalla tekemisellä on tarkoitus. Vertaisohjaajana tai vertaistukena toimiminen voisi olla tehokas tapa vahvistaa mielenterveys- ja riippuvuuskuntoutujan kokemusta elämänsä merkityksellisyydestä. Tällaiset roolit voisivat toimia suunnitelmallisina väliportaina kohti kokemusasiantuntijakoulutusta tai työelämää. Näitä tehtäviä olisi luontevaa toteuttaa Kainuun hyvinvointialueella esimerkiksi Ryhmätalolla ja kuntoutuskodeissa.

Asiakkaan identiteetin rakentumisen ei tulisi jäädä pelkästään mielenterveys- ja riippuvuushoidon varaan. Sen lisäksi, että terveydenhuollon resurssit uusien tukimuotojen tarjoamiseen ovat rajalliset, sen näköala yksilön arvokkaan identiteetin vahvistamiseen on varsin kapea. Siksi kainuulaisten mielenterveys- ja riippuvuushoidon palveluiden tulisi vahvistaa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, jotta asiakkaat voisivat saada voimaannuttavia kokemuksia myös terveyspalveluiden ulkopuolelta. Kainuussa on monia kolmannen sektorin toimijoita, jotka tarjoavat toipumiseen täydentäviä tai vaihtoehtoisia näkökulmia. Joillekin asiakkaille täysi- tai osa-aikainen työ voi olla paras keino lisätä vastuuta ja merkitystä elämään. Työllistymisellä on lisäksi monia muita positiivisia vaikutuksia, kuten asiakkaan hyvinvoinnin ja taloudellisen tilanteen paraneminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos keräsi koulutuksesta palautetta, jonka perusteella tunnistettiin käytännön tapoja toipumisorientaation toteuttamiseen. Osallistujilta kysyttiin, mitä toipumisorientaatio heidän mielestään on ja mitä se ei ole. Sisällönanalyysin avulla vastauksista tunnistettiin kuusi keskeistä teemaa: toipumisorientaatio voi olla hoitotyöhön työväline, lähestymistapa asiakkaan kohtaamiseen, sairaudesta riippumaton tapa hahmottaa asiakkaan tilanne, viitekehys ammattilaisten ja asiakkaan roolien määrittelyyn, väline asiakkaan lähipiirin osallistamisen sekä hoitotyön suuntaa ja fokusta ohjaava toimintatapa. Toipumisorientaation vastaisia teemoja tunnistettiin puolestaan neljä: hoitajakeskeinen hoitotyö, näkemys asiakkaasta passiivisena hoidon kohteena, haitalliset toimintatavat sekä sairaus- ja ongelmakeskeisyys. (Rapeli ym. 2024, 20–21.) Vastaukset osoittavat, että osallistajat olivat löytäneet runsaasti erilaisia näkökulmia toipumisorientaation mukaiseen toimintaan. Toipumisorientaation viitekehysten hahmottaminen näiden konkreettisten esimerkkien avulla voi parantaa sen ymmärrettävyyttä. Myös niiden toimintatapojen tunnistaminen, jotka eivät edusta toipumisorientaatiota, voi tarjota arvokasta tietoa toiminnan kehittämiseen. Näitä tuloksia on suositeltavaa hyödyntää kehittämistyössä tulevaisuudessa.

Koulutus käynnisti toipumisorientaatioajattelun implementoinnin Kainuun hyvinvointialueen palvelujärjestelmään ja yksiköiden toiminta-ajatukseen. Koulutuspäivissä esitetyt konkreettiset esimerkit siitä, kuinka asiakkaiden osallisuutta hoidon suunnittelussa oli vahvistettu, osoittavat, että toipumisorientaation periaatteet ovat alkaneet siirtyä käytännön tasolle. Asiakkaiden mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun on hyvä alku, ja sen tietoinen ja tavoitteellinen toteuttaminen on askel oikeaan suuntaan. Toisaalta tämä on kuitenkin vähimmäistaso, jolla mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden tulisi nykyään toimia.

Asiakkaiden mukaan ottaminen on asiakaslähtöisyyden perusta, ja se on ollut keskeinen teema sosiaali- ja terveydenhuollossa jo pitkään. Jotta toipumisorientaatio voisi juurtua mielenterveys- ja riippuvuuspalveluiden toimintaan, asiakaslähtöisyyden on ulotuttava entistä syvemmmälle. Tähän ei ole nopeaa reittiä, eikä sitä voida odottaa heti ensimmäisen koulutuksen jälkeen. Koulutuksessa havaitut käytännön toimet kuvaavat sitä tasoa, jolla toipumisorientaation implementointi tällä hetkellä on. Tämä on vasta ensimmäinen kerros, jonka päälle uusi työskentelyfilosofia rakentuu. Sen kehittyminen vaatii pitkäjänteistä ja tavoitteellista työtä, jotta siitä tulee vakiintunut toimintatapa Kainuun mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa.

Toipumisorientaation implementointi palvelualueen tasolla vaatii hyvinvointialueelta riittäviä resursseja. Ilman aktiivisia toimia toipumisorientaation toteuttaminen jää vain aiheesta kiinnostuneiden vastuulle. Vaikka toipumisorientaation toteutuminen yksilöllisessä työssä on keskeistä, ei

riitä, että sitä toteuttavat vain asiasta kiinnostuneet. Koulutuskokonaisuudesta vajaan vuoden aikana saadut havainnot osoittavat, että toipumisorientaation juurtuminen vaatii paitsi aktiivisia toimia myös aikaa. Uudet työskentely- ja ajattelutavat kehittyvät vähitellen, ja henkilöstön jatkuva kouluttaminen ja tukeminen ovat avainasemassa toipumisorientaation sisäistämässä, käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa. Säännölliset koulutukset ja ydinryhmätapaamiset ovat tässä avainasemassa. Oppia kannattaa hakea niiltä, jotka ovat edistyneet tässä työssä pidemmälle. Kainuun hyvinvointialueen tulisi aktiivisesti etsiä ratkaisuja, jotka parhaiten mahdollistavat toipumisorientaation toteuttamisen Kainuun alueen tarpeisiin sopivalla tavalla.

Toipumisorientaation implementointi on myös arvo- ja asennekysymys. Palveluita suunniteltaessa on tärkeää arvioida, miten esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden käyttö soveltuu palvelujärjestelmään, työntekijöiden asenteisiin ja taloudellisiin resursseihin. Vakavasti otettava kokemusasiantuntijatoiminta edellyttää huolellista koulutusta sekä asianmukaista korvausta työstä. Rajallisten taloudellisten resurssien vuoksi kokemusasiantuntijoiden tavoitteellinen käyttö vaatii harkintaa siitä, kuinka suuri osa mielenterveys- ja riippuvuushoidon resursseista kohdennetaan heille. Resurssien suuntaaminen toipumisorientaation implementointiin on kuitenkin perusteltua, sillä aidosti yksilöllinen hoito tukee asiakkaiden parempaa toipumista. Sijoittaminen toipumisorientaatioon on investointi kainuulaisten mielenterveyteen.

Havaitsin toipumisorientaation edistämässä samoja haasteita, joita asiantuntijat ovat aiemmin esittäneet, kuten ammattilaisten negatiiviset asenteet, tiedon ja osaamisen puutteet, muutosvastarinta (Nordling 2023, 60–61) sekä rooleihin ja käytäntöihin liittyvät haasteet (Piat ym. 2021). Haasteena on myös se, että toipumisorientaation omaksuminen ei motivoi työntekijöitä, jos he kokevat jo noudattavansa sen periaatteita työssään (Gilburt ym. 2013). Arvioni mukaan keskeisin haaste on toipumisorientaation käsitteen abstraktius ja laajuus, mikä luo monenlaisia muita haasteita. Abstraktin luonteensa vuoksi käsitteen omaksuminen on haastavaa, mikä estää sen hyötyjen selkeän tunnistamisen. Tämän seurauksena konkreettiset keinot toipumisorientaation soveltamiseksi työssä jäävät puutteellisiksi, mikä heikentää sen koettua merkitystä. Tämä puolestaan johtaa motivaatio-ongelmiin, jotka ilmenevät innostuksen puutteena, turhautumisena ja lopulta muutosvastarintana. Näihin haasteisiin on kuitenkin mahdollista löytää ratkaisuja.

Toipumisorientaatiokoulutus osoittautui kannattavaksi sijoitukseksi, joka toi monia hyötyjä. Koulutus lisäsi merkittävästi osallistujien toipumisorientaation tuntemusta ja osaamista. Koulutuksen jälkeen noin 80 % kyselyyn vastanneista koki toipumisorientaation tutuksi, kun ennen koulutusta vastaava osuus oli noin 15 %. Lähes kaikki koulutukseen osallistuneet pitivät toipumisorientaation käyttöönottoa tärkeänä ja hyödyllisenä. Koulutuksen myötä tunnistettiin lisää mahdollisuuksia

hyödyntää toipumisorientaatiota käytännön työssä. (Rapeli ym. 2024, 18–20.) Havaintojeni perusteella henkilöstön yhteinen ymmärrys toipumisorientaation mukaisesta toiminnasta parantui koulutuksen myötä merkittävästi. Arvioin koulutuksella olleen myös positiivisia vaikutuksia sekä työyksikkökohtaiseen että palvelualueen laajuiseen yhteistyöhön.

Toipumisorientaation edistäminen tarjoaa monia mahdollisuuksia, kuten asiakaslähtöisyyden parantamisen ja yksilöllisemmän toipumisen tukemisen. Tämä voi johtaa parempiin hoitotuloksiin ja korkeampaan asiakastyytyväisyyteen, mikä puolestaan lisää palveluiden tehokkuutta ja vähentää hoitojaksojen tarvetta. Lisäksi toipumisorientaation mukainen toiminta voi edistää henkilöstön hyvinvointia ja tuoda kustannussäästöjä. Tämän vuoksi Kainuun hyvinvointialueen olisi suositeltavaa panostaa joustaviin ja asiakkaiden tarpeita vastaaviin palveluihin, joissa toteutuu aito yhteistyö asiakkaiden kanssa (Jacobson & Greenley 2001; Brekke ym. 2018).

Toipumisorientaation onnistunut implementointi edellyttää muutamien keskeisten tekijöiden huomioimista. Määrätietoinen ja aktiivinen työskentely toipumisorientaation parissa on olennaista prosessin etenemiselle, sillä ilman tätä työskentelyä prosessi hidastuu tai pysähtyy. Muita tärkeitä tekijöitä ovat sitoutuminen, koulutus sekä yhteistyön ja verkostojen kehittäminen, unohtamatta johtamisen merkitystä. Rapeli, Sipilä ja Nordling (2024, 23–24) korostavat lisäksi tutkimustiedon, kokemustiedon sekä rakenteellisen suunnittelun merkitystä osana organisaatiokulttuuria. Toipumisorientaation käyttöönotto vaatii myös aikaa sekä toiminnan seuranta- ja arviointia. Toipumisorientaation siemen on alkanut itää kainuulaisissa mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa, mutta sen juurtumisesta on vielä liian aikaista puhua. Siksi on tärkeää, että työ toipumisorientaation implementoimiseksi Kainuun hyvinvointialueella jatkuu.

9.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet

Tässä opinnäytetyössä tehtyä kehittämistyötä voidaan hyödyntää monin tavoin. Työn teoriaosuus kokoaa yhteen Kainuun hyvinvointialueen toipumisorientaatiokoulutuksen tavoitteisiin liittyviä teemoja ja teorioita, jotka luovat vankan perustan toipumisorientaation keskeisille osa-alueille ja niiden mukaiseen työskentelyyn. Kattava tietoperusta tarjoaa pohjan toipumisorientaation ja riippuvuuksien teorioiden hyödyntämiselle mielenterveys- ja riippuvuushoidossa. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää toipumisorientaation implementoinnissa ja yksilöllisen toipumisorientaatioajattelun kehittämisessä sekä esimerkiksi perehdytyksessä, suunnittelussa, kehittämisessä, ohjeistusten ja käytäntöjen päivittämisessä sekä opiskelumateriaalina.

Toipumisorientaation implementointi on Kainuussa edelleen kesken. Tunnistin useita jatkokehittämismahdollisuuksia kehittämistyön aikana. Osallistavat kehittämistyöpajat ovat keino edistää toipumisorientaatiota työyksiköissä, ja tässä työssä esiteltyä työpajamallia voisi kehittää edelleen, jotta se vastaisi paremmin implementoinnin tavoitteisiin. Lisäksi työpajoille on tärkeää luoda jatkuvuutta, sillä yksittäisten koulutusten vaikutukset voivat jäädä lyhytaikaisiksi.

Ydinryhmällä on keskeinen rooli jatkuvuuden ylläpitämisessä. Ydinryhmän toimintaa voitaisiin kehittää luomalla sille selkeä toimintamalli, joka voisi sisältää tietoiskuja toipumisorientaation teorioista sekä ohjattuja keskusteluja sen käytännön soveltamisesta työyksiköissä. Toimintamallin tavoitteena olisi varmistaa, että ydinryhmässä tehty työ siirtyy kaikkien työntekijöiden käyttöön. Tämä on ratkaisevaa toipumisorientaation mukaisten palveluiden toteutumiseksi.

Kehittämistyössä olisi tärkeää huomioida yksilöllisen toipumisorientaatioajattelun kehittyminen. Tämän tueksi voitaisiin kehittää toimintamalli, joka vahvistaisi työyksikön toipumisorientaatiokulttuuria. Malliin voisi sisältyä säännöllisiä tapaamisia, joihin myös asiakkaat voisivat osallistua, jotta heidän näkemyksensä saataisiin paremmin esiin. Lisäksi työntekijöiden perehdytysprosessin kehittäminen ja perehdytysmateriaalin laatiminen ovat keskeisiä kehittämiskohteita. Tulevaisuudessa olisi myös tärkeää tutkia, kuinka hyvin toipumisorientaatio näkyy palveluissa. Tämä mahdollistaisi arvioinnin siitä, kuinka onnistuneesti toipumisorientaation periaatteet ovat juurtuneet käytännön työhön.

Keskityin käytännön työn kehittämisessä erityisesti Ryhmätalon toimintaan. Tunnistin kehittämisprosessin aikana asiakkaiden tuen tarpeita, joihin voidaan soveltaa toipumisorientaation periaatteita ja joiden avulla sen edistämistä voidaan lähestyä Ryhmätalon toiminnassa. Ensimmäiseksi olisi kuitenkin tärkeää määrittää, mitä toipumisorientaatio tarkoittaa toiminnan kannalta. Tämän jälkeen on olennaista tunnistaa konkreettiset keinot, joiden avulla toimintaa voidaan kehittää niin, että se vastaisi toipumisorientaation periaatteita tulevaisuudessa. Kehittämiskohteet voivat keskittyä joko ammattilaisten henkilökohtaiseen työskentelyyn tai henkilöstön yhteiseen toimintaan. On suositeltavaa edistää henkilöstön yhteistä näkemystä ja asettaa siihen liittyviä tavoitteita, sillä yhteisen toiminnan kautta toipumisorientaation mukainen työskentely voi integroitua osaksi jokaisen ammattilaisen työskentelyä. Seuraavaksi esitän lyhyesti joitakin ehdotuksia, joilla toipumisorientaatiota voisi edelleen vahvistaa Ryhmätalon toiminnassa.

Toipumisorientaation edistämistä Ryhmätalon toiminnassa voidaan tarkastella kolmella tasolla, joista ensimmäinen on yksilötaso. Yksilöllisen toipumisen tukemisessa voidaan hyödyntää toipu-

misorientaation keskeisiä osa-alueita (ks. luku 6.4) ja soveltaa niitä osaksi päivittäistä työtä. Kehittämistyöpajassa käynnistin keskustelun siitä, miten näitä osa-alueita voisi tuoda näkyvämmiin esille asiakastyössä. Työpajan ajatusta voidaan jatkaa, ja siihen liittyvää materiaalia on jo valmiina. Yksilötasolla on tärkeää pohtia konkreettisesti, mitä esimerkiksi osallisuuden lisääminen, elämän merkityksellisyyden vahvistaminen ja identiteetin tukeminen tarkoittavat käytännössä. Lisäksi on arvioitava, miten asiakkaita voidaan tehokkaasti tukea näissä prosesseissa.

Toinen taso on yhteisötaso. Ryhmätalolla järjestetään runsaasti ryhmätoimintaa, mikä luo otollisen ympäristön vertaistuen kehittämiseksi. Vertaistuki on keskeinen osa mielenterveys- ja riippuvuushoitoa, ja sen edistäminen oli myös yksi koulutuskokonaisuuden tavoitteista. Vertaistukea ja vertaisohjaajia hyödynnetään laajasti vastaavissa ympäristöissä, ja Ryhmätalon asiakkaille tulisi tarjota mahdollisuus toimia näissä rooleissa. Vaikka vertaisrooleja voi syntyä spontaanisti yhdessäolon ja vuorovaikutuksen kautta, ohjatulla toiminnalla voidaan laajentaa ja tehostaa vertaistuen vaikutuksia. Vastuullisemmat roolit voivat lisätä osallisuuden ja merkityksellisyyden tunnetta sekä tarjota sellaista tukea, jota ammattilaiset eivät pysty tarjoamaan. Vertaisohjaajat voisivat esimerkiksi osallistua ryhmien vetämiseen. Ryhmätalolla olisi tärkeää kehittää vertaistukijoiden ja -ohjaajien koulutusta, jotta he voisivat toimia tehokkaasti rooleissaan. Lisäksi ammatillisesti ohjatun vertaisryhmän perustaminen tarjoaisi asiakkaille mahdollisuuden jakaa elämänsä haasteita ja saada tukea toisiltaan.

Kolmas taso on Ryhmätalon ja ulkopuolisten toimintojen välinen yhteys. Ryhmätalolla tulisi kehittää asiakkaiden ohjautuvuutta ulkopuolisiin toimintoihin. Asiakkaita, joilla on potentiaalia ja halua edetä elämässään, tulisi tukea monipuolisesti kohti tavoitteitaan. Ilman tarjottuja mahdollisuuksia ja tukea heidän toipumisensa voi hidastua. Ryhmiä voidaan hyödyntää asiakkaiden ohjaamisessa ja tukemisessa ulkopuolisiin toimintoihin, mutta ihanteellista olisi vastata näihin tarpeisiin yksilöllisesti. Koska asiakkaiden elämäntilanteet vaihtelevat, henkilökohtainen tuki olisi tässä vaiheessa tehokkaampaa ja kohdennetumpaa. Asiakkaiden yksilöllisempi tukeminen on Ryhmätalolla mahdollista, mutta se, kuten muutkin tässä esitetyt ehdotukset, haastaa Ryhmätalon käytettävissä olevat resurssit. Asiakkaiden yksilöllinen tukeminen tarjoaisi erinomaisen mahdollisuuden hyödyntää kokemusasiantuntijoita. Myös yhteistyötä ulkopuolisten toimijoiden kanssa voitaisiin vahvistaa. Ryhmätalolla olisi edelleen varaa vahvistaa toipumisorientaatiota, esimerkiksi kehittämällä kuntoutuksen tavoitteellisuutta, säännöllistä arviointia, vastuun jakamista sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kattavasti päihderiippuvuutta, siihen liittyviä kognitiivisia ja psykologisia mekanismeja sekä erilaisia toipumisen vaihemalleja, joita voidaan hyödyntää päihderiippuvaisten kanssa tehtävässä työssä. Työssä korostetaan De Leonin (1996) teoriaan perustuvia päihderiippuvuudesta toipumisen vaiheita. De Leonin teoria ei ole tyhjentävä, eikä sen tarkoitus ole selittää toipumisprosessia täydellisesti. Sen avulla päihdepalveluita voidaan kuitenkin suunnitella ja toteuttaa tavalla, joka tukee yksilöllistä toipumista. Lisäksi se tarjoaa perustan päihderiippuvaisen toipumisprosessin ymmärtämiselle sekä interventioiden yksilölliselle suunnittelulle ja toteutukselle. De Leonin mallia käytetään Suomessa päihdepalveluissa, ja se on yksi vaihtoehto Kainuun päihdepalvelujen kehittämiseksi kohti yksilöllisempää ja toipumisorientaation mukaista hoitoa. Vaikkei malli ohjaisi koko hyvinvointialueen päihdepalveluja, se voi tukea jokaisen päihdetyötä tekevän ammattilaisen työtä. Myös muita tässä työssä esiteltyjä vaihemalleja voidaan hyödyntää asiakkaan kuntoutumisen ymmärtämisessä ja suunnittelussa.

Tärkeä kehittämiskohde, johon tässä opinnäytetyössä tai toipumisorientaatiokoulutuksessa ei juuri paneuduttu, on vertaistuen ja kokemusasiantuntijatoiminnan vahvistaminen. Kainuussa tämä työ on vasta alkutekijöissään, joten kehittämismahdollisuuksia on runsaasti. Jotta toipumisorientaatio voisi toteutua täydessä mitassaan, kokemusasiantuntijoiden aktiivinen hyödyntäminen on välttämätöntä. Vertaistuen merkitys on suuri minkä tahansa sairauden hoidossa, mutta vertaistuellisesta vapaaehtoistyöstä tulisi edetä askel pidemmälle ja kehittää kokemusasiantuntijatoimintaa niin, että kokemusasiantuntijat saisivat työstään asianmukaisen korvauksen.

Kokemusasiantuntijoiden käytön tulee olla laadukasta ja tarkoituksenmukaista. Kainuun hyvinvointialueen olisi suositeltavaa järjestää kokemusasiantuntijakoulutus itse, jotta mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluissa olisi osaavia kokemusasiantuntijoita alueen erityistarpeisiin. Koulutus ei tarkoittaisi vain kokemusasiantuntijoiden kouluttamista, vaan se tarjoaisi myös uuden tärkeän kuntoutumisportaan kainuulaisille mielenterveys- ja riippuvuuskuntoutujille.

Kokemusasiantuntijakoulutuksella ja sen yhteydessä toteutettavalla henkilökohtaiseen toipumisprosessiin syventyvällä työllä voi olla merkittävä ja käännteentekevä vaikutus yksilön toipumiseen, vastuunottoon ja voimaantumiseen. Kokemusasiantuntijuus voi auttaa yksilöä hyödyntämään omia vahvuuksiaan, löytämään uusia voimavaroja sekä vahvistamaan osallisuutta ja elämän tarkoitusta. Lisäksi se voi tarjota mahdollisuuden työllistymiseen. Tähän asti tällainen kuntoutusmahdollisuus on ollut kainuulaisilta mielenterveys- ja riippuvuuskuntoutujilta lähes saavuttamattomissa, sillä koulutukset ovat olleet yksittäisiä ja ulkopuolisten tahojen järjestämiä. Kokemusasiantuntijatoiminnalla tulisi olla selkeä paikka Kainuun mielenterveys- ja riippuvuuspalveluissa, ja sen toteutuminen vaatii sekä riittäviä resursseja että systemaattista kehittämistä.

9.5 Ammatillinen kasvu

Lopuksi on olennaista tarkastella opinnäytetyöprosessin aikana tapahtunutta ammatillista kehittymistä. Verratessa kehittämistyössä vaadittavia taitoja sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetensseihin voidaan todeta, että ne liittyvät ennen kaikkea tutkimukselliseen kehittämisen ja innovaatio-osaamiseen. Olen kehittänyt asiakastyön käytäntöjä ja menetelmiä vahvistaen ammattilaisten ajattelu- ja toimintatapoja hyödyntämällä sekä tutkimus- että kokemustietoa. Olen suunnitellut, toteuttanut ja arvioinut toimintaa tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Lisäksi olen soveltanut erilaisia menetelmiä sekä tuottanut ja analysoinut tietoa, jonka tavoitteena on ollut asiakkaiden hyvinvoinnin edistäminen. (Sosiaalialan AMK-verkosto 2023.) Opinnäytetyöprosessin myötä saavutin sosionomeilta edellytetyn TKI-osaamisen.

Tiedonhaku on ollut keskeinen osa koko prosessia. Tietoperustaa rakentaessani hyödynsin sekä tuttuja internetin tietolähteitä että uusia akateemisia alustoja, joihin tutustuin prosessin edetessä. Olen oppinut tunnistamaan ja arvioimaan luotettavia lähteitä sekä hyödyntämään niitä ammattimaisesti. Internetin laajat tietomäärät mahdollistavat aiheiden käsittelyn monipuolisesti ja yksityiskohtaisesti, ja ajoittain olen tähän houkutukseen sortunutkin. Tämän myötä olen oppinut huomattavasti tiedon kokoamisesta, jäsentämisestä ja rajaamisesta.

Kehittämistyö on vahvistanut projektinhallintataitojani, kuten aikataulutusta, kurinalaisuutta, suunnitelmallisuutta ja kokonaisuuksien hallintaa. Koska kyseessä on ensimmäinen opinnäytetyöprosessini, olen joutunut opettelemaan monia siihen liittyviä vaiheita. Prosessi kärsi siitä, etten kehittämistyön suunnitteluvaiheessa hahmottanut kaikkia sen vaiheita ja niiden sisältöä riittävän tarkasti. Tämän seurauksena prosessin vaiheisiin kului enemmän aikaa kuin alun perin arvioin. Tästä huolimatta prosessi toteutui lopulta suunnitellun aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyösuunnitelma ei sisältänyt tarkkaa kuvausta prosessista, vaan jätin tilaa jatkuvalle kehittämiselle sen edetessä. Tämä mahdollisti joustavat valinnat prosessin aikana, mutta samalla kehittämistyön tavoitteet eivät aina säilyneet täysin selkeinä. Jatkuva kehittäminen on parantanut arviointitaitojani, sillä kehitysprosessin muutokset ovat edellyttäneet jatkuvaa ja systemaattista arviointia. Prosessi on auttanut myös ymmärtämään, millaisia merkittäviä muutoksia uusien ajattelu- ja toimintatapojen sisäistäminen vaatii sekä yksilöiltä että organisaatiolta. Olen oppinut ymmärtämään paremmin myös haasteita, jotka liittyvät tämän mittaluokan kehittämistyöhön.

Olen kehittänyt taitojani teoreettisen tiedon soveltamisessa käytäntöön rakentamalla teoreettisen viitekehyksen huolellisesti ja suunnittelemalla toiminnalliset osuudet tiiviisti tietoperustaan

pohjautuen. Olen oppinut luomaan käytännön ratkaisuja, joiden vaiheet ja sisällöt ovat tieteellisesti perusteltavissa. Työskentelyni painopiste on ollut opinnäytetyön pääaiheiden teorioissa, ja olisin voinut keskittyä enemmän käytännön toteutuksia ohjaavien menetelmien teoreettisiin taustoihin. Tämä heijastaa suunnitelmallisuuden ja kokonaisuuden hahmottamisen puutteita opinnäytetyösuunnitelman laadintavaiheessa. Prosessi on ollut oppimiskokemus, jossa tehokkaammat toimintatavat ovat selkeytyneet vasta kokeilun ja oppimisen kautta. Toteutin kehittämistyön tutkimuksellisella lähestymistavalla, mikä on tarkoittanut tietoperustan tutkimista ja siihen syventymistä prosessin aikana. Tämä on kehittänyt merkittävästi taitojani tiedonhaussa ja tiedon analysoinnissa, vaikka työssä ei käytettykään suunniteltuja tutkimusmenetelmiä.

Viestintä- ja vuorovaikutustaitoni ovat myös kehittyneet merkittävästi prosessin aikana. Olen saanut tehdä yhteistyötä alan ammattilaisten kanssa, mikä on tarjonnut arvokasta oppia ja uusia näkökulmia. Vaikka työskentely on ollut enimmäkseen itsenäistä, siihen on sisältynyt myös moniammatillista yhteistyötä. Erityisesti koulutukseen ja ydinryhmätoimintaan liittyvät vuorovaikutteiset tilanteet ovat vahvistaneet yhteistyökykyäni sekä syventäneet taitojani toimia osana ammattilaisverkostoa. Kaiken kaikkiaan yhteistyö on toiminut prosessin aikana erittäin hyvin. Kehittämistyön myötä olen päässyt osaksi kainuulaisten mielenterveys- ja riippuvuustyön ammattilaisten joukkoa, mikä on ollut yksi tavoitteistani opintojeni aikana. Opinnäytetyö on tarjonnut mahdollisuuden toteuttaa ammatillisia tavoitteitani, verkostoitua ja osoittaa osaamistani alan ammattilaisille.

Puheenvuoron pitäminen sekä muut esiintymistilanteet ovat kehittäneet viestintä- ja esiintymistaitojani, joita minun on tärkeää kehittää edelleen, sillä ne ovat keskeisiä sosiaali- ja terveysalan asiakas- ja asiantuntijatyössä. Raportin kirjoittaminen on tukenut monipuolisesti kehittymistänialani asiantuntijaksi. Kirjoittaminen on syventänyt ja laajentanut ajatteluaani sekä kehittänyt taitoani raportoida selkeästi. Lisäksi se on vahvistanut kykyäni argumentoida ammattimaisesti ja perustella näkemyksiäni lähdeaineistoon tukeutuen.

Kokemustiedon hyödyntäminen on jalostanut kokemustiedosta ammattimaisen työvälineen ja selkeyttänyt kokemusasiantuntijuuden ja sosiaalialan ammattilaisuuden välistä suhdetta ammatillisessa identiteetissäni. Omien kokemusten esiin tuominen kymmenien alan ammattilaisten edessä oli rohkea päätös. Vaikka kokemustiedon käyttö ei ollut välttämätöntä, päätin olla kätkevä menneisyyttäni ja jatkaa aiemmin valitsemallani avoimella linjalla hyödyntäen kykyäni reflektoida omia kokemuksiani. Olen oppinut hyödyntämään omia kokemuksiani tehokkaasti pitäen niiden roolin kuitenkin tarkoituksenmukaisena ja tasapainoisena. Tällä on ollut merkittävä vaiku-

tus ammatillisen identiteettini kehittymiseen. Kokemustieto ja sen hyödyntäminen ovat vakiintuneet osaksi sosiaalialan asiantuntijan identiteettiäni prosessin aikana. Tämän kehitysprosessin merkitystä ei voi vähätellä, vaikka en alun perin sitä tietoisesti tavoitellutkaan.

Opinnäytetyöprosessin myötä ammatillinen identiteettini on vahvistunut. Itsenäinen työskentely ja vastuunotto laajamittaisen kehittämistyön toteutuksesta ovat lisänneet itseluottamustani sekä valmiuttani suunnitella ja toteuttaa vastaavia projekteja tulevaisuudessa. Olen nyt varmempi ja kokeneempi työskentelemään sosiaali- ja terveysalan kehittämiskohteiden ja koulutusten parissa. Prosessi on myös kehittänyt valmiuksiani toimia kouluttajan roolissa. Vaikka roolini koulutuksessa keskittyi tiettyihin osa-alueisiin, olen tarkastellut prosessia kokonaisvaltaisesti ja ollut kiinnostunut myös laajempien tavoitteiden saavuttamisesta oman työni ohella. Prosessi on tuonut esiin valmiuteni tarkastella ja analysoida laajempia kokonaisuuksia, ja samalla olen osoittanut kykeneväni keskittymään myös yksityiskohtiin. Koulutus on avannut uusia näkökulmia tuleviin rooleihin, joissa voisin toimia vastaavanlaisissa projekteissa.

Toipumisorientaatio on ollut kiinnostava aihe, ja sen syvälinen opiskelu on entisestään vahvistanut toipujälhtöistä näkökulmaani asiakastyössä. Kehittämisprosessi on monipuolistanut taitojani ja syventänyt ymmärrystäni asiakkaiden yksilöllisistä tuen tarpeista, joihin voin soveltaa toipumisorientaation periaatteita tehokkaammin. Prosessin aikana olen oppinut tunnistamaan erilaisia tuen muotoja sekä kehittämään tehokkaampia ja asiakaslähtöisempiä tapoja vastata asiakkaiden tarpeisiin. Lisäksi kehittämisprosessi on tarjonnut arvokasta oppia siitä, mitä kehittäminen ja kouluttaminen tarkoittavat kohderyhmän eli ammattilaisten näkökulmasta.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyö kiinnostaa minua edelleen, mutta kehittämistyö on laajentanut näkemyksiäni myös muihin mahdollisuuksiin. Olen ollut pitkään kiinnostunut kehittämisestä, ja tämä kiinnostus vaikutti päätökseeni tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut entisestään haluani jatkaa työskentelyä kehittämisen parissa, ja samalla se on laajentanut kehittämistyön näkökulmaa tuomalla siihen uuden kiinnostavan ulottuvuuden tutkimustyön muodossa. Erityisen mielenkiintoista on ollut perehtyä syvällisesti kehittämistyön teemoihin ja soveltaa niiden tietoa käytäntöön. Asioiden syvälinen ymmärtäminen kiinnostaa minua, ja opinnäytetyöprosessi on antanut viitteitä siitä, millaista tutkimustyö voisi olla. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut käsitystäni siitä, että voisin tulevaisuudessa jatkaa ammattitaitoni kehittämistä, mahdollisesti kehittämiseen suuntautuvien opintojen parissa.

Lähteet

- A 642/2023. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230642>
- Aalto, M. (2015a). Alkoholihaitat. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (13–14). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aalto, M. (2015b). Alkoholiriippuvuuden oireet. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (60–62). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aalto, M. (2015c). Alkoholiriippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (15–16). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ackerman, C. E. (2024). Cognitive Distortions: 22 Examples & Worksheets. PositivePsychology.com. Julkaistu 29.9.2017. Päivitetty 8.3.2024. Saatavilla 11.5.2024 <https://positivepsychology.com/cognitive-distortions/>
- Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (1981). *Nimettömät alkoholistit – Kertomus siitä miten sadattuhannet miehet ja naiset ovat toipuneet alkoholismista*. 5. painos. Helsinki: Suomen AA-kustannus ry.
- Aldao, A. & Mennin, D. (2014). Emotion Regulation. Teoksessa P. Emmelkamp & T. Ehring (toim.) *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*. (191–199). <https://doi.org/10.1002/9781118775349.ch12>
- Alkoholiongelmat. (2018). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla 29.2.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – 5th ed. Saatavilla 18.7.2024 [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
- American Psychological Association. (2023a). Ambivalence. APA Dictionary of Psychology. Saatavilla 27.6.2024 <https://dictionary.apa.org/ambivalence>
- American Psychological Association. (2023b). Projection. APA Dictionary of Psychology. Saatavilla 2.7.2024 <https://dictionary.apa.org/projection>
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (2020). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavilla 19.3.2024 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf>

- Anderson, C. (2024). Signs You've Hit Rock Bottom in Your Addiction and What To Do. American Addiction Centers. Saatavilla 13.5.2024 <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/rock-bottom>
- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. (2016). Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen lääkärilehti*, 71 (24), 1759–1764. Saatavilla 12.5.2024 <http://hdl.handle.net/10138/230006>
- Bailey, R. & Pico, J. (2023). Defense Mechanisms. StatPearls Publishing. Päivitetty 22.5.2023. Saatavilla 11.5.2024 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559106/>
- Bapat, M. (2022). What Does 'Hitting Rock Bottom' Mean for Substance Use and Addiction? GoodRx. Saatavilla 13.5.2024 <https://www.goodrx.com/conditions/substance-use-disorder/hitting-rock-bottom>
- Baumeister, R. F., Dale, K. & Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66(6), 1081–1124. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00043>
- Beresford, P. & Salo, M. (2008). *Kokemuksen muodonmuutos: kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 30. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Brown, R. T. (2014). Operant Conditioning. Teoksessa C. R. Reynolds, K. J. Vannest & E. Fletcher-Janzen (toim.) *Encyclopedia of Special Education*. <https://doi.org/10.1002/9781118660584.e5e1738>
- Burtonshaw-Gunn, S. A. (2012). Workshop Facilitation. Teoksessa S. A. Burtonshaw-Gunn (toim.) *The Essential Management Toolbox*. (333–347). <https://doi.org/10.1002/9781119208723.ch20>
- Caron-Flinterman, J. F., Broerse, J. E. W. & Bunders, J. F. G. (2005). The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science & Medicine*, 60(11), 2575–2584. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.023>
- Castrén, S. & Alho, H. (2020). Toiminnalliset riippuvuudet. *Yleislääkäri*, 35(8), 9–10.

- Cherry, K. (2023). Using Rationalization as a Defense Mechanism. Verywell Mind. Saatavilla 25.6.2024 <https://www.verywellmind.com/using-rationalization-as-a-defense-mechanism-7484497>
- Colla, R., Williams, P., Oades, L. G. & Camacho-Morles, J. (2022). "A New Hope" for Positive Psychology: A Dynamic Systems Reconceptualization of Hope Theory. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.809053>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131–145. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x>
- De Leon, G. (1996). Integrative Recovery: A Stage Paradigm. *Substance Abuse*, 17(1), 51–63. <https://doi.org/10.1080/08897079609444728>
- de Vries, J. M. A. & Timmins, F. (2016). Deception and self-deception in health care. *Nursing Philosophy*, 17(3), 163–172. <https://doi.org/10.1111/nup.12126>
- Destoop, M., Morrens, M., Coppens, V. & Dom, G. (2019). Addiction, Anhedonia, and Comorbid Mood Disorder. A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry* 10:311. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00311>
- Duodecim Terveyskirjasto. (2016). Ambivalenssi. Lääketieteen sanasto. Saatavilla 27.6.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00154>
- Ehrlich, C. & Fasbender, U. (2017). Approach-Avoidance Conflict. Teoksessa V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (toim.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. (1–7). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_729-1
- Eckholm, H. (2003). Minnesota-malli. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (235–241). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Erikson, E. H. (1982). *Lapsuus ja yhteiskunta*. 2., tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Eronen, S., Kalakoski, V., Kanninen, K., Kauppinen, L., Laarni, J., Paavilainen, P., Salo, S., Anttila, R., Kallio, M., Lähdesmäki, M., Oksala, E. & Stenius, M. (2005). *Persoona*. 1 – *Psykologian perusteet*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A. & Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: Evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>
- Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S. & Craig, T. K. J. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, 13, 167. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>

- Grahn, K., Kasila, K., Peränen, N., Savolainen, H. & Kettunen, T. (2021). Kehittäjäkumppanuus. Teoksessa T. Kettunen & K. Kasila (toim.) *Kokemustieto yhteiskehittämisessä: hyppy asiakaslähtöisyyteen terveystalveissa*. (34–74). <https://doi.org/10.17011/jyureports/2021/1>
- Granström, V. & Kuoppasalmi, K. (2003). Psykodynaaminen tausta. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (29–32). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Harmon-Jones, E. & Mills, J. (2019). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. Teoksessa E. Harmon-Jones (toim.) *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology*. 2. painos. (3–24). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000135-001>
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (2014). *Päihdehoitotyö*. 5.–8. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. (2010). *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Tammi.
- Hietala, O. & Rissanen, P. (2015). *Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta*. Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki: Unigrafia Oy.
- Holmberg, J. (2010). *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Holopainen, A. (2003). Päihdeongelma ja sosiaalinen syrjäytyminen. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (265–272). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huumeongelmat. (2022). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla 28.2.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Hyytiä, P. (2003). Perinnöllisyys. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (33–40). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Häkkinen, M. (2023). Huumeiden aiheuttama päihtymys, käytön ongelmat ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto. Lääkirikirja Duodecim. Saatavilla 13.7.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00414>
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isola, A.-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpöytä 33/2017. Terveystalveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482–5. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Jakonen, M. (2017). Vastatieto: tulevaisuuden asiantuntijuutta etsimässä. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu, 1/2017. Eduskunta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201703131629>

- Jellinek. (2021). Welke opvattingen zijn er over verslaving? Saatavilla 2.6.2024
<https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/welke-opvattingen-zijn-er-over-verslaving/>
- Jones, M. (2018). Kokemustiedon määriykset ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Teoksessa J. Toikkanen & I. A. Virtanen (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI – kokemuksen käsite ja käyttö*. (169–187). Rovaniemi: Lapland University Press.
- Kaarne, T. & Simojoki, K. (2015). Alkoholien käytön vaikutus työkykyyn ja työpanokseen. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (120). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kainuun hyvinvointialue. (2022). Kainuun hyvinvointialueen strategia 2022–2025. Saatavilla 29.8.2024 https://hyvinvointialue.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2023-01/Kainuun%20hva_strategia_2022-2025.pdf
- Kainuun hyvinvointialue. (N.d.a). Kajaanin ryhmätalo. Saatavilla 29.8.2024
<https://hyvinvointialue.kainuu.fi/toimipisteet/kajaanin-ryhmatalo>
- Kainuun hyvinvointialue. (N.d.b). Mikä Kainuun hyvinvointialue. Saatavilla 29.8.2024
<https://hyvinvointialue.kainuu.fi/mika-kainuun-hyvinvointialue>
- Kallio, L. & Kuosmanen, L. (2020). Yksilöllistä toipumista toipumisorientaation avulla. Saatavilla 2.3.2024 <https://a-klinikksaatio.fi/ajankohtaista/yksilollista-toipumista-toipumisorientaation-avulla/>
- Karvonen, R. (2012). Voimaantumisen osa-alueet. Teoksessa J. Heikkinen, S. Häkkinen, H. Ijäs, R. Karvonen, J. Kiiskilä, T. Larvi, M. Merentie, K. Mäntykivi, M. Nykänen, M. Sauvola, E. Seppälä, L. Veivo & K. Välimäki *MunReitti REITTIOPAS*. (17–19). Saatavilla 18.4.2024
https://luovi.fi/wp-content/uploads/2020/09/munreitti_matkaopas_www.pdf
- Kasila, K. & Kettunen, T. (2021). Kokemustietoon perustuva asiantuntijuus. Teoksessa T. Kettunen & K. Kasila (toim.) *Kokemustieto yhteiskehittämisessä: hyppy asiakaslähtöisyyteen terveyspalveluissa*. (10–16). <https://doi.org/10.17011/jyureports/2021/1>
- Kaufman, S. B. (2011). The Will and Ways of Hope. Saatavilla 16.6.2024 <https://www.psychologytoday.com/us/blog/beautiful-minds/201112/the-will-and-ways-hope>
- Ketola, M. (2024). Puheenvuoro toipumisorientaatiokoulutuksessa. Kainuun keskussairaala 28.2.2024. Kainuun hyvinvointialue & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kettunen, T., Grahn, K., Peränen, N., Savolainen, H. & Kasila, K. (2021). Yhteiskehittäminen. Teoksessa T. Kettunen & K. Kasila (toim.) *Kokemustieto yhteiskehittämisessä: hyppy asiakaslähtöisyyteen terveyspalveluissa*. (17–33). <https://doi.org/10.17011/jyureports/2021/1>
- Kettunen, T. & Kasila, K. (2021). Kokemustietoon perustuva yhteiskehittäminen tuottaa asiakaslähtöisyyttä. Teoksessa T. Kettunen & K. Kasila (toim.) *Kokemustieto yhteiskehittämisessä: hyppy asiakaslähtöisyyteen terveyspalveluissa*. (112–115). <https://doi.org/10.17011/jyureports/2021/1>

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Kiianmaa, K. (2003). Alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (120–131). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiianmaa, K. (2015a). Alkoholi ja muut riippuvuudet: riippuvuusriski. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (35–36). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiianmaa, K. (2015b). Alkoholiriippuvuus ja sen kehittyminen. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3., uudistettu painos. (36–37). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiianmaa, K. (2015c). Psykkinen ja fyysinen riippuvuus alkoholista. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & L. Lindroos (toim.) *Alkoholiriippuvuus* 3., uudistettu painos. (37–38). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. (2003). Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (110–119). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kinnula, S. (2024). Palveluesihenkilö. Sähköposti 5.4.2024.
- Kirouac, M. & Witkiewitz, K. (2017). Identifying "Hitting Bottom" Among Individuals with Alcohol Problems: Development and Evaluation of the Noteworthy Aspects of Drinking Important to Recovery (NADIR). *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1602–1615.
- Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R. & Kim, H. S. (2023). Toward an Experience-Based Model of Recovery and Recovery-Oriented Practice in Mental Health and Substance Use Care: An Integration of the Findings from a Set of Meta-Syntheses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(16), 6607. <https://doi.org/10.3390/ijerph20166607>
- Kokkonen, M. (2017). *Ihastuttavat, vihastuttavat tunteet: opi tunteiden säätelyn taito*. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kokkonen, M. & Kinnunen, M.-L. (2008). Tunteiden säätely terveyden osatekijänä. *Suomen Lääkärilehti*, 63(51–52), 4541–4548. Saatavilla 6.7.2024 <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/93539>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Korkeila, J. (2017). Toipumisorientaation paluu. *Suomen Lääkärilehti*, 72(49), 2865. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/28/28/899/sll492017-2865.pdf>

- Koski-Jännes, A. (1998). *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava.
- Koski-Jännes, A. & Korkeila, J. (2021). Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet. Päihdelinkki. Päivitetty 3.2.2021. Saatavilla 5.3.2024 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/toiminnalliset-riippuvuudet/aine-ja-toiminnalliset-riippuvuudet>
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L., Saarnio, P. & Lahti, J. (2008). *Kohti muutosta: Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi.
- Kotovirta, E., Markkula, J., Pajula, M., Paavola, M., Honkanen, R. & Tuominen, I. (2021). *Päihde- ja riippuvuusstrategia – Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>
- Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. (1994). *Neuropsykologian perusteet*. 3. painos. Helsinki: WSOY.
- Kupias, P. & Koski, M. (2012). *Hyvä kouluttaja*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuusisto, K. (2010). Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen – Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7957-1>
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- L 1326/2010. Terveystuololaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laine, E. (N.d.). Raittius ei oo kirokana. A-klinikasäätiö. Saatavilla 17.6.2024 <https://nuortenlinkki.fi/tietopiste/tietoartikkelit/alkoholi/raittius-ei-oo-kirosana/>
- Laine, V. & Vilkkö-Riihelä, A. (2006). *Mielen maailma 4 – Tunteet, motiivit ja taitava ajattelu*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Laitila, M. (2019). Toipumisorientaatio riippuvuus- ja mielenterveystyössä. A-klinikasäätiö. Saatavilla 17.6.2024 <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihde- ja riippuvuusstrategia- ja- koulutus/toipumisorientaatio-riippuvuus- ja- mielenterveystyossa/>
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. (2008). *Haasteena päihde. Ammatillisen päihdetyön perusteita*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Saatavilla 13.6.2024 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131350/YP1605_Leemann&Hamalainen.pdf
- Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R.-M. (2015). Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 13.6.2024 https://thl.fi/documents/155392151/190140732/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf
- Levy, N. (2003). Self-Deception and Responsibility for Addiction. *Journal of Applied Philosophy*, 20(2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00242>
- Luukkonen, P. (2011). *50+ defenssiä – näin mieli suojaa itseään*. 3., tarkistettu painos. Helsinki: Psykopatologia.
- Mahon, J. E. (2008). Two Definitions of Lying. *International Journal of Applied Philosophy*, 22(2), 211–230. <https://doi.org/10.5840/ijap200822216>
- Manual for Alcoholics Anonymous, A (the 1940 Akron Manual). (N.d.). Saatavilla 18.9.2024 <https://aainthedesert.org/wp-content/uploads/2019/01/A-MANUAL-FOR-ALCOHOLICS-ANONYMOUS-1940.pdf>
- Martin, M. & Nordling, E. (2021). Toipumisorientaation toimintamallien implementoinnin edellytykset, mahdollisuudet ja haasteet. Teoksessa M. Martin, E. Nordling, K. Soronen & E. Savelius-Koski (toim.) *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä: Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio*. (100–102). Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>
- Martin, M., Nordling, E., Soronen, K. & Savelius-Koski, E. (toim.). (2021). *Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä: Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio*. Työpaperi 21/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>
- Martin, M. & Soronen, K. (toim.). (2022). *Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8. Lapin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>
- McConnell, B. L. & Miller, R. R. (2010). Pavlovian Conditioning. Teoksessa I. B. Weiner & W. E. Craighead (toim.) *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0648>
- Meriluoto, T. (2015). Tuumasta toimeen: mitä osallisuus ja kokemusasiantuntijuus on arjessa? Teoksessa T. Meriluoto, L. Marila-Penttinen & E. Lehtinen *Osallisuus. Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja*. (52–97). Ensi- ja turvakotien liitto.

- Meriluoto, T. & Marila-Penttinen, L. (2015a). Mikä osallisuus, mikä kokemusasiantuntijuus? Teoksessa T. Meriluoto, L. Marila-Penttinen & E. Lehtinen *Osallisuus. Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja*. (6–37). Ensi- ja turvakotien liitto.
- Meriluoto, T. & Marila-Penttinen, L. (2015b). Mitä osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden toteutumiseen tarvitaan? Teoksessa T. Meriluoto, L. Marila-Penttinen & E. Lehtinen *Osallisuus. Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja*. (38–51). Ensi- ja turvakotien liitto.
- Mielenterveyden keskusliitto ry. (2021). Voimavaravalmennuksen työkirja. Saatavilla 14.4.2024 <https://www.mtkl.fi/materiaalipankki/voimavaravalmennuksen-kasikirja/>
- Niemelä, S. (2018). Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma. Saatavilla 11.5.2024 <https://www.kaypahoito.fi/nix02543>
- Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 134(15), 1476–83.
- Nordling, E. (2023). *Toipumisorientaatio mielenterveystyössä*. Helsinki: Edita Publishing.
- Nordling, E. (2024). Puheenvuoro toipumisorientaatiokoulutuksessa. Kainuun keskussairaala 28.2.2024. Kainuun hyvinvointialue & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nordling, E. & Rissanen, P. (2020). *Mielenterveystyö uudistuu – Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat*. Työpaperi 40/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-591-9>
- Peters, U. (2022). What Is the Function of Confirmation Bias? *Erkenntnis* 87, 1351–1376. <https://doi.org/10.1007/s10670-020-00252-1>
- Petit, G., Luminet, O., Maurage, F., Tecco, J., Lechantre, S., Ferauge, M., Gross, J. J. & de Timary, P. (2015). Emotion Regulation in Alcohol Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2471–2479. <https://doi.org/10.1111/acer.12914>
- Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C. & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, 10, 134. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0>
- Poikolainen, K. (2003a). Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (76–82). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Poikolainen, K. (2003b). Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2., uudistettu painos. (42–46). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pylkkänen, K. (2013). Riippuvuudet markkinailmiöinä. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.) *Pääasiana alkoholi – Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040*. (104–107). Kööpenhamina: H. Lundbeck Ab.

- Rahapeliongelma. (2023). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla 2.6.2024
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50135>
- Raivio, H. & Karjalainen, J. (2013). Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa T. Era (toim.) *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa?* (12–34). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-280-6>
- Rapeli, S., Sipilä, N. & Nordling, E. (2024). Toipumisorientaation käyttöönoton kulmakivet – Huomioita toipumisorientaation koulutusprosessista Kainuun mielenterveys- ja päihdepalveluissa vuonna 2024. Työpaperi 58/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-399-7>
- Ruhl, C. (2023). Cognitive Bias: How We Are Wired To Misjudge. Saatavilla 25.6.2024
<https://www.simplypsychology.org/cognitive-bias.html>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
- Shih, E. W. & Davis, E. L. (2020). Emotion Regulation. Teoksessa K. Sweeny, M. L. Robbins & L. M. Cohen (toim.) *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. (131–139).
<https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch59>
- Siitonen, J. (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto <https://urn.fi/URN:ISBN:951425340X>
- Sosiaalialan AMK-verkosto. (2023). Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit. Saatavilla 19.3.2024 <https://www.sosiaalialanamkverkosto.fi/wp-content/uploads/2023/04/SOSIAALIALAN-AMMATTIKORKEAKOULUTUKSEN-KOMPETENSSIT-2023.pdf>
- Stenberg, J.-H., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., Holi, M. & Joffe, G. (2013). *Irti masennuksesta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Suomen Klubitalot. (N.d.). Klubitalot Suomessa. Saatavilla 17.6.2024
<https://suomenklubitalot.fi/yhteystiedot/klubitalot-suomessa/>
- Suomen Päihderiippuvaiset ry. (2019). Opas päihderiippuvuuden ja läheisten hoitoon. Saatavilla 13.7.2024
https://www.paihderiippuvaiset.fi/Opas_paihderiippuvuuden_ja_laheisten_hoitoon.pdf
- Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T. & Ikonen, J. (2021). Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-698-5>
- Taurino, A., Antonucci, L. A., Taurisano, P. & Laera, D. (2021). Investigating defensive functioning and alexithymia in substance use disorder patients. *BMC Psychiatry*, 21, artikkeli nro 337. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03340-w>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023a). *Osallisuuden edistäjän opas*. Ohjaus 10/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-088-0>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023b). Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi. Saatavilla 24.7.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys-eli-mielen-hyvinvointi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Asiakasosallisuuden johtaminen sosiaali- ja terveystalveissa. Saatavilla 1.6.2024 <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/asiakasosallisuuden-johtaminen-sosiaali-ja-terveyspalveluissa>
- Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. 3. korjattu painos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>
- Tolonen, J., Tölli, S. & Kiviniemi, L. (2022). Tutkimus INSPIRE-mittarin käytettävyydestä mielenterveystyössä. *Kuntoutus*, 45(1), 29–38. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.115397>
- Tuloisela-Rutanen, M.-S. (2012). Elämäkokemukset ja koherenssin tunne – typologinen tutkimus Grounded theory -metodologiaa soveltaen. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/84858/AnnalesC348Tuloisela-Rutanen.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Toinen, uudistettu painos. Saatavilla 18.3.2024 https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Saatavilla 22.3.2024 https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Twerski, A. J. (2014). *Riippuvuusajattelu – itsepetoksen ymmärtäminen*. Kuopio: Scanria Oy.
- Vahtivaara, J.-M. (2010). Kokemustieto – vertaistuesta vaikuttamiseen. Teoksessa T. Laatikainen (toim.) *Vertaistoiminta kannattaa*. (21–24). Helsinki: Asumispalvelusäätö ASPA.
- Vennik, F. D., Adams, S. A., Faber, M. J. & Putters, K. (2014). Expert and experiential knowledge in the same place: Patients' experiences with online communities connecting patients and health professionals. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.02.003>

- Vilkka, H. (2021). *Näin onnistut opinnäytetyössä – Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.
- Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
- VrijBaan. (2019). Empowerment methode handboek. Saatavilla 18.4.2024 <https://www.vrijbaan.nl/wp-content/uploads/2020/02/2019-VrijBaan-handboek-Introductie-en-index2.pdf>
- Vuori, J. (2021). Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 9.10.2024 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimuseiikka/tutkimuseiikka-ihmistieteissa/>
- Vuorinen, T. & Huikkola, T. (2023). *Strategiakirja – 25 työkalua*. Helsinki: Alma Talent.
- West, R. & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction*. 2. painos. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Whitelaw, S., Baldwin, S., Bunton, R. & Flynn, D. (2000). The status of evidence and outcomes in stages of change research. *Health Education Research*, 15(6), 707–718. <https://doi.org/10.1093/her/15.6.707>
- Wise, R. A. & Jordan, C. J. (2021). Dopamine, behavior, and addiction. *Journal of Biomedical Science*, 28, artikkeli nro 83. <https://doi.org/10.1186/s12929-021-00779-7>
- World Health Organization. (2004). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Vuoden 2004 uusintapainos. Geneva: World Health Organization. Saatavilla 2.6.2024 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

Kansikuvan lähteet

Muokattu kuvista:

- Renata. (N.d.). Vast land covered with gravel and moss in Iceland on cloudy day [kuva]. Adobe Stock. Saatavilla 26.10.2024 <https://stock.adobe.com/fi/images/vast-land-covered-with-gravel-and-moss-in-iceland-on-cloudy-day/568524280>
- Wiken, J. A. (N.d.). Road to recovery text engraved on wooden signpost outdoors in nature [kuva]. Adobe Stock. Saatavilla 23.3.2024 <https://stock.adobe.com/fi/images/road-to-recovery-text-engraved-on-wooden-signpost-outdoors-in-nature-panorama-format/410432306>

Työn tekemiseen on hyödynnetty seuraavia apuvälineitä:

ChatGPT. (2024). OpenAI. GPT-4. Käytetty kielenhuoltoon, 6–11/2024. <https://chatgpt.com/>