

Jokainen ihminen on laulun arvoinen

Perehdytysmateriaalia kuntoutustiimille

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos
Sosionomi AMK
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipedagoginen aikuistyö
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Sanna Roine
Laura Virtanen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

ROINE, SANNA & VIRTANEN, LAURA: Jokainen ihminen on laulun arvoinen
Perehdytysmateriaalia kuntoutustii-
mille

Sosiaalipedagogisen aikuistyön opinnäytetyö, 53 sivua, 2 liitettä

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän alaisuudessa toimivalle kahdeksan kuntaa käsittävälle kuntoutustiimille yhteinen perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys. Tavoitteena oli valmistaa laadukasta, työelämälähtöistä perehdytysmateriaalia uusille työntekijöille, opiskelijoille ja yhteistyökumppaneille, sillä kuntoutustiimi oli tyytymätön aiempaan perehdytysmateriaaliin ja koko tiimin käsittävä materiaali uupui kokonaan.

Aineistoa kerättiin kahden teematapaamisen avulla, joissa koko tiimi kerääntyi yhteen. Teematapaamisten aikana kartoitettiin tiimin ajatuksia perehdytyksestä ja siitä, miten perehdytys on aiemmin hoidettu sekä selvitettiin, millaista tiimin työ on käytännössä asiakkaiden kanssa. Tapaamisten avulla tiimillä oli mahdollisuus vaikuttaa perehdytysmateriaalin sisältöön.

Opinnäytetyön tietoperusta on rakentunut päihde- ja mielenterveystyöstä, kuntoutukselta, perehdyttämisestä ja sosiaalipedagogiikasta. Tietoperustan lisäksi olemme tässä opinnäytetyössä avanneet perehdytysmateriaalin tuotteistamisprosessin.

Perehdytyskansion muodostaa viisi osa-aluetta: perehdytys, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän esittelyä, peruspalvelukeskus Aavan esittely, kuntoutustiimin esittely sekä työn taustatiedot. Perehdytyskansio on suunnattu tiimiin tuleville opiskelijoille sekä uusille työntekijöille ja sen tarkoituksena on antaa perustiedot tiimissä tehtävästä työstä sekä taustatietoa työskentelyyn vaikuttavista asioista. PowerPoint-esitys on koottu perehdytyskansion pohjalta ja se on kohdennettu yhteistyökumppaneille sekä isompia tilaisuuksia varten. PowerPoint-esityksen pääpaino on esitellä tiimin kohderyhmää ja tiimin tarjoamia palveluita.

Avainsanat: päihdetyö, mielenterveystyö, kuntoutus, perehdyttäminen

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services

ROINE, SANNA & VIRTANEN, LAURA: Everyone deserves a song
Orientationmaterial for rehabilitation
team

Bachelor's Thesis in Social Services

53 pages, 2 appendices

Autumn 2010

ABSTRACT

The purpose of this functional thesis was to produce an orientation folder and a Power-Point -slideshow for a rehabilitation team which reaches eight towns and functions under Päijät-Häme's social and health association. The goal was to produce high-class, working life based orientation material to new employees, students and association partners because the rehabilitation team was unsatisfied with their previous orientation material and there wasn't any material that would include all of the eight towns.

Material for the folder and the slideshow were gathered in two theme meetings. In these meetings we researched the team's thoughts about orientation, how they had organized it before and what the work is in the team with their clients. Due to the meetings the team had a chance to influence the content of the orientation material.

The knowledge basis of this thesis consists of intoxicant and mental health work, rehabilitation, orientation and social pedagogy. Besides, in the knowledge basis of this thesis we have described productization of the orientation material.

There are five sectors in the orientation folder: orientation, presentation of Päijät-Häme's social and health company, presentation of service center Aavas, presentation of the rehabilitation team and information behind the work. The orientation folder is for new employees and students in the team. Its purpose is to give basic information concerning the work in the team and information behind it. The PowerPoint slideshow has been assembled from the orientation folder and it is for new association partners and bigger events. The purpose of the slideshow is to show-case the team's target group and the services they offer.

Key words: intoxicant job, mental health work, rehabilitation, orientation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Päihteet	3
2.1.1	Päihdeongelmat	4
2.1.2	Päihdetyö	8
2.2	Mielenterveys	9
2.2.1	Mielenterveysongelmat	9
2.2.2	Mielenterveystyö	14
2.3	Kuntoutus	15
2.3.1	Kuntoutujakeskeinen työskentely	17
2.3.2	Päihde- ja mielenterveyskuntoutuja	19
2.4	Sosiaalipedagogiikka kuntoutustiimissä	21
2.5	Perehdytys	26
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	29
4	PROSESSIN KUVAUS JA TUOTTEISTAMINEN	30
4.1	Yhteistyökumppani	31
4.2	Suunnittelu	32
4.3	Projektina perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys	33
4.3.1	Materiaalin hankinta	34
4.3.2	Viimeistely ja lopulliset tuotokset	37
5	POHDINTA	40
5.1	Tavoitteiden saavuttaminen	40
5.2	Tuotteiden arviointi	41
5.2.1	Hyödynnettävyys	42
5.2.2	Luotettavuus	43
5.3	Kehittämisideat	44
5.4	Oma oppiminen	44
5.5	Jatkotutkimusideat	46
	LÄHTEET	48
	LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä aloitti toimintansa vuonna 2007. Yhtymä toimii erikoissairaanhoidon, sosiaali- ja perusterveydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon alueella. Yhtymän tarkoituksena on järjestää tarpeeseen vastavia, kustannustehokkaita ja asiakkaiden toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä sosiaali- ja terveystyhtymä palveluja. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä 2009, 1; 3.) Yhtymän alla toimii peruspalvelukeskus Aava, joka tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- sekä keskitetyt palvelut kahdeksan kunnan alueella. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä a). Aavan alaisuudessa toimiva kuntoutustiimi tuottaa näiden kahdeksan kunnan alueella päihde- ja mielenterveyspalveluita, joiden tavoitteena on tukea ja ohjata päihde- ja mielenterveyskuntoutujia asiakkaan omassa kodissa (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä b).

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda kuntoutustiimille tiimin toiveiden mukaisesti perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys. Työturvallisuuslain (2002) mukaan työntekijä tulee perehdyttää työhön, työpaikan olosuhteisiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja turvallisiin työtapoihin ennen työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävän muuttuessa. Työnantajalla on vastuu perehdyttämisestä, jonka tulee sisältää muun muassa tarpeelliset tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Kuitenkin käytännössä perehdyttämisen hoitaa yleensä vastaavassa työtehtävässä toimiva henkilö. Perehdytyskansion ja PowerPoint-esityksen avulla tiimi saa uusia työntekijöitä, opiskelijoita ja yhteistyökumppaneita varten perehdytys- ja esittelymateriaalia, joiden tarkoituksena on tukea tiimissä tehtävään työhön tutustumista.

Aineistoa perehdytyskansiota ja PowerPoint-esitystä varten kerättiin teematapaamisten avulla keväällä 2010. Teematapaamisten aiheina oli perehdytys ja tiimissä tehtävä työ käytännön tasolla. Aihealueet pyrittiin laatimaan niin, että tapaamisten pohjalta rakennettu perehdytysmateriaali eli kansio ja esitys vastaisivat mahdollisimman monipuolisesti tiimin tarpeisiin ja toiveisiin sekä antaisivat kokonais kuvan tiimin työskentelyn kulmakivistä.

Teoriaosuuden keskeisimmät käsitteet ovat päihdeet ja mielenterveys, kuntoutus, sosiaalipedagogiikka sekä perehdyttäminen. Kolme ensimmäistä kuvaavat kuntoutustiimissä tehtävää työtä ja muodostavat siten perehdytyskansion ja PowerPoint -esityksen pohjan. Sosiaalipedagogista viitekehystä on käytetty tarkasteltaessa tiimin työskentelyä asiakkaiden parissa. Perehdytys ja sen tarkoitus tuovat teorian käytännön tasolle ja osaksi työelämää. Lisäksi työ sisältää kuvauksen kansion ja esityksen tekoprosessista eri työvaiheineen sekä perehdytyskansion ja PowerPoint-esityksen liitteenä.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä käytettävät teoreettiset lähtökohdat pyrkivät kuvaamaan niitä ominaispiirteitä, joita kuntoutustiimin työntekijät kohtaavat jokapäiväisessä työssään päihde- ja mielenterveyskuntoutujien parissa. Teoreettiset lähtökohdat kiinnittyvät sosiaalipedagogiseen viitekehukseen, mikä näkyy osana työntekijöiden työorientaatioita.

2.1 Päihteet

Monella kuntoutustiimin asiakkaista on tai on ollut päihteiden käytössä ongelmia, ja ovat päihteiden väärinkäytön vuoksi hakeneet hoitoapua (Teematapaaminen 2 2010). Päihde on aine, joka vaikuttaa keskushermostoon. Ja sitä käytetään sen psyykkisten vaikutusten vuoksi esimerkiksi mielihyvän saavuttamiseksi. Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita sekä yhdisteitä tai luonnontuotteita, joita voidaan käyttää niin päihtymis-, piristymis- kuin huumausainetarkoituksessa. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 40.) Päihteet on mahdollista jaotella eri tavoin, mutta laajasti määriteltynä päihteiksi voidaan katsoa kuuluvaksi kaikki ne aineet, jotka elimistöön joutuessa aiheuttavat päihtymyksen tunteen tai humalatilaa. Näin määriteltynä tupakka, alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, tekniset liuottimet, anaboliset steroidit sekä huumeet ovat päihteiksi luokiteltavia psykoaktiivisia aineita.

Päihteet ovat vaikutuksiltaan erilaisia. Päihteet voivat saada aikaan sekä euforian tunnetta että apatiaa, harhoja tai muutosta sosiaalisissa kyvyissä (Huttunen 2010a). Kuntoutustiimin asiakkaista yleisimmät päihteet ovat alkoholi, tupakka ja erilaiset lääkkeet. Sen sijaan huumausaineiksi luokiteltavia aineita kuten kannabis, opiaatit, amfetamiini, kokaiini ja näiden johdannaiset, LSD ja tekniset liuottimet ovat vähemmän tavattavia päihdeongelman syitä asiakaskunnassa. (Teematapaaminen 2 2010.) Huumausaineiden käyttö ja hallussapito ovat Suomen lain mukaan rangaistavia (Huumausainelaki 1993/1289).

2.1.1 Päihdeongelmat

Päihteitä voidaan käyttää eri tavoin riippuen päihteestä. Käyttötapoja ovat esimerkiksi suun kautta pureskellen, imemällä, nielemällä, nuuskaamalla, polttamalla tai imeyttämällä limakalvolta, sisään hengittämällä eli haistelemalla sekä suonensisäisesti ja lihaksien kautta muun muassa pistämällä. Käyttötapaan liittyy olennaisesti päihteen olomuoto sekä käyttäjän fyysinen terveydentila. Käyttötavoista riippuen on muistettava päihteenkäytön vaikutusten lisäksi käyttötavan seuraukset terveydelle. Suonensisäinen käyttö lisää muun muassa erilaisten tarttuvien tautien kuten maksasairauksien ja bakteeritulehdusten riskiä, sekä hengitysteitse käytettävien päihteen vaikutukset hengityselimiin.

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan pakonomaista päihteen käyttöä. Henkilö ei tällöin pysty hallitsemaan päihteen käytön määrää eikä näin ollen ole kykenevä lopettamaan päihteen käyttöä itsenäisesti. (Saarelainen ym. 2003, 42.) Ongelmakäyttö ja päihderiippuvuus syntyvät monesti vähitellen, vuosien aikana. Ihmiset eivät käytä päihteitä saadakseen niistä terveydellisiä tai muita haittoja, mutta niiden ilmeneminen on pitkässä ja runsaassa käytössä hyvin todennäköistä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 31.) Ongelmakäyttö leviää useasti koskettamaan yksilön elämän eri tahoja ja kokonaisvaltaisesti yksilön eri ulottuvuuksia. Päihteen ongelmakäyttö on sidoksissa niin yksilön henkisiin, psykologisiin kuin myös sosiaalisiin ja fyysisiin tahoihin (Saarelainen ym. 2003, 42.) Kaikille päihteistä ei muodostu pakottavaa tarvetta ja ongelmakäyttöä, vaan käyttö pysyy rajoitettuna ja hallittuna käyttönä.

Päihteen väärinkäytöllä tarkoitetaan alkoholin runsaan käytön lisäksi myös sekä huumausaineiden käyttöä että lääkkeiden väärinkäyttöä. Lääkkeiden väärinkäyttöä katsotaan päihdekäytöksi silloin kun yksilö tietoisesti käyttää esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä päihtymistarkoituksessa tai olotilan muuttamiseksi päihtymystilaksi. Tavallisesti lääkkeiden päihdekäytön yhteydessä käytetään myös muuta päihdettä, jolloin käyttö voidaan katsoa sekakäytöksi. Lisäksi lääkkeiden väärinkäytöksi luetaan lääkkeen käyttötavan muuttaminen päihtymystilan saavuttamiseksi. Lääkkeiden väärinkäytöksi katsotaan myös sellaisten lääkkeiden käyttö, joka on hoidollisesti tarpeetonta tai lääkkeiden pakonomaista käyttöä riippumatta käytön

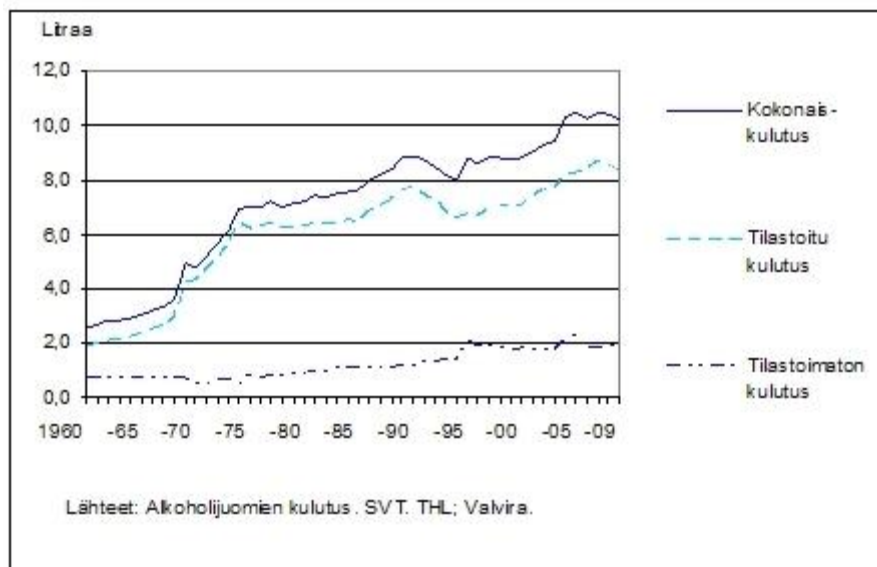
aiheuttamista haitoista sekä terveydellisesti että sosiaalisesti. Yleisimmät väärinkäytetyt lääkkeet ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet sekä kivun ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit ja muut lääkkeet. (Huttunen 2010b.) Käytön välittömät vaikutukset ovat riippuvaisia käytetyistä lääkkeistä ja muista päihdyttävistä aineista. Muutokset voivat olla esimerkiksi jännityksen ja ahdistuksen lieventyminen, rentoutuminen tai mielialan kohoaminen.

Usealla asiakkaalla on lääkärin määräämiä lääkkeitä erilaisten sairauksien hoitoon, esimerkiksi kivun hoidossa on vahvoja särkylääkkeitä sekä mielenterveyskuntoutujilla psykiatrisia lääkkeitä (Teematapaaminen 2 2010). Lääkkeiden väärinkäytöstä seuraa useimmille henkilöille vieroitusoireita, jos lääkkeen käyttömäärää vähennetään. Vieroitusoireet ovat sidoksissa riippuvuuden kehittymiseen ja sen joko psykologiseen tai fysiologiseen riippuvuuteen. Fysiologisen riippuvuudessa henkilön kyky sietää lääkkeen vaikutuksia on kohonnut ja hänellä ilmenee lääkkeen käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriaikaisia vieroitusoireita. Lääkeriippuvuus voi ilmetä myös ilman merkittävää toleranssia tai vieroitusoireita, jolloin riippuvuus on psykologista riippuvuutta ja perustuu aineen kykyyn tuottaa hyvää oloa tai muita toivottuja psyykkisiä vaikutuksia. (Huttunen 2010b.) Pitkäaikaisia lääkkeiden väärinkäytön, sekakäytön ja päihdekäytön seurauksia voivat olla esimerkiksi ahdistuneisuus, paniikkiherkkyys, masennus, lihaksistossa tapahtuvat muutokset, tasapainohäiriöt, muistiin ja keskittymiskykyyn liittyvät häiriöt, erilaiset kiputilat, vatsavaivat ja muut sisäelimelliset vaivat. (Irti Huumeista ry.)

Alkoholin käytöllä on samankaltaisia vaikutuksia kuin muillakin päihdyttävillä aineilla. Alkoholin käyttö vaikuttaa psykomotorisiin taitoihin kuten tasapainoon ja liikkumiseen, hidastaa reaktionopeutta, heikentää ymmärryskykyä ja saa aikaan muutoksia tunne-elämässä esimerkiksi vaikuttamalla yleisesti mielialaan ja sosiaalisuuteen. (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Graham, Grube, Gruenewald, Hill, Holder, Homel, Österberg, Rehm, Room, & Rossow 2003, 22.) Alkoholi lamaannuttaa keskushermostoa, saaden aikaan jännittyneisyyden estojen vähentymisen. Humaltumiseen ja humalan voimakkuuteen vaikuttavat yksilön synnynnäinen sietokyky sekä alkoholiin tottuminen. Alkoholin sietokyky kasvaa jos alkoholia käyttää pidempään ja runsaasti. Puhutaan alkoholitoleranssista. Sie-

tokykyyn vaikuttavat monet eri tekijät muun muassa vireystila, ravinto ja lääkeaineiden käyttö. (Lindroos 2006.)

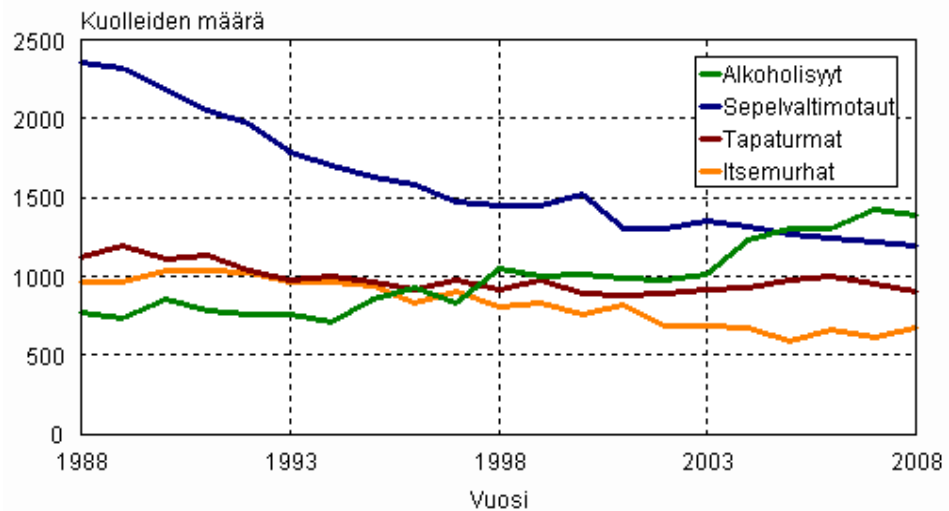
Alkoholin käytön seurauksena on epämiellyttävä jälkitila, josta puhutaan krapulana. Krapulan muodostumiseen vaikuttavat aiemmin nautittu alkoholin määrä ja tunnetta korostavat muun muassa humaltumisen yhteydessä tapahtunut valvominen. Alkoholilla on krapulatilan lisäksi muitakin vaikutuksia ihmisen terveyteen niin lyhyt kuin pitkäaikaiskäyttönä liittyen esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien hoitamiseen ja puhkeamiseen, diabeteksen hoitoon sekä muistijärjestelmään. (Lindroos 2005, Eriksson 2005, Salaspuro 2005a & Salaspuro 2005b.) Päivittäinen alkoholin käyttö tai jopa pienet määrät viiniä juhlatilaisuuksissa pitkällä aikavälillä voivat aiheuttaa maksakirroosia, sillä alkoholin käytöllä on kumulatiivinen vaikutus maksaan (Babor ym. 2003, 19-20).



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.

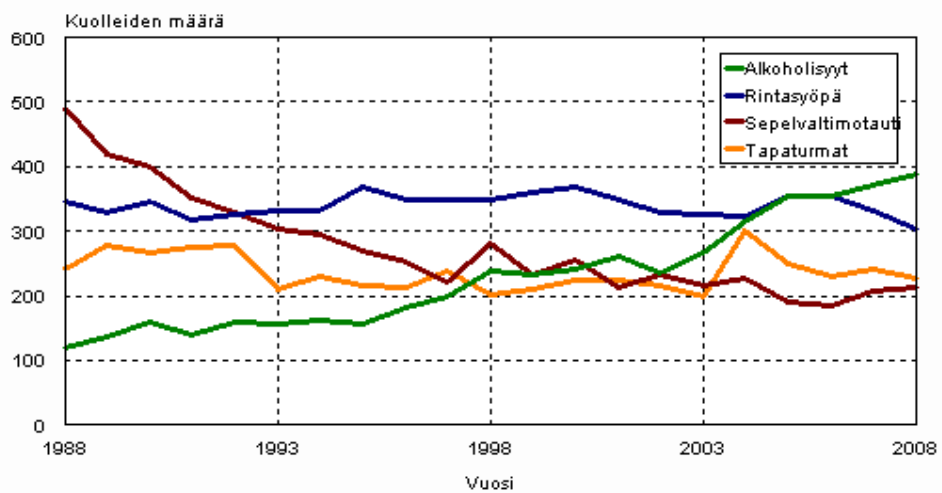
1950-luvun alussa tilastoitu alkoholin keskimääräinen kulutus oli 2 litraa asukasta kohden. 1970-luvulla määrä kasvoi 6.5 litraan asukasta kohden. Ekonomisen kasvun myötä 1980- ja 1990-luvuilla alkoholin käyttö lisääntyi entisestään ja sen käyttö on siitä lähtien kasvanut hiljalleen. (Österberg & Karlsson 2002, 141–142.) Vuonna 2009 Suomessa käytettiin alkoholia 10,2 litraa asukasta kohden, mikä on edellisvuoteen verrattuna 1,5 prosenttia vähemmän (Terveyden ja hyvinvoinnin

laitos 2010). Kuitenkin 2008 vuoteen mennessä alkoholista johtuvat syyt aiheuttavat eniten kuolemia sekä 15–64 -vuotiailla miehillä että naisilla. Sepelvaltimotaudin kuoleman syynä laskiessa, alkoholin osuus kuolemiin on noussut viimeisen kymmenen vuoden ajan molemmissa ryhmissä.



15–64 -vuotiaiden miesten yleisimpien kuolemansyiden kehitys.

Tilastokeskus 2009.



15–64 -vuotiaiden naisten yleisimpien kuolemansyiden kehitys

Tilastokeskus 2009.

2.1.2 Päihdetyö

Päihdehuoltolaissa on määritelty vastuutahot palveluiden järjestämiseen sekä kenellä on oikeus saada kyseisiä palveluja. Kunnan on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaista päihdehuoltoa kuin kyseisessä kunnassa oleva tarve sitä edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluvat sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle (Päihdehuoltolaki 1986/41). Päihdehuollon palveluihin on oikeus henkilöllä, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Myös päihteiden käyttäjän perheellä ja muilla läheisillä on mahdollisuus hakea apua päihdehuollon palveluista. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta (Päihdehuoltolaki 1986/41).

Päihdetyöllä tarkoitetaan päihteiden käytön ehkäisyä, päihteiden käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisyä sekä itse päihdehoitoa. Päihdetyö voidaan jaotella sekä ehkäisevään että korjaavaan päihdetyöhön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.) Pääosin kuntoutustiimissä päihdetyö painottuu korjaavaan työmuotoon, jossa hoidetaan päihteiden väärinkäyttäjiä sekä heidän läheisiään (Teematapaaminen 2 2010). Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erityistason hoitona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b). Kuntoutustiimi tarjoaa ennen kaikkea avohoitona sosiaalista tukea sekä kuntoutusta. Hoitoa tukevia palveluita, kuten päivätoimintakeskusta, hyödynnetään tarpeen ja mahdollisuuksien mukaisesti. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään niiden asiakkaiden kanssa kenellä ei varsinaista päihdeongelmaa vielä ole muodostunut. Ehkäisevä päihdetyö näkyy päihteisiin liittyvän tiedon jakamisessa asiakkaiden kanssa sekä edistämällä päihteettömiä elintapoja. (Teematapaaminen 2 2010.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveysongelmat eivät kohdennu yhteen tiettyyn erityisryhmään vaan niitä esiintyy jokaisessa maassa ja yhteiskunnassa. Noin 450 miljoonaa ihmistä maailman laajuisesti kärsii mielenterveysongelmista. (World Health Organization 2004, 15.) Mielenterveys on laaja käsite, jota on vaikea yksiselitteisesti määritellä. Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät muun muassa yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät, yhteiskunnan tekijät kuin myös kulttuuriset vaikuttimet. Näiden vuoksi mielenterveys on muuttuva tila, joka muotoutuu eri elämänvaiheiden ja -tilanteiden mukaan. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 17.) Mielenterveys on tärkeä, sillä se on hyvinvoinnin perusta ja se vahvistaa yksilön toimintakykyä sekä luo vastustuskykyä elämässä tapahtuvien muutoksien sietämisessä. Mielenterveys antaa yksilölle tietynlaisen tyytyväisyyden olotilan, ja toivon olemassa olon sekä luottamuksen elämää kohtaan. (Heiskanen ym. 2006, 19.)

2.2.1 Mielenterveysongelmat

Mielenterveysongelmien synnylle ei ole olemassa tarkkaa selitystä. On vaikea sanoa miksi osa ihmisistä sairastuu erilaisiin psykiatrisiin häiriöihin ja toiset eivät. Mielenterveysongelmat ovat laaja ryhmä erilaisia ja eriasteisia oireyhtymiä, jotka vaikuttavat sekä ajatteluun että tunne-elämään. (Koskisu 2003, 11.) Psykiatrisissa häiriöissä on erilaisia psyykkisiä oireita, jotka muodostavat yhdessä erilaisia oireyhtymiä. Ne luokitellaan omiin ryhmiinsä tyypillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaisesti. Suurimalla osalla oireyhtymiä on tunnettu kulku ja ennuste. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2001, 34.) Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat: psykoosit, pelkotilat, ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, päihdehäiriöt, elimelliset aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät erilaiset häiriöt (Lönqvist & Lehtonen 2007, 14). Kuntoutustiimin asiakkaista monella on diagnosoitu seuraavia mielenterveysongelmia masennus, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lisäksi asiakkailta on erilaisia pelkotiloja sekä unihäiriöt ovat yleisiä. (Teematapaaminen 2 2010.)

Kaksoisdiagnoosin omaava ihminen kärsii sekä päihdeongelmasta että jostakin mielenterveydellisestä ongelmasta. On esitetty, että pitkäaikainen päihteiden käyttö voi johtaa mielenterveyshäiriöön. Toisaalta on mahdollista, että mielenterveysongelmat altistavat päihteidenkäytölle. Pelkästään yksi geneettinen tekijä ei aiheuta moniongelmaisuuksia vaan useat tekijät yhdessä selittävät, miten päihde- ja mielenterveysongelmat lisäävät mahdollisuutta toisen esiintymiselle. (Aalto 2007.) Kolmoisdiagnoosin omaavalla ihmisellä on päihdeongelman ja psykiatrisen häiriön lisäksi vielä jokin somaattinen sairaus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005).

Kaksoisdiagnoosi on Suomessa yleistä. Jopa 40 % alkoholiriippuvaisella on jossain vaiheessa elämäänsä jokin psykiatrinen häiriö ja huumeongelmaisilla luku on suurempi. Toisaalta taas psykiatrisista häiriöistä kärsivistä ihmisistä 30 % kärsii jossain vaiheessa elämäänsä alkoholiongelma. Luku on suurempi esimerkiksi skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä. (Aalto 2007b.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on kiinnitettävä huomiota päihdeongelmaan sekä psykiatriseen häiriöön, sillä psykiatristen häiriöiden hoito ei onnistu ilman, että päihdeongelma on kontrollissa. Ongelman hoito voidaan jaksottaa tai rinnastaa. Jaksotuksen ajatuksena on, että kun esimerkiksi päihdeongelmaa on hoidettu riittävän pitkälle, voidaan aloittaa psykiatrisen häiriön hoito. Rinnakkaisessa hoidossa molempia ongelmia hoidetaan samaan aikaan kahdessa eri hoitotahossa. (Aalto 2007b.)

Masennuksesta kärsii maailman laajuisesti noin 120–200 miljoonaa ihmistä ja noin kolmannes ihmisistä kärsii masennustilasta ainakin kerran elämänsä aikana (Punkanen 2003, 117). Masennus voidaan jakaa lievään, keskitasoiseen, vakavaan ja psykoottiseen masennukseen. Lievässä masennuksessa oireet eivät vie työkykyä ja haitta sosiaalisille suhteille on pieni. Masennuksen vaikeutuessa oireet voimistuvat ja haittaavat arkista elämää. Psykoottinen masennus voi aiheuttaa ihmisessä esimerkiksi harhaluuloja. (Huttunen 2010c.)

Keskeisin oire masennuksessa on masentunut mieliala, vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvän puute. Oire näyttäytyy vähintään kahden viikon ajan suurimman osan päivää. (Huttunen 2010c.) Suurin osa ihmisistä on jossain vaiheessa elämäs-

tään alavireinen johtuen erilaisista menetyksistä ja epäonnistumisista (Punkanen 2003, 117). Pelkästään alentunut mieliala ei tarkoita sitä, että ihminen on masentunut, sillä varsinaisen masennustilan diagnosointi edellyttää myös muita oireita kuten merkittävä painon lasku tai nousu, unettomuus tai lisääntynyt väsymys ja voimattomuus, liikkeiden ja mielen hidastuminen tai kiihtyneisyys, syyllisyydentunto, arvottomuuden tunto, vaikeus ajatella ja keskittyä. Lisäksi kuolemaan liittyvät pohdinnat ja itsemurha-ajatukset kuuluvat masennuksen taudinkuvaan. (Huttunen 2010c.)

Masennukseen voi olla monia syitä eikä kaikki mahdolliset masennuksen aiheuttajat ole tiedossa. Kuitenkin biologisilla, psykologisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on vaikutusta masennuksen syntyyn. Perintötekijät lisäävät alttiutta sairastua masennukseen. Jos suvussa esiintyy depressiota, on masennukseen sairastuminen 2-3 kertaa suurempi riski. Myös psykologisilla tekijöillä on altistava vaikutus masennukseen. Masentuneen ihmisen persoonallisuudessa on havaittu riippuvuutta muihin sekä itsetunnon häiriintymistä. Sosiaaliset tekijät kuten yksinäisyys, läheisyyden puute ja verkoston puute lisäävät niin ikään masentumisen mahdollisuutta. Esimerkiksi alkoholisoituneiden vanhempien lapsilla esiintyy masennusta yleisemmin kuin muissa perheissä. (Punkanen 2003, 118–119.) Masennus ei kuitenkaan aiheudu pelkästään selvästi edellä mainituista tekijöistä, sillä ne ovat vain altistavia. Alkoholistiperheen lapsi ei välttämättä ikinä sairastu masennukseen, vaikka se olisikin todennäköistä.

Tyypillisesti psykoottinen ihminen kokee omat luulonsa ja kuvitelmansa todelliseksi. Tällöin ihminen on vakuuttunut omista harhaluuloistaan eli deluusioistaan. Harhaluulojen lisäksi psykoottisiin oireisiin kuuluu erilaiset hallusinaatiot, ajatushäiriöt, poikkeava käyttäytyminen sekä psykoottisen kieli. (Punkanen 2003, 104.)

Harhaluuloja voi olla monia. Ne voidaan jakaa esimerkiksi aihepiireittäin uskonnollisiin, somaattisiin, nihilistisiin tai suuruusharhaluuloihin. Harhaluuloista kärsivä voi tällöin ajatella, että Jumala puhuu hänelle, häneltä puuttuu jokin raaja, hän on kuollut tai jonkun maan johtaja. Lisäksi hän voi luulla, että muut ihmiset kuulevat hänen ajatuksensa tai joku on laittanut ajatuksia hänen päähänsä. Pa-

ranoia eli vainoharhaisuus kuuluu myös harhaluuloihin, jolloin ihminen voi kuvitella, että hänen ruokaansa laitetaan myrkkyä. (Punkanen 2003, 104–105.)

On olemassa erilaisia näkemyksiä siitä, miksi ihminen joutuu psykoosiin. Biologisen näkemyksen mukaan aivoissa tapahtuu biokemiallinen häiriö, joka tarkoittaa joidenkin välittäjäaineiden vähenemistä tai lisääntymistä aivokudoksessa. Näkemyksen mukaan perintötekijät altistavat psykoosin puhkeamiselle. Intrapsyykkisen näkemyksen mukaan ihmisen ensimmäiset elinvuodet ovat merkittäviä suhteessa psykoosiin sairastumiselle. Tällöin symbioottinen vaihe on jäänyt vajavaiheeksi eikä lapsi ole tuntenut oloaan turvalliseksi. Vuorovaikutuksellisen näkemyksen mukaan ihmisen perheessä on ollut sisäisiä kommunikaatiohäiriöitä. Lapsen vanhemmat ovat olleet riippuvaisia omista vanhemmistaan tai perheenjäsenet ovat olleet muuten liian riippuvaisia toisistaan. Hoidettaessa psykoottista asiakasta pyritään ottamaan huomioon useita näkökulmia. (Punkanen 2003, 107.)

Psykoosit ovat erilaisia. Ne voidaan jakaa lyhytkestoiseen eli reaktiiviseen psykoosiin, skitsofreniaan, elimelliseen ja epätyypilliseen psykoosiin. (Punkanen 2003, 106.)

Lyhytkestoinen psykoosi voi kestää yhdestä vuorokaudesta muutamiin viikkoihin. Ihminen kykenee yleensä oireiden hävittyä palaamaan normaaliin elämään ilman toimintakyvyn alenemista. (Punkanen 2003, 106.) Tällaista psykoosin muotoa edeltää usein stressi tai traumaattinen tapahtuma kuten läheisen äkillinen kuolema tai onnettomuus. Myös huumeet voivat aiheuttaa lyhytkestoista psykoosia muistuttavan tilan. (Huttunen 2010d.)

Vaikea-asteisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jolle on ominaista ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden häiriintyminen. Skitsofrenian tavallisimpia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot ja vaikeasti ymmärrettävä puhe sekä köyhtynyt tunneilmaisus. (Lönqvist & Suvisaari 2009.) Skitsofreniaan sairastutaan usein ennen 25 vuoden ikää (Punkanen 2003, 106). Pitkään skitsofreniaa sairastavalla voi olla hyviä ja huonoja kausia, jolloin oireet laantuvat tai voimistuvat. Myös taudin kuva voi yhdellä potilaalla vaihdella vuosien mittaan. (Punkanen 2003,

110.) Skitsofrenia on sairautena monimuotoinen ja se ilmenee eri ihmisillä eri tavoin ja yhdellä ihmisellä mahdollisesti eri muodoissa.

Elimellisen psykoosin voi aiheuttaa esimerkiksi päihteiden käyttö, aivosairaudet tai kova kuume. Lisäksi laukaisijana voi olla skitsoaffektiivinen psykoosi, jolloin jossain vaiheessa ihmisellä esiintyy maanisuutta tai depressiivisyyttä. Epätyypillinen psykoosi on kyseessä silloin kun oireet eivät vastaa muihin psykoosin lajeihin. Esimerkiksi psykoottiset oireet synnytyksen jälkeen luokitellaan epätyypilliseksi psykoosiksi. (Punkanen 2003, 106.)

Jokainen ihminen kokee jossain vaiheessa elämäänsä olonsa ahdistuneeksi. Yleensä ahdistusta esiintyy erilaisten ristiriitojen ja vaikeiden elämäntilanteiden aikana. Ahdistukseen on haettava hoitoa kun se on jokapäiväistä ja haittaa elämänhallintaa. (Punkanen 2003, 130.) Lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa esiintyy jonkin asteista ahdistuneisuutta, joka voi johtua ahdistuneisuushäiriöstä, psykoosista, traumaperäisestä stressihäiriöstä tai vakavasta masennustilasta. (Huttunen 2010.) Ahdistushäiriöitä ovat esimerkiksi paniikkihäiriö, yleinen tuskaisuus sekä ahdistus- ja masennustilat (Punkanen 2003, 130).

Ahdistuneisuus voi laukaista päihdeongelman tai vastaavasti päihdeongelmasta voi seurata ahdistuneisuutta. Lisäksi erilaiset somaattiset sairaudet tai lääkkeet voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta. Kun ahdistuneisuus on jatkuvaa kyse voi olla yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä, joka voi ilmetä samanaikaisesti erilaisten psykiatristen sairauksien tai häiriöiden kanssa. (Huttunen 2010e.)

Ahdistuneisuus voi olla positiivista, sillä se varoittaa uhkaavista tilanteista. Kyseessä on kuitenkin psykiatrisen sairauden oire, jos ahdistuneisuus vaikuttaa alentavasti ihmisen toimintakykyyn. Ahdistuneisuuteen voi liittyä myös somaattisia oireita kuten rajua sydämen tykytys, verenpaineen nousu, hengenahdistus, vapina ja huimaus. (Huttunen 2009.)

Yleisin tunnettu ahdistuneisuushäiriö on paniikkihäiriö. Jopa 35 % ihmisistä voi kärsiä jossain elämän vaiheessa paniikkikohtauksesta, mutta vain noin 4 % väestöstä kärsii niistä jatkuvasti. Paniikkikohtaus voi tulla milloin tahansa, joten sitä

on vaikea ennakoida. Paniikkikohtaus on yllättävä, voimakas ahdistuskohtaus, johon voi liittyä paljon erilaisia tunnetiloja. Kohtauksen aikana ihminen saattaa kokea levottomuutta, ahdistusta tai pakokauhua. (Punkanen 2003, 130.)

Ero terveen ja sairaan välillä voi olla vaikea nähdä, sillä monien diagnosoitujen sairauksien oireet ovat myös terveellä yksilöllä olevia tuntemuksia. Miелensairaus voi myös tuntua fyysisinä oireina, jolloin yhdistäminen mielenterveyden heikkenemiseen voi viedä aikaa. Mielenterveysongelmat vaikuttavat henkilön selviytymiseen arjessa. Toimintakyky laskee ja tarvitaan erilaisia keinoja selviytyä arjen vaatimissa asioissa. Psykkisen toimintakyvyn heikkeneminen näkyy, kun yksilö ei pysty vastaamaan ympäristönsä vaatimukseen. Yksilön valmiudet toimia itselleen tarkoituksen mukaisella tavalla myös vähenevät. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 122.) Kuntoutustiimin asiakkaiden toimintakykytasot vaihtelevat hyvin itsenäisistä ja arjen askareissa selviytyvistä henkilöistä hyvin matalan toimintakyvyn omaaviin yksilöihin, joille arjessa selviytyminen on hyvin haastavaa. Tuen määrä on vaihtelevaa asiakkaan sen hetkisen tilanteen ja tarpeen mukaan. (Teematapaaminen 2 2010.) Työssä tavoitellaan asiakkaan kuntoutumista niin, että hänen toimintakykynsä taso mahdollistaa hänen selviytymisensä arjessa ja itsenäisessä asumisessa.

2.2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöstä on säädetty laki, joka ohjaa työskentelyä. Mielenterveislain (1990/1116) 1§ mukaan mielenterveystyö käsittää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen. Tämän lain määritelmän mukaan kuntoutustiimin tarjoamat sosiaalihuollon palvelut voidaan katsoa mielenterveystyöksi.

Mielenterveystyö voidaan jaotella kolmeen osa-alueeseen: mielenterveyttä edistävä, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevä ja mielenterveyden häiriöitä korjaava työ. Edistävä mielenterveystyö käsittää toiminnan, jolla pyritään tukemaan mielenterveyttä ja sen toteutumista optimaalisesti. Mielenterveys käsitteenä voi tarkoittaa

myös muun muassa elämänhallinnan ja itsetunnon edistämistä, huomioiden mielenterveyden edistämisen näkökulman. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Ehkäisevä mielenterveystyö käsittää sekä mielenterveyden edistämisen että häiriöiden ehkäisyä. Edistävän työn tavoitteena on saada aikaan mahdollisimman hyvää mielenterveyttä. Ehkäisevä työ taas vähentää tai poistaa niitä tekijöitä, jotka voivat olla altistavia tekijöitä sairastua mielenterveyshäiriöille. Ehkäisevässä työssä vähennetään mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä sekä samalla vahvistetaan yksilön tai yhteisön taholla mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

Korjaava työmuoto pyrkii vastaamaan mielenterveyslain mukaisesti niihin palveluihin, joita kunnan tai kuntoliiton alueella kulloinkin ilmenee. Korjaava työ käsittää ne mielenterveyspalvelut, jotka tuotetaan mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden elämän laadun parantamiseksi. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Kuntoutustiimissä annettava mielenterveystyö käsittää kaikki kolme osa-aluetta. Mielenterveyttävä edistävä ja mielenterveydenhäiriöitä ehkäisevä työote näkyy arjen tukemisessa ja ohjaamisessa sekä asiakkaiden voimien seurannassa. Tällöin voidaan puuttua yksittäisiin osatekijöihin, jotka edistävät tai altistavat mielenterveyden optimaalisuuden. Korjaava työmuoto täydentää asiakkaiden muita kontakteja ja hoitoa mielenterveyden edistämiseksi nimenomaan kotona ja kotioloissa esimerkiksi keskustellen sekä lääkehoitona.

2.3 Kuntoutus

Kuntoutuksen tarkoituksena ja tavoitteena on edistää ja parantaa sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen yksilön toimintakykyä. Toimintakyvyn lisäksi edistetään yksilön itsenäistä selviytymistä arjessa, yleistä hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia sekä työllistymistä. Kuntoutuminen on yksilöllistä ja kuntoutussuunnitelma laaditaan lähteväksi yksilön tarpeista, tasosta ja tavoitteista. Kuntoutuksen ominaispiirteisiin kuuluvat pitkäjänteisyys sekä tavoitteellisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c.) Kuntoutuminen on äärimmäisen yksilöllinen,

ainutlaatuinen matka ja jokaiselle kuntoutujalle erilainen. Jokaisen ihmisen elämänhistoria on erilainen, eikä kukaan toinen ole elänyt tai kokenut niitä asioita, jotka ihminen itse on. Tämän kokemuksen kautta ihmisellä on ainutlaatuinen tieto omasta elämästään; mitä se on ollut ja miltä tuntunut. Jokainen ihminen on oman elämänsä asiantuntija. (Koskisuus 2003, 33.)

Kuntoutumista tukevana menetelmänä on kuntoutussuunnitelman käyttäminen asiakkuuden alusta asti. Kuntoutumissuunnitelmaan kirjataan alkutilanne sekä kuntoutumisjakson tavoitteet. Kuntoutustiimin työskentely on tavoitteellista työskentelyä, jolloin selkeä suunnitelma tukee tavoitteiden saavuttamista sekä yksilön tarpeiden huomioimista (Teematapaaminen 2 2010). Kuntoutussuunnitelma antaa kuntoutukselle rungon ja järjestelmällisyyden, sekä mahdollisuuden konkreettisesti seurata ja arvioida kuntoutumisen etenemistä.

Kuntoutustoiminnan neljä osa-aluetta maailman terveysjärjestö WHO:n luokittelun mukaisesti ovat lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus ja kasvatuksellinen kuntoutus. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat esimerkiksi erilaiset terapiat, laitostuntoutukset, kuntoutustutkimukset ja kuntoutusohjauksen. Ammatillinen kuntoutus kattaa muun muassa työkokeilut, työhön liittyvät kurssit, ammattiin johtavat koulutukset, työohjaus, työkykyä ylläpitävät ja parantavat valmennukset. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoite on edistää kuntoutujan ja hänen elinympäristönsä välistä vuorovaikutusta, jotta kuntoutuja voisi suoriutua paremmin erilaisista sosiaalisista tilanteista sekä osallistua yhteiskunnan toimintaan. Kasvatuksellisen kuntoutuksen tavoite on pyrkiä tukemaan tavallisesti lapsen kasvua itsensä hyväksymisessä, realistisen minäkuvan luomisessa ja psyykkisessä itsenäisyydessä. Laajemmin se voidaan ymmärtää kaikkena oppimistoimintana, jolla halutaan edesauttaa ihmisen toimintakykyä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 25–67.)

Kuntoutustiimin kuntouttaminen on pääsääntöisesti sosiaalista kuntouttamista, mutta yhtälailla sosiaaliseen kuntouttamiseen kuuluu monipuolisesti erilaisia menetelmiä niin fyysisiä kuin psyykkisiä harjoitteita, joilla tavoitellaan yksilön kiinnittymistä yhteiskuntaan ja syrjäytymisen ehkäisyä. Näitä keinoja ovat esimerkiksi verkostojen ja sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpito, itsenäinen asioiden

hoitaminen, omasta terveydestä huolehtiminen sekä joissain tilanteissa jopa hygieniasta huolehtiminen sekä fyysinen mahdollisuus liikkua kodin ulkopuolella. (Teematapaaminen 2 2010.)

2.3.1 Kuntoutujakeskeinen työskentely

Kuntoutujälähtöisessä työssä toiminta perustuu voimavarakeskeisyyteen. Se on toimintatapoja, joilla etsitään ja vahvistetaan kuntoutujan omia ja hänen ympäristönsä voimavaroja sekä mahdollisuuksia. Painopiste ei ole sairauden, vamman tai vajavuuden yksityiskohtaisessa selvittelyssä, vaan siinä mikä toimii ja on vahvaa. Voimavaralähtöisyyden perusajatus on, että ihminen kehittyy kiinnostuksiansa, vahvuuksien ja tavoitteidensa kautta. Lähtökohtana on kuntoutujan elämän kokonaistilanne. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 23;30.) Tästä johtuen asiakkaan motivointi kuntoutumiseen on ensisijaisen tärkeää, jotta kiinnostus saadaan syntymään.

Kuntoutujälähtöisessä työssä vuoropuhelu ja yhteistyö kuntoutujan, hänen lähipiirinsä ja verkostojensa sekä kuntoutukseen osallistuvien toimijoiden välillä, olisi hyvä olla sujuvaa. Kokonaisvaltainen ja voimavaralähtöinen työskentely vaatii kuntoutujan huomioimista persoonana, hänen elämäntilanteensa ja ympäristönsä osana sekä työntekijältä laajaa ymmärrystä sekä monialaista osaamista että asiakkaan kuuntelemista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2009, 7; 27–31.) Tämän työskentelymallin mukaisesti kuntoutustiimissä pyritään aktivoimaan ja motivoimaan asiakas itse mukaan kuntoutumisprosessiin. Asiakkaan puolesta tekemisen sijaan pyritään ohjaamaan, tukemaan ja kannustamaan asiakasta itsenäiseen suoriutumiseen. (Teematapaaminen 2 2010.)

Kuntoutujälähtöinen työ edistää asiakkaan omaa toimintakykyä ja tukee asiakkaan uskoa omaan itseensä sekä lisää elämänhallinnan tunnetta sekä tunnetta mielekkäästä elämästä. Yksilöllisyyden kunnioittaminen on avainasemassa, sillä jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja arvokas. Tämän vuoksi asiakkaan kanssa tulee yhdessä keskustella ja sopia tavoitteet työskentelylle, jolloin ne tulevat asiakkaan tarpeista ja merkityksistä lähtien. Yksilöllisyyden kunnioittaminen tulee näkyväksi kuntoutujan ja työntekijän välisessä suhteessa, jossa vuorovaikutus perustuu

tasa-arvoisuuteen, kunnioitukseen ja keskinäiseen vuoropuheluun. (Kettunen ym. 2009, 29.)

Elämänhallinnan kasvattamiseen liittyy olennaisesti itsenäisyyden tukeminen, itsemääräämisoikeus, vapaus ja vastuu sekä riskien ottaminen. Kuntoutujalähtöinen työ pyrkii korostamaan kuntoutujan omaa aktiivisuutta toimijana, osallistujana ja itseään koskevien päätösten tekijänä. Mahdollisuus valita eri vaihtoehtoista pyrkii lisäämään kuntoutujan autonomisuutta aina kun se mahdollista. Kuntoutujalla on oikeus tulla kuulluksi kun kyseessä on hänen kuntoutumisensa liittyvät asiat. (Kettunen ym. 2009, 29.) Kuntoutujalähtöinen työ näkyy arjen työssä, kun työntekijät pyrkivät auttamaan asiakasta erilaisin keinoin, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus asua itsenäisesti mahdollisimman pitkään.

Kuntoutumisen onnistumisen kannalta on tärkeää huomioida kuntoutumisprosessin aikana myös kuntoutujan sosiaalinen verkosto. Sosiaalisen verkoston; perhe, työyhteisö, läheiset, tuki monesti edes auttaa kuntoutumista ja sen onnistumista parhaalla mahdollisella tavalla. Sosiaalisesta verkostosta voi löytyä suuria voimavaroja kuntoutumisprosessiin. Sosiaalisen verkoston hyödyntämisessä voidaan etsiä kuntoutujan kannalta merkityksellisiä suhteita ja löytää uusia mahdollisuuksia tukemiseen. Esimerkiksi verkostotapaamisessa voidaan miettiä verkoston mahdollisuuksia antaa kuntoutujalle apua ja tukea sekä jakaa vastuualueita eri toimijoiden kesken. On olemassa mahdollisuus verkostoterapiaan, jossa verkostoterapiaan koulutettu henkilö antaa psykoterapian luonteista palvelua kohdistuen sen kuntoutujan sosiaaliseen verkostoon. (Kettunen ym. 2009, 7; 30–31.)

Kuntoutustiimin työntekijät pyrkivät huomioimaan asiakkaan läheiset niin yhteistyökumppaneina kuin voimavaroina (Teematapaaminen 2 2010). On kuitenkin muistettava, etteivät kaikki asiakkaat halua työntekijän olevan yhteydessä läheisiin tai läheisiä ei yksinkertaisesti ole olemassa. Tällöin tavoitteena voi olla löytää uusia sosiaalisia suhteita ja lisätä sosiaalisia kanssakäymisiä muiden ihmisten kanssa lähtemällä esimerkiksi päivätoimintakeskukseen.

2.3.2 Päihde- ja mielenterveyskuntoutuja

Päihdekuntoutuja

Silloin kun päihderiippuvuus kattaa ison osan käyttäjän elämästä ja heikentää elämänlaatua, puhutaan ongelmakäytöstä. Päihdeongelmat syntyvät yleensä pitkän ajan kuluessa ja ovat kytköksissä henkilön kehityshistoriaan. Päihdeongelmaa tarkastellaan nykyisin ottamalla ihminen huomioon kokonaisuutena: vaikutukset näkyvät niin fyysisessä, psyykkisessä kuin sosiaalisessakin toimintakyvyssä. Päihdeongelmasta kuntoutuminen vaatii yleensä hyvin pitkäjänteisen prosessin, ja kuntoutumista tarvitaan kaikilla toimintakyvyn alueilla. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 210.)

Päihteen käyttäjällä on tavallisesti samanlaisia vaikeuksia perustarpeista huolehtimisessa, arkielämästä selviytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa kuin mielenterveysongelmaisella. Päihdekuntoutuja kykenee yleensä heikosti tekemään omaa elämäänsä koskevia itsenäisiä ratkaisuja ja tarvitsee paljon tukea tututellesaan ratkaisujen tekoon. Päihdeongelmaiset eivät usein arvosta itseään eivätkä luota kykyihinsä ja myös pitkäaikainen päihdeongelma näkyy usein jo ulkoisessa olemuksessa, mikä aiheuttaa ympäristössä monesti paheksuntaa. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 210.)

Kuntoutustiimin päihdekuntoutujista osa käyttää yhä päihteitä, joko alkoholia ja/tai tupakkaa. Alkoholista puhuttaessa täysraittius on osalle enemmän pakonsanelevaa, sillä kohtuukäytön mahdollisuus on olematon päihdehistorian vuoksi. Osa elää alkoholin kanssa kausiluonteisesti, ollen aika ajoin selvin päin ja välillä juoden. Tupakointi sen sijaan on hyvin yleistä ja osalla asiakkaista varsin runsasta. Päihdekuntoutujien kanssa työskentely on paljolti samoja asioita kuin mielenterveyskuntoutujien kanssa; kodin hoitoa, asioilla käyntiä ja niissä avustamista sekä hygieniasta ja terveydestä huolehtimista sekä opastusta. Päihdekuntoutujien asiointi keskittyy pitkälti samoihin palveluihin kuin mielenterveyskuntoutujien, lisäksi alkoholin ja muiden päihteen katkaisuhoidot, omanlaisensa terveysasiat,

raha-asioiden hoitoa sekä monella myös asunnon hankintaan tai pitämiseen liittyviä asioita. (Teematapaaminen 2 2010.)

Huomio kiinnittyy päihdekuntoutujien parissa paljon myös lääkehuoltoon, sillä usealla päihdekuntoutujalla on lääkityksiä joko päihdeongelmaan tai muihin terveydellisiin seikkoihin liittyviä (Teematapaaminen 2 2010). Mahdollinen päihdekäyttö voi tehdä lääkehuollosta problemaattista, sillä harva lääke käy esimerkiksi alkoholin kanssa yhteen. Päihteiden runsas käyttö voi myös heikentää lääkityksen optimaalista hyötyä, sillä päihdyttävä aine voi muuttaa lääkkeen vaikutusta sekä lääkityksen säännöllinen ottaminen voi heikentyä päihtymystilan vuoksi.

Yhteistyö eri tahojen kanssa toimii samalla periaatteella kuin mielenterveyskuntoutujien kanssa. Pyrkimys on saada yhteistyö toimimaan eri viranomaistahojen kuin myös läheisten kanssa. Työn tavoitteena on saada vähennettyä päihteiden käyttöä sekä huolehtia asiakkaan terveydestä kokonaisvaltaisesti ja tavoitella itsenäisen elämisen jatkumista mahdollisimman pitkään (Teematapaaminen 2 2010).

Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyteen liittyvät ongelmat voivat jo itsessään olla syy, miksi henkilö tarvitsee kuntoutusta. Ne voivat myös aiheutua ongelmallisesta elämäntilanteesta. Jokaisen mielenterveyskuntoutujan tilanteessa on yksilöllisiä, henkilön elämänsis-toriaan liittyviä tekijöitä. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 203.) Mielenterveystyön painopiste on siirtynyt viime vuosikymmenten aikana laitoshoidosta avohoitoon. Tämä edellyttää, että kehitetään tuettuja asumismuotoja ja kuntoutumista tukevia avopalveluja. Mielenterveiskuntoutujan on usein vaikeaa huolehtia perustarpeistaan sekä suoriutua arkielämästä ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Hän tarvitsee niissä tukea ja ohjausta. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 204.)

Kuntoutustiimin asiakkaat ovat pääsääntöisesti kotona asuvia mielenterveyskuntoutujia, jotka vaativat tukea selviytyäkseen arjessa. Kotihoidon palvelut eivät ole riittävän kattavat muun muassa erikoispalveluja vaativalle mielenterveyskuntoutujalle eivätkä kaikki kuntoutustiimin asiakkaat täytä kotihoidon kriteereitä palvelu-

jen saamiseksi. Mielenterveyskuntoutujan kanssa työskentely perustuu asiakkaan hetkiseen tarpeeseen tuesta arkipäivän toimissa sekä keskusteluihin pohjautuvasta työskentelystä mielenterveyteen liittyen. Arkipäivän toimintoihin kuuluvat esimerkiksi asunnon siivousta, ruoan laittoa ja ravinto opastusta, henkilökohtaisen hygienian huolehtimisesta sekä erilaisten virasto tai muiden vastaavanlaisten asioiden hoitoavusta. (Teematapaaminen 2 2010.)

Lääkehuolto on tärkeä osa työntekijän käyntiä. Lääkkeiden jako on voitu suorittaa jo työpisteellä tai yhdessä asiakkaan kanssa. Lääkkeitä on voitu määrätä mielen-terveydenongelman hoitoon tai erilaisiin somaattisiin sairauksiin. Monella asiakkaalla on säännöllinen lääkitys muun muassa kohonneeseen verenpaineeseen, diabetekseen, nukahtamis- ja unilääkkeitä, erilaisia puutostiloja korjaavia lääkkeitä sekä kipulääkkeitä. Yhdessä asiakkaan kanssa voidaan hoitaa ajanvarauksia erilaisiin sosiaali- ja terveystalouteen kuin myös muita virastoasioiden hoitoa velkaneuvonnasta jalkahoitajalle sekä vuokranantajasta fysioterapeutille. Työntekijän käynnit on voitu ajoittaa myös niin, että työntekijä on mukana asiakkaan käynnillä psykiatrisen sairaanhoitajan, terapeutin, lääkärin vastaanotolla, jolloin myös työntekijä saa tarvitsemansa tiedon asiakkaan voinnista terveyden muilta osin. Yhteistyö toimii myös toisin päin, jolloin esimerkiksi terveyskeskuslääkäri saa tiedon asiakkaan kotiooloista ja viime päivien voinnista ennen kuin tekee diagnoosia tai valitsee lääkitystä. (Teematapaaminen 2 2010.)

2.4 Sosiaalipedagogiikka kuntoutustiimissä

Sosiaalipedagogiikka on toimintatiedettä ja se suuntautuu ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyyn ja lievittämiseen. Ongelmien syntymekanismien, ilmenemismuotojen ja vaikutusten kuvaamisen ja selittämisen lisäksi sosiaalipedagogiikka ottaa kantaa siihen, mitä ongelmille voidaan ja mitä niille pitäisi tehdä. Sosiaalipedagoginen teoria sisältää käytännöllisen, toiminnallisen lähtökohdan. (Hämäläinen 1999, 17.) Sosiaalipedagoginen toiminta eli sosiaalipedagogiikka käytännössä syntyy siitä, että työntekijät ajattelevat sosiaalipedagogisen viitekehyksen näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö hahmottaa työnsä lähtökohdat ja tarkoituksen sosiaalipedagogisen teorian avulla ja ajattelee niillä käsitteillä, joista

sosiaalipedagogiikan teoreettinen ymmärrys rakentuu. (Hämäläinen 1999, 17.) Kuntoutustiimin työntekijät eivät ole perustaneet työtään sosiaalipedagogiikasta käsin, vaan työorientaatio on muovautunut käytännöntyön kautta pitkälle sosiaalipedagogiikan mukaiseksi. Sen vuoksi se ei kaikissa kohdissa välttämättä noudata puhtaasti sosiaalipedagogista teoriaa. Monet työmenetelmät ja työskentelytavat ovat olleet käytössä kauan, ilman että sille on osattu antaa sen tarkempaa nimeä. (Teematapaaminen 2 2010.)

Sosiaalipedagogiikka pyrkii etsimään toiminnallisia ratkaisuja ongelmiin, mikä edellyttää keskustelua toiminnan arvolähtökohdista. Tarkoituksena on, että sosiaalipedagoginen kysymyksenasettelu edistäisi eettistä pohdintaa ja siitä seuranneiden havaintotietojen kytkemistä päämäärätietoon. Kokonaisuus muodostuu siitä, miten asiat ovat, miten niiden pitäisi olla ja mitä niiden suhteen tulisi tehdä. Eettinen reflektointi on jatkuvana osana sosiaalipedagogisessa tutkimuksessa, teorianmuodostuksessa ja käytännön toiminnassa. Sosiaalipedagoginen teoria rakentuu arvoista ja tosiasioista ja siten vaatii arvojen ja tosiasioiden sovittamista yhteen. (Hämäläinen 1999, 20.) Kuntoutustiimin työntekijät joutuvat päivittäinen monen eettisen ja arvopohjaisen tilanteen eteen (Teematapaaminen 2 2010). Tietyt arvot johdattavat työskentelyä, mutta arvojen toteutuminen ei ole aina niin yksiselitteistä. Itse-reflektio on tärkeä työväline työssä jaksamisen kannalta sekä oman työn arvioinnissa.

Sosiaalipedagoginen ajattelu ja tekeminen, teoria ja käytäntö suuntautuvat kaikkeen siihen, mikä edesauttaa syrjäytymisen ja muun huono-osaisuuden pedagogista ehkäisyä ja lievittämistä (Hämäläinen 1999, 32). Sosiaalipedagogiikan kohdealueena pidetään ihmisen subjektiivisuuden rakentumisessa ilmeneviä ongelmia tai puutteita sekä pedagogista toimintaa näiden puutosten korjaamiseksi. Perusteemoja ovat elämänhallinta ja sen tukeminen ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa sekä ihmisen sosiaalinen toimintakyky ja yhteiskuntaan integroituminen. (Hämäläinen 1999, 33.) Tältä osin kuntoutustiimin tekemä työ on pitkälle sosiaalipedagogista, sillä tuen tarve on vaihtelevaa niin asiakkaiden välillä kuin yksittäisen asiakkaan kohdalla. Elämänhallinnan löytäminen ja tavoittelu on yksi kuntoutustiimin perustehtävistä (Teematapaaminen 2 2010). Asiakkaan subjektiivisuuden vahvistaminen

näkyä arjen työssä niin mielenterveyskuntoutujien kuin päihdekuntoutujien kanssa työskennellessä.

Huono-osaisuutta ilmentävät ilmiöt kuten köyhyys, rikollisuus, työttömyys, päihdeongelma, pitkäaikaissairastuminen tai kyvyttömyys selviytyä itsenäisesti eivät ole sosiaalipedagogisen tiedonmuodostuksen kohteena itsessään. Sosiaalipedagogisen viitekehyksen puitteissa kysytään, mitä ongelmille voidaan tehdä ja miten ihmistä kyetään auttamaan niin, että tämä kykenee riittävästi hallitsemaan omaa elämäänsä, omaa osallisuuttaan ja integroitumistaan yhteiskuntaan. (Hämäläinen 1999, 36.) Kuntoutustiimi on mukana alueellisissa kehittämishankkeissa sekä pitävät tiivistä yhteistyötä muiden alan yhteistyötahojen kanssa (Teematapaaminen 2 2010). Jatkuva työntekijöiden kouluttautuminen pyrkii vastaamaan niihin tarpeisiin, jotka syntyvät ennalta ehkäisevän työn kuin myös korjaavan työn parissa.

Keskeistä sosiaalipedagogisessa työssä on auttaa ihmisiä auttamaan itseään ja tuottaa itseapuun tarvittavaa subjektiutta. Kyse on siitä, että ihmisiä autetaan näkemään niitä mahdollisuuksia, joita heillä on vaikuttaa omaan elämänsä yksilönä ja osana yhteisöä. Monen sosiaalisten ongelmien alla kamppailevan vaikeutena on puutteellinen subjektiivisuus eli kykenemättömyys tarttua asioihin ja siten muuttaa niitä. Heidän auttamisensa itseapuun ja riittävään elämänhallintaan vaatii heidän subjektiivisuutensa vahvistamista. Subjektiivuudella ymmärretään tällöin ihmisen itsetoteutusta jokapäiväisessä elämässä kuten itsenäisyyttä, vastuun ottamista, toimimista moraalisenä persoonallisuutena, tietoista itsenäistä kehittämistä ja omaan elämänsä vaikuttamista. Se on myös tietoista yhteiskunnan jäsenyyttä, osallisuutta ja yhteiskunnilta osallistumista, valmiuksia toimia yhdessä toisten kanssa. Subjektiivisuus ei ole joko tai -ilmiö vaan pikemminkin ominaisuus, jota voi olla enemmän tai vähemmän ja johon ihminen yhteisöllisenä olentona kasvaa ja jota hän vähitellen saavuttaa. Paradoksaalista on, että subjektiivuutta vahvistaa parhaiten kohtelemalla ihmistä subjektina. (Hämäläinen 1999, 61–62.)

Kuntoutustiimin työskentely ympäristö sijoittuu paljolti asiakkaiden kotiin ja kotiympäristöön (Teematapaaminen 2 2010). Näin ollen asiakkaan oma subjektiivisuus pysyy vahvempana ja itsemääräämisoikeus korostuu, toisin kuin laitoshoidossa. Asiakkaan kotona työskentely vaatii erilaista herkkyyttä ja kunnioitusta, sillä koti

on monelle ihmisille yksityisyyden ja henkilökohtaisuuden fyysinen sekä psyykinen alue. Valintojen tarjoaminen ja niistä valitseminen tavoittelevat asiakkaan mahdollisuuksia osallistua omaan elämäänsä liittyviin asioihin.

Sosiaalipedagoginen orientaatio sisältää joukon toimintaperiaatteita, se ikään kuin rakentuu niistä. Tällaisia periaatteita ovat dialogisuus ihmisten välisissä suhteissa, yhteisön kasvatuspotentiaalin käyttö ja kehittäminen, ylisukupolvinen ajattelutapa, itseapuun auttaminen, kriittisen tietoisuuden herättäminen, ihmisenä kasvamisen kokonaisvaltainen tukeminen, toiminnallisuus, osallistuminen ja osallistaminen. Näiden periaatteiden taustalla voidaan nähdä tiettyjä korostuksia käsityksessä ihmisestä ja yhteiskunnasta, vaikka sosiaalipedagogista ajattelua ja toimintaa ei voikaan pelkistää vain jonkin tietyn ihmis- ja yhteiskuntakäsityksen ilmentymäksi. Sosiaalipedagogiset työmuodot versovat näiden periaatteiden soveltamisesta käytäntöön. (Hämäläinen 1999, 62.) Huono-osaisuuden tiedetään siirtyvän ja kasautuvan ylisukupolvisesti. Juuri huono-osaisuuden ylisukupolvisten ketjujen, deprivaaation kehän ja negatiivisen sosiaalisen perimän murtamiseen kiinnitetään sosiaalipedagogisessa ajattelussa ja toiminnassa erityistä huomiota. Sosiaalipedagogiikassa luodaan pedagogisia interventio-ohjelmia ylisukupolvisten ketjujen eri vaiheisiin, niin lasten ja nuorten kuin vanhempien ja perheiden sekä kolmannen sukupolven vanhusten kanssa työskentelyyn. (Hämäläinen 1999, 63–64.)

Sosiaalipedagogiikan tarkoituksena on etsiä keinoja ongelmien synnyn ehkäisyyn sekä jo olemassa olevien ongelmien lieventämiseen. Sosiaalipedagogisen viitekehäyksen avulla pyritään korvaamaan syrjäytymistä ja huono-osaisuutta aiheuttavat negatiiviset kierteet positiivisilla. Positiiviset kierteet tuottavat elämänhallintaa, selviytymistä, yhteiskunnallista osallisuutta ja kokonaisvaltaisena ihmisenä elämistä. (Hämäläinen 1999, 64.) Osa asiakkaista on ikään kuin ajautunut nykyiseen tilanteeseensa juuri saamansa elämismallin myötä (Teematapaaminen 2 2010). Näin ajatellen heillä ei ole ollut toisenlaista mallia tai vaihtoehtoa tarjolla kuin esimerkiksi päihteiden käyttö. Asiakkaan yksilöauttamisen lisäksi tukea ja apua on tarjottava myös asiakkaan läheisille esimerkiksi puolisolle tai lapsille, tavoitellen juuri ylisukupolvisuuden jatkumista muun muassa päihteiden käytössä.

Sosiaalipedagogisessa työssä korostuvia periaatteita ovat toiminnallisuus, yhteisöllisyys ja elämyksellisyys. Nämä kolme elementtiä - aktiivisuuspedagoginen, yhteisöpedagoginen ja elämyspedagoginen - kuuluvat sosiaalipedagogiseen työotteeseen. Työ on parhaimmillaan tilannesensitiivistä, avointa ja vuorovaikutuksellista siten, että kaikki toimijat voivat täysipainoisesti osallistua ja vaikuttaa siihen. (Hämäläinen 1999, 67.) Keskeistä sosiaalipedagogisessa työssä on toisen ihmisen kohtaaminen – keskustelussa, toiminnassa, yhteisössä. Subjektiuden vahvistaminen tapahtuu aina siten, että toinen ihminen kohdataan ja häntä kohdellaan subjektina. Dialogisessa kohtaamisessa ihmisten välille syntyy minä-sinä- suhde, jolla on erityinen kasvatuksellinen, subjektiutta vahvistava ja ihmisen itsetietoisuutta syventävä merkitys. (Hämäläinen 1999, 68.)

Kuntoutustiimin työntekijät ovat nostaneet työtään ohjaaviksi arvoiksi muun muassa ihmisarvon kunnioittamisen ja arvostamisen, jolla he haluavat muistuttaa asiakkaan olevan ensisijaisen tärkeä osa työskentelyä nimenomaan yhteistyökumppani eikä vain työn kohteena (Teematapaaminen 2 2010). Välillä työ vaatii asiakkaan hyvinvoinnin nimissä toimintaa, jotta tilanne ei pääsisi enää pahenemaan, mutta taustalla on kaikessa mukana aina asiakas yksilönä. Tämän vuoksi työn läpinäkyvyys, luottamuksellisuus, vastuullisuus ja eettisyys ovat tärkeitä piilareita työssä.

Sosiaalipedagoginen työ on aivan erityistä "identiteettityötä". Ihmisiä autetaan rakentamaan identiteettiään työstämällä elämänsä historiaansa, analysoimalla elämäntilannettaan ja hahmottamalla tulevaisuuttaan. Tällainen työskentely vaatii työntekijältä taitoa ja ymmärrystä, mikä kehittyy kokemuksen myötä. (Hämäläinen 1999, 69.) Identiteetti, yksilön käsitys itsestä, rakentuu erilaisissa rooleissa kuten lapsena, vanhempana, koululaisena, ammatinharjoittajana, tietyn asian harrastajana, päihteiden väärinkäyttäjänä, rikollisena, pakolaisena. Siihen vaikuttaa ratkaisevasti myös sukupuoli sekä yksilön etninen ja kulttuurinen tausta. Minäkuva voi olla enemmän tai vähemmän selkeä ja jäsentynyt. Se voi myös kapeutua ja fiksoitua voimakkaasti johonkin rooliin. (Hämäläinen 1999, 70.)

Asiakkaan kanssa keskusteltaessa pyritään löytämään yksilön vahvuuksia eri elämän osa-alueilla, ja sitä kautta luomaan identiteettiä. Monen kohdalla identiteetti

on muuttunut tai hävinnyt sairastumisen myötä, eikä uuden identiteetin hyväksyminen tai muodostaminen ole yksiselitteistä tai helppoa. Työkyvyn menettäminen tai perheyksikössä tapahtuneiden muutoksien myötä identiteetti on voinut kokonaan hävitä tai muuttua muotoaan esimerkiksi työssäkäyvästä työttömäksi tai perheen isästä päihteiden käyttäjäksi ja yksin eläjäksi. Näiden asioiden läpikäynti on osana kuntoutustiimin työtä yhdessä eri yhteistyötahojen kanssa. (Teematapaaminen 2 2010.)

2.5 Perehdytys

Työntekijä tulee perehdyttää työhön, työpaikan olosuhteisiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja turvallisiin työtapoihin ennen työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävän muuttuessa. Työnantajalla on vastuu perehdyttämisestä, jonka tulee sisältää muun muassa tarpeelliset tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. (Työturvallisuuslaki 2002.) Työturvallisuuslaissa mainittujen aihealueiden tarkoituksena on suojata uutta työntekijää. Vaikka vastuu perehdytyksen järjestämisestä on työnantajalla, käytännössä uuden työntekijän perehdyttää usein vastaavassa työtehtävässä toimiva henkilö tai koko työyhteisö. Perehdyttäjän kokemus kyseisestä työtehtävästä auttaa perehdytettävää hahmottamaan työnkuvan käytännöntasolla kuin jos perehdyttäjä olisi esimerkiksi ylempi esimies.

Hyvän perehdyttämisen voi ymmärtää usealla tavalla. Perehtymistä voidaan käsitellä sen laadun kannalta, jolloin se vastaa suoraan esimerkiksi perehdytettävän tarpeisiin ja perehdyttäjä on ammattitaitoinen. Perehtymistä voidaan pitää myös oppimiskokemuksena, jolloin perehdytettävä saa kokonaiskuvan omasta työstään ja tietää, mistä löytää lisää tietoa ja on kiinnostunut hankkimaan sitä lisää. Perehdyttäminen voi olla lisäksi toiminnan muutosta. Tällä muutoksella tarkoitetaan sitä, kuinka perehdytettävä pystyy toimimaan työssään ja työyhteisössään itsenäisesti. (Kupias & Peltola 2009, 112.) Hyvä perehdyttäminen on kuitenkin hyvin subjektiivinen kokemus, sillä oikeastaan vain perehdytettävä voi todeta perehdytyksen riittäväksi tai riittämättömäksi. Joillekin hyvä perehdytys voi tarkoittaa sitä, että saa seurata vierestä työntekijää työssään, mutta toisen mielestä hyvään

perehdytykseen tarvitaan kirjallista materiaalia ja keskusteluja muiden työntekijöiden kanssa.

”Hyvällä brandilla, positiivisella työnantajakuvalla ja muulla suhdemarkkinoinnilla saadaan hyviä ihmisiä houkutelluksi taloon. Eri asia on saada heidät työskentelemään motivoituneina.” (Juusela, Lillia & Rinne 2000, 10.) Perehdyttämisellä on käytännössä paljon vaikutusta esimerkiksi siihen, miten uusi työntekijä pääsee työhön kiinni ja mieltääkö hän sen positiiviseksi. Perehdyttäminen muun muassa vähentää uuden työntekijän epävarmuutta ja jännitystä, helpottaa työyhteisöön sopeutumista, tekee parhaimmillaan työn teosta alusta asti sujuvaa, tuo esille perehdytettävän kykyjä, kehittää ammattitaitoa ja nostaa perehdytettävän mielenkiintoa työtä kohtaan. (Lepistö 2000, 63–64.) Jokaisen ihmisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että työ on mielekästä. Kun työskentelyn alkutaival on mielekästä, helpottanee se laskua itsenäiseen työskentelyyn. Työskentelyn mielekkyys lisää yleensä motivoitumista, mikä on työnantajan näkökulmasta oleellinen piirre hyvässä työntekijässä.

Perehdyttäjän tehtävä on informoida perehdytettävää kaikesta tarpeellisesta työhön liittyvästä. Tarkoituksena on auttaa perehdytettävää olemaan hyvä työssään. Oppimisen edistämiseksi on erilaisia työkaluja, joita perehdyttäjä voi käyttää apunaan. Työkaluina voi olla kysymysten esittäminen joko suullisesti tai kirjallisesti, erilaisten testien ja kokeiden käyttö, jäsentely, soveltavat tehtävät ja harjoittelu, lukutehtävät ja perehtymispäiväkirja. (Kupias ym. 2009, 151–165.) Työkalujen avulla oppiminen on erilainen kokonaisuus kuin pelkkä keskustelu perehdyttäjän kanssa. On myös mahdollista, että erilaisten kokeiden ja testien kirjallinen osuus voisi tuoda vanhallekin työntekijälle uusia näkökulmia omaan työhön. Dialogisten keskustelujen avulla perehdytettävän tuomat uudet näkökulmat voivat edistää työn kehittämistä ja muokkautumista. Tällöin perehdyttäminen olisi kaksisuuntainen tie, jossa koko työyhteisö voi oppia uutta ja mahdollisesti luoda uusia työskentelymenetelmiä. Tästä johtuen on hyvä varata aikaa koko perehdytysprosessille enemmän kuin uuden työntekijän kaksi ensimmäistä työviikkoa.

Koko kuntoutustiimiä koskevaa perehdytysmateriaalia ei käytännössä ollut olemassa. Jokainen tiimiin kuuluvan kunnan tiimin työntekijät ovat saaneet perehdyt-

tää uudet työntekijät ja opiskelijat työhön haluamallaan tavalla. Joissain kunnissa on perehdytyksen osana käytetty perehdytyskansiota mutta osassa on luotettu käytännön kautta tapahtuvaan oppimiseen. (Teematapaaminen 1 2010.) Tapoja perehdyttää on varmasti yhtä monta kuin on perehdyttäjiä. Mitä enemmän on tapoja, sitä monipuolisempaa perehdytystä on mahdollista saada. Vaikka tiimi itse koostuu useammasta henkilöstä, ei yhdessä kunnassa ole työntekijöitä kuin korkeintaan kaksi. Tällöin on hyvin tärkeää vastata perehdytettäessä uuden työntekijän tai opiskelijan tarpeisiin ja tapaan oppia. Perehdyttäjänä toimivan työntekijän on siis osattava perehdyttää niin, että uusi ihminen saa kaiken tarvitsemansa tiedon niin, että tämä kykenee itse prosessoimaan ja hallitsemaan saamiaan tietojaan ja sitä kautta käyttämään niitä työskennellessään asiakkaiden kanssa.

Yhteistyökumppaneita ja esittäytymisiä varten tiimillä on kuitenkin ollut yhteinen PowerPoint-esitys, jota ei kuitenkaan ollut päivitetty (Teematapaaminen 1 2010). Esitellessä tiimiä yhteistyökumppaneille tai kouluissa opiskelijoille, painopiste on siinä, mitä kerrotaan suullisesti. On kuitenkin tärkeää kuulijoiden positiivisten mielikuvien vuoksi, että esittäytymiseen tarkoitettu materiaali on ajan tasalla ja siististi muotoiltua.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli räätälöidä kuntoutustiimille perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys, joiden avulla tiimin työmenetelmät ja toiminta tulisivat tutuiksi niin uusille työntekijöille, yhteistyökumppaneille kuin myös opiskelijalle. Tuotettu materiaali toimisi yhtenä osana perehdytystä.

Tavoitteenamme opinnäytetyön prosessin kannalta oli valmistaa perehdytysmateriaalia, joka vastaisi todelliseen työelämän tarpeeseen. Perehdyttämisen tavoitteena on muun muassa antaa perustiedot työpaikasta, edistää uuden työntekijän myönteistä asennoitumista työyhteisöön, luoda yhteistyötä, lyhentää oppimisaikaa, poistaa epävarmuutta ja vähentää virheitä (Lepistö 2000, 65). Tarkoituksena oli, että perehdytysmateriaali tukisi tätä perehdytyksen tavoitetta ja antaisi konkreettisia välineitä puheen tueksi.

Henkilökohtainen tavoitteemme oli valmistaa laadukas ja ajan tasalla oleva perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys huomioiden tekoprosessiin liittyvät eettiset näkökulmat. Laadukkuutta pyrimme varmistamaan ammattikirjallisuuden avulla sekä huomioimalla kuntoutustiimin toiveet koskien perehdytysmateriaalin sisältöä ja ulkoasua. Laadukkuuden tärkeyttä perustelimme sillä, että todennäköisesti materiaalia tullaan tiimin perehdytyksessä käyttämään herkemmin, jos se koetaan omannäköiseksi.

4 PROSESSIN KUVAUS JA TUOTTEISTAMINEN

Syksyllä 2009 aloimme pohtia opinnäytetyön aihetta ja sitä, millaisen opinnäytetyön haluaisimme tehdä. Tärkeimmäksi kriteeriksi aiheen valinnassa nousi halumme vaikuttaa jollain tapaa oman kotikunnan palveluihin. Kyse ei ollut siitä, että oman kunnan palvelut olisivat mielletty toimimattomiksi vaan siitä, että halusimme kehittää palveluja ja tuoda jollakin tapaa niitä näkyvimmiksi. Edellisen lisäksi halusimme jollain tasolla helpottaa ja tehostaa kunnassa tehtävää sosiaalialantyytä.

Pohdinnan ja kyselyiden jälkeen Orimattilan, silloinen päihde- ja mielenterveys-tiimi, nykyinen kuntoutustiimi tuli työn hankkijaksi. Alun perin ideana oli tehdä esimerkiksi esite, jonka avulla kuntalaiset saisivat täsmällistä tietoa kyseisestä palvelusta. Kuitenkin syksyn aikana tiimi esitti toiveen perehdytyskansioista, sillä koko tiimin työskentelyn kattavaa ajantasaisista perehdytyskansioista heillä ei ollut. Ajatuksena oli, että kansio rakennettaisiin niin, että jokainen tiimiin kuuluva kunta voi käyttää sitä perehdytyksen tukena. Perehdyttämisen lisäksi toiveena oli perehdytyskansion hyödyntäminen opiskelijoiden ohjauksessa ja harjoittelujakson aloittamisen helpottamisena. Perehdytyskansion lisäksi esille nousi enemmän yhteistyökumppaneille suunnattu PowerPoint-esitys, jonka avulla olisi helppo kertoa kuntoutustiimin toiminnasta, ja lisätä sen kautta tietoa tiimistä.

Päädyimme ottamaan opinnäytetyön projektiksemme luoda uusi, enemmän tarvitta palvelevampi perehdytyskansio sekä ajantasainen PowerPoint-esitys isompia tilaisuuksia varten. Näiden materiaalien kautta pääsimme toteuttamaan opinnäytetyön toiminnallisena, mikä oli molempien toiveena pohtiessamme opinnäytetyön aihealuetta ja toteutusta. Projektinomainen työskentely oli helppo toteuttaa, sillä opinnäytetyöprosessiin kuuluvat suunnitelma, väliraportit sekä loppuraportti. Suunnitelma toteutui opinnäytetyön suunnitelmana, jossa esittelimme tulevaa opinnäytetyötämme ja sen myötä tulevia tuotoksiamme. Väliraportointi on tapahtunut ohjaavan opettajan kanssa koko prosessin ajan sekä kuntoutustiimin kanssa ennen valmiiden tuotoksien julkaisua. Itse opinnäytetyö toimii loppuraporttina projektin tuotoksista. Aivan kaikkia projektin piirteitä opinnäytetyöprosessimme

ei täytä, muun muassa projektien resurssien arviointi ja raportointi eivät vastaa kaikilta osin projektin ominaispiirteitä (Vilkkä, Airaksinen, 2003, 48–49).

Tuotteella tavallisesti tarkoitetaan materiaalisia tavaroita, mutta tuote voi olla Jämsän ja Mannisen (2000,13) mukaan myös tavarana ja palvelun yhdistelmä. Perhdytyskansio on lähempänä perinteistä tuotetta, mutta sen tarkoitus ja tavoite, yhtäläillä myös PowerPointin, on palvella työntekijää työn sujumisen kannalta. Näin ollen sen tuotteenomainen arvo saa rinnalleen palvelua myötäilevän piirteen.

4.1 Yhteistyökumppani

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alaisuudessa toimiva peruspalvelukeskus Aavan kuntoutustiimi toimii tällä hetkellä kuuden kunnan alueella, Nastolasassa, Iitissä ja Orimattilan seudulla, johon Orimattilan lisäksi kuuluu Artjärvi, Myrskylä ja Pukkila. Tiimissä työskentelee päihde- ja mielenterveyspalveluiden koordinaattori, tiimivastaava sekä viisi päihde- ja mielenterveystyöntekijää. Päihde- ja mielenterveystyöntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä sosiaaliohjaajia. Erityisosaamista löytyy muun muassa psykiatrisesta hoitotyöstä. (Teematapaaminen 1 2010.)

Kuntoutustiimin asiakaskunta muodostuu 18–75-vuotiaista päihde- ja mielenterveyskuntoutujista. Punkasen (2003, 27) mukaan viimeisten vuosikymmenien aikana, on laitospaikkoja on vähennetty huomattavasti; 19 500 paikasta on enää jäljellä 6 500 paikkaa. Psykiatrisen hoidon asiakaspaikkojen vähentyminen kertoo ajan hengestä, joka painottuu kotiin tehtävään työhön, itsenäiseen tai tuettuun asumiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Kuntoutustiimin työn tavoitteena on auttaa ja tukea asiakkaitaan raittiudessa, mielenterveysongelman hoidossa sekä arjen sujumisessa nimenomaan asiakkaan kotona. Työskentely sisältää monipuolisia elementtejä lääkehuollosta raha-asioiden hoitamiseen kuin myös kodin siivouksesta ja hygieniasta päivätoiminnan ohjaamiseen. Asiakastyöskentely voi olla yksilötyötä tai ryhmässä tapahtuvaa ohjausta riippuen asiakkaiden tarpeista ja tilanteesta. (Teematapaaminen 2 2010.)

Asiakkuuspolku muodostuu alkuyhteydenottamisen jälkeen kartoituskäynnistä, jonka tavoitteena on saada kuva asiakkaan sen hetkisestä tilasta ja problematiikasta. Asiakkuuden jatkuessa ja työskentelyn edetessä voi nousta esiin paljon muitakin haasteita kuin mitä alkuperäiseen kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu työskentelyn alussa. Kuntoutussuunnitelman mukaan pyritään luomaan asiakasta parhaiten tukeva työskentelyrytmi ja -tapa. Väliarviointien kautta arvioidaan työskentelyn etenemistä ja mahdollisia muutoksia jatkotyöskentelyä varten. Yksittäinen asiakkuus voi kestää kuukausista jopa vuosiin, sisältäen erilaisia etenemis- ja taantumisvaiheita. (Teematapaaminen 2 2010.)

Kuntoutustiimi pyrkii toimimaan asiakkaan tilanteesta riippuen mahdollisimman paljon yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Aktivoimalla läheisiä, ja muita kontakteja, pyritään luomaan monipuolista ja moniammatillista tukiverkostoa asiakkaan asioiden hoitamiseksi. (Teematapaaminen 2 2010.) Tällä pyritään asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen ja tukemiseen.

4.2 Suunnittelu

Valitsimme perehdytyskansion ensimmäiseksi työn kohteeksi, sillä tuleva PowerPoint-esitys tulisi pitkälti pohjautumaan perehdytyskansion tietoihin. Perehdytyskansioita suunniteltaessa tutustuimme erilaisiin perehdytyskansioihin ja henkilöstöoppaisiin. Näistä haimme vertailukohdetta omalle kansiolle, joka kuitenkin täyttäisi sekä tiimin työntekijöiden toiveet että olisi kokonaisuudessaan monipuolinen ja tarkoitustaan palveleva. Aluksi päädyimme tekemään kuntoutustiimille henkilöstökansioita. Huomasimme henkilöstökansion olevan niin laaja-alainen ja vaativan myös tiimin panostusta kansion valmistamisessa, joten päädyimme siihen, ettei henkilöstökansio vastaa hankkeistetun opinnäytetyön tarkoitukseen.

Kuntoutustiimi antoi perehdytyskansion ja PowerPoint-esityksen ulkomuodosta varsin vapaat kädet. Ainoat työtä ohjaavat toiveet olivat selkeys ja houkutteleva ulkomuoto, joka pitäisi yllä mielenkiintoa. Koko tiimin yhteinen toive oli saada Veikko Lavin kappaleen ”Jokainen ihminen on laulun arvoinen” sanat kansioon. Kuntoutustiimin mukaan kyseisen laulun sanat kuvaavat heidän työtään ja asiak-

kaita varsin otollisella tavalla. Lisäksi kuntoutustiimi toivoi molempien tuotoksien olevan helposti päivitettävissä jatkossakin. Näiden toiveiden mukaan aloimme suunnitella perehdytyskansion runkoa sekä PowerPointin sisältöä.

Perehdytyskansion tavoitteena on tukea sekä uuden työntekijän että tiimiin tulevan alan opiskelijan tutustumista tiimiin ja sen toimintatapoihin. Perehdytyskansion pohjalta rakennetaan tiimille myös uusi PowerPoint -esitys, jota tiimi voi käyttää esimerkiksi yhteistyökumppaneita varten. Lisäksi yhteiset materiaalit auttavat työntekijöitä luomaan yhdenmukaisen kuvan tiimin työstä ja työmenetelmistä.

4.3 Projektina perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys

Aivan ensimmäiseksi työksemme etsimme Veikko Lavin toivotun laulun sanat. Halusimme, että sanat olisivat heti alkuvaiheessa huolehdittu, kun se oli ainoa tarkempi toivomus tiimiltä. Muutoin lähdimme työstämään perehdytyskansion runkoa varsin askeettisesti, ja kokosimme ensimmäiseksi aihekokonaisuuksia. Kirjoitusvaiheessa emme vielä kovinkaan paljoa takertuneet ulkoisiin seikkoihin. Pääpaino oli saada rakenne ja runko toimimaan sujuvasti, ja että aihekokonaisuudet olisivat selkeitä ja loogisesti paikannettuja.

Aivan kaikkia tiimin esittämiä toiveita emme voineet perehdytyskansiossa toteuttaa. Esitelty idea ajantasaisista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän puhelinnumeroista ja henkilökunnasta oli todella suuri ja osittain mahdoton suuren vaihtuvuuden vuoksi toteuttaa. Henkilöstöoppaan tavoin erilaisten lakisääteisten asioiden kuten työaikoihin ja palkkauksiin liittyvät selonteot jätimme pois. Valmis perehdytyskansio keskittyy kuvaamaan Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymää yleisesti, jonka jälkeen painotus on kuntoutustiimin tekemässä arjen työssä asiakkaiden parissa.

Kansion tekeminen oli haastavaa, sillä kirjoittamisen aikana meidän oli pidettävä mielessä lukijan asema, jolloin tekstin on vastattava tiettyihin kysymyksiin. Kielellisyys oli myös haaste. Tekstin tuli olla selkeää ja asianmukaista, mutta ei jäykkää eikä lukijaa aliarvioivaa. Tiedonmäärää meidän tuli miettiä tarkoin ja rajata

sitä varsin paljon. Visuaalista ilmettä muokatessamme pyrimme vaihtoehtoista etsimään sopivan selkeää mutta silti persoonallista lopputulosta. Halusimme kansion olevan nimenomaan kuntoutustiimille.

PowerPoint-esityksen tekeminen oli suhteessa nopeampi kuin perehdytyskansion. Aikaisempi PowerPoint-esitys toimi suuntana, millaisia asioita kuntoutustiimistä on aiemmin nostettu esiin. Päädyimme kuitenkin varsin erityyppiseen rakenteseen ja diojen sisältö on pitkälle perehdytyskansion kanssa yksissä. Tavoite oli saada perehdytyskansioista tukea PowerPoint-esitykseen. Tällöin samojen asioiden löytyminen laajemmin perehdytyskansioista helpottaa esitystä isommille ryhmille.

PowerPoint-esitykseen halusimme selkeät ja tiiviit diat, joissa on ydinasiat esillä. Pyrimme välttämään liian täysiä dioja, sillä halusimme yleisilmeen olevan yksinkertainen. Väljemmät diat antoivat myös enemmän mahdollisuuksia panostaa kirjaimien fontin kokoon ja näkyvyyteen. Tällä pyrimme välttämään turhia keskeytyksiä esityksessä, ettei esittelijän tarvitse lukea ääneen dioja, vaan kertomaan laajemmin yksittäisen dian aiheesta. Mielenkiinnon ylläpitämiseksi ja havainnollistamiseksi teimme erilaisia kaaviokuvioita. Ne rikkovat tekstipainotteisia dioja, sekä selkeyttävät ja yksinkertaistavat joitain esittelyn aiheita kuten asiakasprosessia. Ne esittävät asiat tehokkaammin. Visuaalisen ilmeen halusimme olevan pirteä ja raikas, mutta silti uskottava.

4.3.1 Materiaalin hankinta

Opinnäytetyömme materiaalin hankinnan toteutimme laadullisena tutkimusmenetelmänä, sillä tarkoituksemme oli saada kokonaisvaltainen kuva kuntoutustiimin toiveista suhteessa tuotoksiin sekä faktatietoa kuntoutustiimin työstä. Aineiston keräämisen toteutimme kahdella teemahaastattelulla, joissa tavoitteenamme oli saada mahdollisimman selkeä kokonaiskuva kuntoutustiimin arvoista suhteessa työhön, työnkuvasta ja toimintatavoista. Teematapaamiset pidettiin Orimattilan sosiaalitoimen kokoustiloissa kahtena iltapäivänä. Teemahaastatteluiden avulla meidän oli helpompi rajata aihealuetta tiettyihin teemoihin, mutta emme silti ha-

lunneet rajata keskustelua liian yksittäisiin kysymys-vastaus-pareihin. (Vilkkä yms. 2003, 63). Teemahaastatteluiden lisäksi käytimme runsaasti erilaisia lähteitä tutkiessamme tarkemmin perehdyttämistä sekä kuntoutustiimin asiakkaiden problematiikkaa.

Teematapaamiset

Kevään aikana pidettiin koko tiimin kesken kaksi tapaamiskertaa, joiden tarkoituksena oli raamittaa niin perehdytyskansioon haluttavia asioita sekä selvittää, millaista työ todellisuudessa on. Tapaamisten pohjana käytettiin teemahaastatteluita, joissa ei ole valmiita kysymyksiä tai vastausvaihtoehtoja vaan tapaaminen etenee haastateltavien kanssa omalla painollaan valitun teeman mukaisesti (Yli-Luoma 2001, 34.). Tapaamiset rajattiin kuitenkin kahteen aiheeseen, perehdytykseen ja tiimin työhön. Tällä pyrittiin käyttämään työskentelyaika tehokkaasti ja asiapitoisesti.

Ensimmäisellä teematapaamiskerralla oli aiheena yleisesti perehdytys. Tiimi jaettiin kahteen pienryhmään, joiden tarkoituksena oli pohtia, miten perehdytys tulisi järjestää ja mitä sen tulisi pitää sisällään. Molempien ryhmien tuli ensin pohtia, mitä hyvä perehdytys sisältää. Ensimmäisen ryhmän omat kysymykset olivat ”Miten sinut on perehdytetty työhösi?” ja ”Mitä välineitä perehdytyksessä tulisi käyttää?” Toisen ryhmän kysymyksiä oli ”Mitä vaikutuksia perehdytyksellä on käytännön työn kannalta?” ja ”Miten itse kehittäisit jo olemassa olevaa perehdytystä?”. Näiden kysymyksien tarkoituksena oli ensinnäkin virittää työntekijät pohtimaan perehdytystä ensin laajasta näkökulmasta ja samalla löytää yhteinen taajuus perehdyttämisen tärkeydestä työelämässä. Toiseksi kysymysten tarkoituksena oli antaa osviittaa siitä, millaista perehdytyskansiota juuri kuntoutustiimi tarvitsee.

Yllätykseksi toisesta pienryhmästä heräsi vastarintaa yhden työntekijän kannalta perehdytyskansiota vastaan, vaikka idea siitä oli tullut tiimiltä itseltään. Kävi ilmi, ettei kyseinen työntekijä ollut itse saanut missään kunnollista perehdytystä vaan oli joutunut suoraan kentälle. Työntekijä pohti sitä, onko perehdytys yleensäkin tarpeellista ja voiko uusi työntekijä verhoutua passiiviseksi niin, ettei halua tehdä mitään ennen kuin perehdytys on saatu loppuun.

Yleisesti tiimi koki kuitenkin perehdytyksen olevan tärkeä osa uuden työntekijän, yhteistyökumppanin tai opiskelijan niin sanotussa sisäänajossa. Kaikki olivat sitä mieltä, että perehdytyskansio ja PowerPoint -esitys toimivat puheen ja käytännön opetteluun tukena.

Työntekijät kokivat, että työ tuo uusia perehtymistä vaativia tilanteita eteen jopa viikoittain ja työntekijän on oltava valmis oppimaan myös asiakkaalta työstä. Tiimin sanojen mukaan osaamista on siis kyky toimia ja kohdata asiakas yksilöllisellä tavalla säätelämällä omaa työpersoonaa. Perehdytyksen kannalta tärkeää tiimille oli perehdytyksen joustavuus ja rauhallinen ajankohta sekä prosessinomainen työskentely. Perehdytysmateriaali takaa uudelle tulokkaalle pehmeämmän laskun työhön, sillä työ itsessään on hyvin käytännön läheistä ja fyysistä, jolloin taustalla olevat asiat, kuten sairauksien ominaisuudet ja kahvitauot, eivät ole heti mielessä.

Toinen tapaamiskerta oli varattu yleiselle keskustelulle tiimin työstä. Aihetta ei haluttu tarkentaa tämän enempää vaan luotettiin siihen, että tiimin omat näkökulmat ja ideat kantavat keskustelua. Tapaamisen aikana käytiin läpi kunkin kunnan ja työntekijän kohdalta, mitä työ käytännön tasolla sisältää ja millaisten teemojen äärellä työntekijät päivittäin ovat.

Tiimi koki hankalana kuvailla omaa työpäiväänsä, sillä jokainen päivä rakentuu eri tavalla kuin edellinen. Tiimi kuvaili, että heidän työnsä on tukea asiakasta kotoon ja kotoa pois, auttaa asiakasta etsimään paikkansa yhteiskunnassa ja elämänsä mielekkyyttä. Työ on sekä sosiaalista että fyysistä ja työtä tehdään vahvasti yhteistyöverkoston kanssa. Tarkoituksena on tukea asiakasta sairautensa kanssa: antaa konkreettista apua esimerkiksi viemällä lääkäriin tai opastamalla asiakasta auttamaan itseään. Usein työntekijä toimii myös asiakkaan äänenä palveluiden viidakossa. Tiimi koki, että myös asenteen perehdyttäminen on olennaista: työntekijän tulee olla nöyrä, kunnioittava, arvostava ja käsittää nykyaikaa. Näistä teemoista työstettiin tiimin arvot.

Eettisen näkökulman myötä päädyimme siihen, ettemme haastattele kuntoutustiimin asiakkaita opinnäytetyötä varten vaan kokoamme perehdytysmateriaalia ainoastaan teematapaamisten eli työntekijöiden näkökulman kautta. Tällä pyrimme takaamaan asiakkaille identiteettisuojaan. Tekemämme rajausta tukee perehdytysmateriaalin ajatusta sikäli, että perehdytys tapahtuu työntekijänä olemisen näkökulmasta. Asiakkaiden näkökulma tulee esiin asiakastapaamistilanteissa. Perehdytysmateriaaliin sisällytetään asiakkaan näkökulma asiakaslähtöisyyden ja ammatillisen välittämisen muodossa.

Sähköposti

Teematapaamisten lisäksi käytimme säännöllisesti sähköpostia materiaalin keräämisen välineenä. Sähköpostin valitsimme käytännön syistä, sillä se on nopea tapa tavoittaa monia henkilöitä samalla kertaa ja jokainen pystyy oman aikataulunsa mukaisesti niihin vastaamaan. Sähköpostin avulla pääosin tarkistimme yksittäisiä tietoja ja pyysimme tarkennuksia yksittäisiin osa-alueiden kohtiin. Sähköpostin kautta vastaaminen antoi myös helposti dokumentoitavan vastauksen, johon oli helppo palata myöhemminkin.

Sähköpostitse yhteydenpito onnistui mainiosta lähes kaikkien kanssa. Suurimaksi osaksi vastaukset tulivat nopeasti ja olivat hyvin kirjoitettuja ja kysymyksiin vastanneita. Yksittäisiä tapauksia oli, jolloin joudumme laittamaan uudemman sähköpostin, mutta ne eivät onneksemme haitanneet työn etenemistä kovinkaan paljoa. Sähköisen viestinnän käytössä pyrimme koko ajan muistamaan asiakkaiden turvallisuuden suojaamisen, emmekä näin ollen kysyneet yksittäisten asiakkaiden tietoja vaan kysymykset kohdistuivat muun muassa yhteistyökumppaneihin, työn arvoihin ja työpäivän kulkuun.

4.3.2 Viimeistely ja lopulliset tuotokset

Viimeistely tapahtui tiimin nähtyä sekä perehdytyskansion että PowerPointesityksen valmiit versiot. Heillä oli mahdollisuus kommentoida ja tuoda esiin muutosehdotuksia ennen kuin tuotteet julkaistaisiin. Halusimme kuntoutustiimin

työntekijöiden saavan mahdollisuuden kertoa vapaasti mielipiteitään, jotta voisimme viimeistellä tuotteet vielä enemmän heidän oloisiksi. Tällä pyrimme takaamaan tuotteiden käytön aktiivisuuden sekä käyttömukavuuden.

Sekä PowerPointin kuin perehdytyskansion viimeistelyssä pyrimme huomioimaan tuotosten esteettiset kokonaisuudet, jotta lukijan tai kuulijan kiinnostus onnistutaisiin herättämään sekä tutustumaan vielä paremmin. Jämsän ja Mannisen (2000,103) mukaan ihminen kerää eri aistiensa kautta tietoa huomioiden sanat, värit, muodot jne. Lisäksi koetestasimme molemmat tuotokset sekä kuntoutustiimin työntekijöillä mutta myös henkilöillä, jotka eivät ole aiemmin tienneet kuntoutustiimistä eivät nähneet aiemmin tekemiämme tuotoksia. Näiden koekäyttäjien avulla halusimme saada realistisia kommentteja sellaisilta henkilöiltä, joiden tulisi saada tarvitsemansa tieto jommastakummasta tuotoksesta ja kiinnostua kuntoutustiimin työstä.

Lopullisessa perehdytyskansiossa on 73 sivua ja viisi osiota: perehdytys, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän esittelyä, peruspalvelukeskus Aavan esittely, kuntoutustiimin esittely sekä taustatietoa työhön. Nämä viisi osa-aluetta muodostavat perehdytyksen kokonaisuuden. Halusimme teoriaosuudella huomioida sekä uutta työntekijää, opiskelijaa kuin myös vanhaa työntekijää. Teoria osuus on tiiviissä yhteydessä kumpaakin pääproblematiikkaan, ja näitä täydentäen nostimme esiin muutamia kohtia tarkemmin herättääksemme keskustelua sekä auttamaan käytännön työtä. Tekstit ja eri osiot ovat sijoiteltu niin, että yksittäinen sivu on helppo päivittää tarpeen tullen. Perehdytyskansioista annettiin tulosteverSION lisäksi myös sähköinen tiedosto, jonka avulla päivitys tapahtuu helposti ja perehdytyskansion käyttöikä ja ajankohtaisuus säilyvät.

Valmis PowerPoint-esitys muodostuu 22 diasta. PowerPoint-esityksen tavoite on antaa tiivistettyä tietoa kuntoutustiimin työstä, joten päädyimme varsin pelkistettyihin dioihin, joissa tieto on yksinkertaisesti näkyvillä. Diasarjan runko on varsin samantyylinen kuin perehdytyskansiossa, eli ensin esitellään sosiaali- ja terveisyhtymän rakennetta ja peruspalvelukeskus Aavaa. Tällöin kuulijalla on helppo lähteä muodostamaa mielikuvaa organisaatiosta ja kuntoutustiimin paikasta. Organisaation esittämisen selkeyttä halusimme korostaa tekemällä kaksi kaaviota,

joissa korostetusti näkyy kuntoutustiimin sijainti. Näiden jälkeen esityksen painopiste on kuntoutustiimin tekemässä työssä, asiakaskunnassa sekä yhteistyötoiminnassa.

PowerPoint-esityksessä ei ole käytetty Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveys yhtymän virallista vihreän sävyä eikä käden jälki-logoa. Koska nämä molemmat ovat yhtymän virallisia tunnuksia, ne ovat myös suojattu sekä rajattu vain yhtymän käyttöön. Tästä johtuen olemme muokanneet PowerPoint-esityksen muotoiluilla, jotka ovat selkeästi erinäköiset. Selkeästi eri värimaailma vähentää mahdollisuutta sekoittaa sävy viralliseen vihreän sävyyn eikä vaikuta kopioidulta. PowerPoint-esitys on muutettavissa tarpeen mukaan yhtymän virallisiin muotoiluihin. Tämän voi tehdä ainoastaan yhtymältä luvan ja käyttöoikeudet saanut henkilö.

PowerPoint-esityksessä olemme kuvailleet kuntoutustiimiä heidän arvojensa ja palveluntuottajan näkökulmasta. Asiakkaista ja asiakkuudesta kertovien dioiden avulla esittelijä voi vapaammin kertoa arjen työstä ja luoda esityksestä persoonallisen tuomalla esiin erilaisia esimerkkejä. Yhteistyötahoista on mainittu yleisimmät ja yleisluonteisesti eri yhteistyötahoja, jotta kuulijan on mahdollista paikantaa kuntoutustiimi osaksi palveluketjua. Uusille yhteistyökumppaneille esitellessä diasarjaa jo mukana olevien yhteistyökumppaneiden nimeäminen lisää kuntoutustiimin ammattiroolia sekä sijoittamista eri palveluiden alueille. Halusimme tuoda myös PowerPointissa näkyväksi kuntoutustiimin kuvauksen työstään, asenteistaan ja arvoistaan Veikko Lavin kappaleen Jokainen ihminen on laulun arvoinen kertosakeen myötä.

5 POHDINTA

5.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Pääsimme opinnäytetyötä varten asettamiin tavoitteisiimme. Opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli räätälöidä kuntoutustiimille perehdytysmateriaalia, sillä tiimi oli tyytymätön aiempaan materiaaliin ja koko tiimin käsittävää materiaalia ei käytännössä ollut ollenkaan. Tavoitteen saavuttamiseksi halusimme ottaa tiimin vahvasti mukaan materiaalin sisällön suunnittelussa. Kahden teematapaamisen aikana käytiin läpi tiimin ajatuksia perehdytyksestä ja siitä, kuinka se tulisi järjestää sekä mitä tiimin työ pitää asiakkaan kodissa sisällään. Perehdytysmateriaalin valmistusvaiheessa kävimme sähköpostitse keskustelua tiimin kanssa erinäisistä käytännöistä, joihin tahtoimme varmistusta.

Perehdytysmateriaalin laadun takaamiseksi perehdyimme tiimin työn lisäksi ammattikirjallisuuteen päihde- ja mielenterveyden, kuntoutuksen, perehdytyksen ja sosiaalipedagogiikan osa-alueilla. Viimeisimmän tiedon saamiseksi käyimme mahdollisimman tuoreita alan ammattilaisten kirjoittamia lähteitä. Valmis perehdytysmateriaali antaa nyt perustiedot tiimissä tehtävästä työstä ja yleistä tietoa esimerkiksi eri sairauksista ja lääkkeistä.

Prosessin loppuvaiheessa saimme tietää, että Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät on ottanut kantaa perehdytykseen. Yhtymän tavoitteena on panostaa vastaisuudessa perehdyttämisen kehittämiseen ja laadun parantamiseen. Tästä johtuen opinnäytetyömme on erittäin ajantasainen sekä vastaa syntyneeseen tarpeeseen hyvin.

Nähtäväksi jää, saavuttaako opinnäytetyömme perimmäisen tavoitteensa pääsemällä käyttöön osana tiimin perehdytystä. On tiimistä ja sen työntekijöistä kiinni, ottavatko he valmistamamme perehdytysmateriaalin käyttöön. Lähtökohdalla on kuitenkin ollut heidän tarpeensa perehdytysmateriaalille, joten katsomme tavoitteet saavutetuiksi ja olemme tyytyväisiä tuloksiin.

5.2 Tuotteiden arviointi

Perehdytyskansion ja PowerPoint-esityksen rakentaminen työelämän käyttöön osoittautui mielenkiintoiseksi ja haasteelliseksi opinnäytetyön aiheeksi. Koko prosessille olennaista oli, että valmistamaamme materiaalia tullaan käyttämään työelämässä perehdytyksen osana. Tällöin materiaalin tulee olla selkeää, helppoluukuista ja yksiselitteistä. Tuotteita arvioidessamme olemme kiinnittäneet eritoten huomiota perehdytysmateriaalin hyödynnettävyyteen ja luotettavuuteen, sillä ne vaikuttavat suurilta osin siihen, käyttääkö tiimi materiaalia vai ei.

Oman haasteensa materiaalin valmistamiselle toi eri kohderyhmät. Jouduimme tasapainoilemaan sen välillä, onko tieto liian itsestään selvää tai onko tietoa riittävästi. Kuntoutustiimin tekemä työ on hyvin monialaista, jolloin perehdytysmateriaaliinkin olisi voinut lisätä vielä useita kymmeniä sivuja esimerkiksi erilaisia tutkimustuloksia ja -suosituksia. Aineiston hallittavuuden näkökulmasta jouduimme rajaamaan materiaalia pois yllättävän paljon.

Teematapaamisten ja ammattikirjallisuuden kautta olemme saaneet kattavan kuntoutustiimin toimintaa kuvaavan kirjallisen työn aikaiseksi. Mielestämme perehdytysmateriaali selkeyttää uudelle työntekijälle, opiskelijalle tai yhteistyökumppanille tiimin työskentelyn lähtökohdat ja tarkoituksen. Materiaalin ei kuitenkaan ole tarkoitus kertoa kaikkea, sillä se on vain yksi osa perehdytystä. Puheen tukena perehdytyskansio ja PowerPoint -esitys selkeyttävät tiimissä tehtävää työtä tarkoituksen mukaisella tavalla. Perehdytyskansiossa on huomattava määrä sivuja.

Vaikka tietoa on paljon, sitä ei ole tarkoitus omaksua yhdellä kertaa. Osa aiheista saattaa olla itsestään selvyyksiä esimerkiksi pitkän työuran tehneelle. Uskomme kuitenkin, että perehdytyskansio tarjoaa muistutusta myös vanhoille työntekijöille. Esimerkiksi sanattoman viestinnän vaikutus voi jäädä helposti unohduksiin kaiken muun ohella. Se on kuitenkin erittäin oleellista asiakkaan näkökulmasta katsottuna.

Mielestämme valmistettu perehdytysmateriaali vastaa sille asetettuihin tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Materiaali on koottu johdonmukaiseksi ja sitä on helppo lukea. Kansio ja esitys ovat heti käyttökelpoisia eivätkä niihin ole meidän mieles-

tämme välttämätöntä tehdä muutoksia, sillä noudatimme tiimin toiveita mahdollisimman pitkälle ja pyysimme tiimiä kommentoimaan materiaalia ennen viimeistelyä.

5.2.1 Hyödynnettävyys

Perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys rakennettiin koskemaan koko tiimiä sen sijaan, että se olisi kohdistettu yhden kunnan alueella tehtävään päihde- ja mielen-terveystyöhön. Rajauksen avulla valmistamamme materiaali tavoittaa määrällisesti enemmän ihmisiä. Koko tiimin kattava perehdytysmateriaali antaa nyt kattavan kuvan koko tiimin toiminnasta ja siitä, mihin se sijoittuu isossa organisaatiossa. Käytettävissä oleva kirjallinen perehdytysmateriaali on nyt yhtenäinen koko tiimillä, mikä lisää eri kuntien uusien työntekijöiden välistä tasa-arvoa.

Perehdytyskansio muotoiltiin niin, että tiedon vaihtuessa tai päivittyessä kansiosta on helppo poistaa sivuja ja lisätä uusia tilalle ilman, että muut tiedot kansiosta häviäisivät, sillä uusi aihe tai aihekokonaisuus alkaa aina omalta sivultaan. Muotoilu mahdollistaa kansion päivittämisen myös siinäkin tapauksessa, että kuntoutustiimin työntekijöiden mielestä jotain olennaista puuttuu.

Hyödynnettävyyden näkökulmasta on oleellista, että materiaali on luettavaa ja ymmärrettävää. Koska perehdytysmateriaali tehtiin alan ammattilaisille ja opiskelijoille, käytimme ammattisanastoa. Oletuksena on, että sosiaali- tai terveydenalan ammattilainen hallitsee ammattisanaston ja opiskelija on kykenevä liittämään sanastoa käytäntöön kuntoutustiimin työntekijöiden avustuksella. Tärkeämpänä pidimme sitä, että kansio ja esitys ovat ulkoasultaan selkeitä ja sisällöllisesti ne vastaavat olennaisiin kysymyksiin. Kokosimme perehdytysmateriaalin niin, että kansio ja esitys etenisivät johdonmukaisesti. Selkeyden vuoksi muotoilimme perehdytyskansion bibliografiset tiedot helppolukuisiksi.

Perehdytysmateriaali on hyödynnettävissä selkeästi työelämässä. Kuitenkin vasta tiimin käyttäessä valmistettua materiaalia, voidaan arvioida, toimiiko se sellaisenaan ja vastaako se kokonaisuutena heidän toiveisiinsa. Olemme noudattaneet

tiimin toiveita hyvin pitkälle prosessin aikana. Toki joitain ajatuksia olemme muokanneet erilaisiksi kuin toive oli, mutta pääsääntöisesti materiaalin tulisi vastata tiimin toiveisiin ja sitä kautta tarpeeseen.

Koska materiaali on tehty juuri kuntoutustiimille, on sitä hankala yleistää tiimin ulkopuolelle. Toki teoreettiset lähtökohdat kuten päihde- ja mielenterveystyö ovat toteutettavissa kaikissa kyseisen sektorin työpaikoissa ja siten perehdytyskansion osia on mahdollista käyttää muuallakin. Kuitenkin tavoitteena oli räätälöidä kuntoutustiimille omaa materiaalia, jolloin se on koostettu juuri tiimin näkökulmasta. Opinnäytetyömme yleistettävyyks on heikkoa, mutta se ei ole ollut itsetarkoitus.

5.2.2 Luotettavuus

Hirsijärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 217) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta edistää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta niin, että aineiston tuottamisen olosuhteet olisivat selvästi ja totuudenmukaisesti esitetty. Luotettavuuden takaamiseksi olemme kuvanneet koko opinnäytetyöprosessin luvussa Prosessin kuvaus ja tuotteistaminen, jossa käy ilmi teematapaamisten sisältö ja perehdytysmateriaalin teon vaiheet.

Perehdytyskansiossa ja PowerPoint-esityksessä käytetty materiaali on koottu kuntoutustiimiltä saatujen tietojen perusteella. Näiltä osin katsomme, että saatu aineisto on luotettavaa ja ajan tasalla. Luotettavuutta olisi voinut korostaa seuraamalla työntekijöiden työtä asiakkaiden kotona, jolloin olisimme päässeet havainnoimaan työntekijää ja asiakastilannetta itse. Samalla olisimme voineet vertailla tiimin antamia tietoja ja omia havaintojamme. Kuntoutustiimin työntekijöiden arki olisi tällöin tullut konkreettisemmaksi ja ehkä helpottanut materiaalin kokoamista, sillä sen tarkoituksena on perehdyttää uusi työntekijä, opiskelija tai yhteistyökumppani juuri käytännön tasolla tehtävään sosiaalialan työhön. Kuitenkin asiakkaiden yksityisyyden turvaamiseksi emme katsoneet vaihtoehtoa mahdolliseksi.

Aineisto kerättiin kahden teematapaamisen avulla. Aluksi teematapaamisten määrä tuntui vähäiseltä. Kuitenkin tapaamisten aihevalinnat osoittautuivat hyviksi ja

riittäviksi, mitä tiimin työntekijät itsekin kiittivät. Työskentely olisi voinut mennä syvemmälle, jos teematapaamisia olisi ollut enemmän kuin kaksi, mutta kahden isomman kokonaisuuden käsittely onnistui odotettua paremmin ja saimme sen tiedon, mitä lähdimme hakemaan. Arvioimme laadun korvaavan määrän ja siltä osin aineiston luotettavaksi.

5.3 Kehittämisideat

Kokoamamme materiaali kohdistuu kolmeen kohderyhmään: työntekijöihin, opiskelijoihin ja yhteistyökumppaneihin. Olemme kohdistaneet perehdytyskansion työntekijöille ja opiskelijoille, yhteistyökumppaneita varten on PowerPoint-esitys. Kuitenkin uuden, jo valmistuneen työntekijän ja opiskelijan tarvitsemat tiedot poikkeavat toisistaan: alan ammattilainen oletettavasti hallitsee perustiedot esimerkiksi eri mielen sairauksista kun taas ensimmäisen vuoden opiskelijalta ei voida tätä olettaa. Tämän vuoksi kansioon voisi lisätä esimerkiksi kokonaan oman osuuden opiskelijoille. Se voisi sisältää tarkempaa tietoa sairauksista, tehtäviä ja pohdinta-osuuksia, mikä tukisi opiskelijan oppimista perehdytyksen ohella.

Perehdytyskansio ja PowerPoint-esitys sisältävät nyt yleistä muun muassa päihde- ja mielenterveyskuntoutujista ja yleisimmistä lääkkeistä. Oppimisen edistämiseksi on kuitenkin erilaisia työkaluja, joita perehdyttäjä voi käyttää apunaan. Työkaluina voi olla kysymysten esittäminen joko suullisesti tai kirjallisesti, erilaisten testi- en ja kokeiden käyttö, jäsentely, soveltavat tehtävät ja harjoittelu, lukutehtävät ja perehtymispäiväkirja. (Kupias ym. 2009, 151–165.) Perehdytyskansioon voi lisätä yhden kokonaisuuden jälkeen tehtäviä, jotka herättäisivät uutta sekä vanhaa työntekijää pohtimaan ja sitä kautta yhdessä löytämään eri näkökulmia työn toteuttamiseen käytännön tasolla.

5.4 Oma oppiminen

Hankeistetun opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä ja se haastoi yrittämään enemmän kun se tehtiin kuntoutustiimin käyttöön eikä itselle. Saimme hyvän ko-

konaiskäsitelmien siitä, mitä opinnäytetyö- ja tuotteistamisprosessit pitävät sisälleen ja kuinka paljon ne vaativat aikaa. Kummallakaan ei ollut aiempaa kokemusta opinnäytetyön tai perehdytysmateriaalin tekemisestä, joten prosessi oli alusta loppuun uutta ja erilaista. Prosessin eri työvaiheet tuntuvat nyt hyvin selkeiltä kokonaisuuksilta, jossa jokaisella vaiheella on oma merkityksensä ja tarkoituksensa.

Opinnäytetyömme aihe on laaja eikä se keskity pelkästään yhteen isoon kokonaisuuteen. Tämän puitteissa olemme päässeet tutkimaan tarkemmin päihde- ja mielenterveystyötä, kuntoutumisen mahdollisuuksia, kotona tehtävää työtä sekä perehdytyksen vaikutuksia. Aiheet tuntuivat aluksi olevan hyvin irrallaan toisistaan ja työskentelyn edetessä oli hienoa huomata, kuinka ne alkoivat täydentää toinen toistaan muodostaen yhden kokonaisuuden.

Prosessi opetti myös siihen, kuinka pitää olla valmis muuttamaan omia suunnitelmia ja lähtemään eri polulle. Opinnäytetyötä varten tehdyssä suunnitelmassa olimme sitä mieltä, että koko opinnäytetyön teoriaosa tulee koostumaan perehdytyksestä ja siitä, miten se vaikuttaa työntekijään. Materiaalia hankkiessamme huomasimme, että teoriaosuudessa suurempi merkitys on nimenomaan kuntoutustiimin tekemällä työllä, joka toimii perehdytyksen pohjana.

Kirjallisuutta lukiessamme törmäsimme jatkuvasti siihen, kuinka suuri merkitys kuntoutustiimin kaltaisilla palveluilla on päihde- tai mielenterveyskuntoutujan hyvinvoinnin kannalta. Prosessin kautta pääsimme perehtymään isoon aihealueeseen ja sen eri näkökulmiin. Vaikka koemme valmistuvamme ammattiin, jolla on yleisen hyvinvoinnin kannalta merkitystä, konkretisoitui se nyt eri tavalla kun tutkimme ulkopuolisena yhden moniammatillisen työryhmän arkea. Kuntoutustiimin työntekijät käyvät päivittäin asiakkaiden kotona tukemassa heidän voimautumistaan, osallistumistaan ja kuntoutumistaan päihde- tai mielenterveysongelmasta. Toisen kotiin mennessä on asiakkaan reviirillä ja työskentely on erilaista kuin toimistossa. Lisäksi tilanteet eri asiakkaiden kanssa ovat hyvin vaihtelevia eikä niihin aina voi varautua. Tämänkaltaisen työn tekeminen vaatii työntekijältä paljon vuorovaikutustaitoja, tilannetajua ja kykyä innostaa ja motivoida asiakasta arjessa sekä huomioimaan asiakkaan yksilölliset tarpeet. Kotiin vietävä työ alkaa

olla nyt nykypäivää, kun laitoksia suljetaan. Opinnäytetyön avulla olemme päässeet tutustumaan kotona tehtävään sosiaali- ja terveysalan työhön.

Tämän hetkisen taloustilanteen vuoksi kuntoutustiimin työskentely syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden kanssa on merkittävää. Saaren (2009, 244.) mukaan edellinen lama vaikuttaa vieläkin. 1990-luvulla nousivat ylivelkaantumiseen, pitkäaikaistyöttömyyteen ja lastensuojeluasiakkuuteen liittyvät indikaattorit, jotka eivät sosiaalimenojen tapaan ehtineet palautua lamaa edeltävälle tasolle ennen uutta talouden taantumaa. Vaikka tämän taantumien vahingot eivät vastaisi edellisen laman vahinkoja, ovat ne silti merkittäviä hyvinvoinnin kannalta. Kuntoutustiimin tarjoamat palvelut ovat tärkeitä, sillä esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyys vaikuttaa ihmisten alkoholin kulutukseen.

Voimme siis todeta oppineemme prosessin aikana enemmän, mitä olimme ajatelleet. Koko prosessi tuotti jatkuvaa oppimista ja itsekriittisyyttä, innostusta ja ajoittaista stressiä. Kynnys toteuttaa vastaavanlaisia projekteja on nyt paljon pienempi kuin ennen opinnäytetyön teon aloittamista.

5.5 Jatkotutkimusideat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa perehdytysmateriaali tiimin käyttöön. Luonnollisin jatkotutkimusaihe onkin, miten uusi perehdytysmateriaali on tukenut uusia työntekijöitä ja opiskelijoita tiedon omaksumisessa. Onko materiaali tukenut oppimista ja motivoitumista? Kokevatko perehdytettävät saaneen materiaalin avulla hyvää perehdytystä ja millainen on sen oletettu vaikutus?

Tämän tutkimuksen rajauksen myötä jätettiin kuntoutustiimin asiakkaiden haastattelut pois. Työn taustalla on nyt kysymys ”Kuinka tiimi toimii?”. Kysymystä voitaisiin laajentaa niin, että se kohdistettaisiin suoraan asiakkaille. Kuinka tiimi tukee asiakkaan kuntoutumista asiakkaan näkökulmasta? Onko kuntoutus vastannut asiakkaan tarpeita tai ajatuksia?

Tässä tutkimuksessa käytetystä kirjallisuudesta tuli ilmi, kuinka asiakkaat ovat kohdanneet vaikeuksia kuntoutukseen pääsyssä ja sen aikana. Kuntoutusjärjestelmää on usein kuvailtu vaikeaselkoiseksi. On havaittu, että usein kuntoutus alkaa liian myöhään eikä kuntoutusjärjestelmän osat toimi kokonaisuutena ja kuntoutuja jää taka-alalle, sillä eri vaihtoehdot jäävät hänelle epäselviksi. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 48–49.) Tutkimusaiheena voisi ollakin, toimiiko kuntoutusjärjestelmä? Mitä puutteita asiakkaat näkevät ja kuinka järjestelmää voisi kehittää? Samaa olisi hyvä kysyä myös sosiaalian ammattilaisilta.

LÄHTEET

Painetut lähteet

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E. Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. 2003. Alcohol: no ordinary, commodity. New York: Oxford University Press.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-tuotanto.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, J. 1999. Johdatus sosiaalipedagogiikkaan. Kuopion yliopisto.

Juusela, T., Lillia, T. & Rinne, J. 2000. Mentoroinnin monet kasvot. Jyväskylä: Gummerus.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutuajan työkirja. Helsinki: Edita.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia.

- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. WSOY.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihheet. WSOY.
- Lepistö, I. 2000. Työpaikkakouluttajan käsikirja. Helsinki: Kirjapaino Oy Merkur. 1. painos.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2001. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.
- Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008 Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihde-työ. Yhteistyötä ja kumppanuutta. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Saari, J. 2009. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOY.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Yli-Luoma, P. 2001. Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Sipoo: IMDL.
- Österberg, E. & Karlsson, T. (toim.) 2002. Alcohol policies in EU Member States and Norway. Saarijärvi: Gummerus Printing.

Elektroniset lähteet

Aalto, M. 2007a. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksois-diagnoosin hoidollinen haaste. Terveyskirjasto. [viitattu 15.9.2010] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihku_view_article_WAR_dlehtihku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96517&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=M.+Aalto

Aalto, M. 2007b. Kaksoisdiagnoosi. [viitattu 28.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>

Eriksson, P. 2005. Humala ja krapula. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/214-humala-ja-krapula>

Huttunen, M. 2009. Ahdistuneisuus. [viitattu 15.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00188&p_haku=

Huttunen, M. 2010a. Huumeiden aiheuttamat päihtymystilat. Duodecim. [viitattu 1.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00374

Huttunen, M. 2010b. Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. [viitattu 1.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388

Huttunen, M. 2010c. Masennus. [viitattu 13.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389&p_haku=masennus

Huttunen, M. 2010d. Lyhytkestoinen psykoosi. [viitattu 12.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00387&p_haku=

Huttunen, M. 2010e. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. [viitattu 16.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555

Huumausainelaki 1993/1289. [viitattu 21.9.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931289>

Irti Huumeista ry. Lääkkeet ja sekakäyttö. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet/laakkeet_ja_sekakaytto

Lindroos, L. 2005. Alkoholit ja sydän. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/223-alkoholi-ja-sydan>

Lindroos, L. 2006. Miten alkoholia kannattaa käyttää. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Terveyskirjasto. [viitattu 12.9.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066

Mielenterveyslaki 1990/1116. [viitattu 4.9.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Päihdehuoltolaki 1986/41. [viitattu 2.9.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2009. Strategia 2009-2015. [viitattu 21.9.2010] Saatavissa: http://www.phsotey.fi/Strategiaesite_2009.pdf

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä a. Peruspalvelukeskus Aava. [viitattu 28.9.2010] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=8010&ryhma=343>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä b. Päihde- ja mielenterveyspalvelut. [viitattu 28.9.2010] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/kunnat/index.php?id=2286&vy=9412&ryhma=543&alaryhma=481&lara=1&level=4>

Salaspuro, M. 2005a. Alkoholi ja verenpaine. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/222-alkoholi-ja-verenpaine>

Salaspuro, M. 2005b. Alkoholi ja diabetes. [viitattu 22.9.2010] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/221-alkoholi-ja-diabetes>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Päihdetyö ehkäisee ja korjaa. [viitattu 2.9.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Päihdepalvelut. [viitattu 2.9.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut/paihdetyo

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. [viitattu 2.9.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämiseen haetaan oppia. [viitattu 28.9.2010] Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1207265>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Alkoholijuomien kulutus. [viitattu 16.8.2010] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Mielenterveyden edistäminen. [viitattu 4.9.2010] Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Ehkäisevä mielenterveystyö. [viitattu 4.9.2010] Saatavissa: <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/Preventio.htm>

Tilastokeskus 2009. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. [viitattu 16.8.2010] Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Työturvallisuuslaki 738/2002. [viitattu 21.9.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

World Health Organization 2004. Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Verkkojulkaisu. [viitattu 28.9.2010] Saatavissa: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_s_r.pdf

Suulliset lähteet

Teematapaaminen 1 2010. Kuntoutustiimi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Haastattelu 20.4.2010.

Teematapaaminen 2 2010. Kuntoutustiimi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Haastattelu 26.4.2010.

LIITTEET

*Ihmisiä on kuin muurahaisia,
ne loputonta polkuansa taivaltaa.
On kaukaa katsottuna kaikki samanlaisia,
niin ettei heitä toisistaan voi eroittaa.
Kurkistaa jos voisi sielun syvyyteen,
niin kahta samanlaista eipä ois.
Ken katsoo kauneuteen eikä hyvyyteen,
häneltä monta ystävyttä jääkin pois.*

*Jokainen ihminen on laulun arvoinen.
Jokainen elämä on tärkeä.
Jokainen ihminen vain elää hetken sen,
sen minkä kohtalo on hälle määräävä.*

*Jos sä olet saanut hyvän ystävän,
tee kuni saituri, mi aarteen piilottaa.
Ei kaupittele koskaan muille kalleintansa hän,
pois hopeistaan kaikki tahrat kiillottaa.
Lämmitä siis kalleintasi, ystävää,
kun suuri aarre sulle suotu on.
Niin myöhäistä on hälle polttaa kynttilää,
kun kerran hautakumpu umpeen luotu on.*

Tervetuloa Päijät- Hämeen Sosiaali- ja ter- veys yhtymän Kuntoutus- tiimiin!

Seuraavilta sivuilta löydät tietoa yhtymästä, Kuntoutustiimistä ja tiimiläisistä sekä muita oleellisia asioita, joita tulet tarvitsemaan tehdessäsi ja tutustuessasi kotiin vietävään päihde- ja mielenterveyöhön.

Luethan, kysythän ja keskustelethan!

PEREHDYTYKSEN

Sinulla on käsissäsi kuntoutustiimin perehdytyskansio, jonka tarkoituksena on toimia yhtenä perehdytyksen osana uuden työntekijän tai opiskelijan tullessa tiimiin. Perehdytyskansio on koottu hankkeistettuna opinnäytetyönä syksyn 2010 aikana Lahden ammattikorkeakouluopiskelijoiden Sanna Roinen ja Laura Virtasen toimesta. Perehdytyskansio on jaettu viiteen osaan: perehdytykseen, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän esittelyyn, peruspalvelukeskus Aavan esittelyyn, kuntoutustiimin esittelyyn sekä työn taustatietoihin. Perehdytyskansioon on kerätty materiaalia alan kirjallisuudesta, työryhmän Internet-sivuilta sekä kuntoutustiimin työntekijöiltä kahden teematapaamisen pohjalta.

Työntekijä tulee perehdyttää työhön, työpaikan olosuhteisiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja turvallisiin työtapoihin ennen työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävän muuttuessa. Työnantajalla on vastuu perehdyttämisestä, jonka tulee sisältää muun muassa tarpeelliset tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. (Työturvallisuuslaki 2002.) Perehdyttämisellä on käytännössä paljon vaikutusta esimerkiksi siihen, miten uusi työntekijä pääsee työhön kiinni ja mieltääkö hän sen positiiviseksi. Perehdyttäminen muun muassa vähentää uuden työntekijän epävarmuutta ja jännitystä, helpottaa työyhteisöön sopeutumista, tekee parhaimmillaan työn teosta alusta asti sujuvaa, tuo esille perehdytettävän kykyjä, kehittää ammattitaitoa ja nostaa perehdytettävän mielenkiintoa työtä kohtaan. (Lepistö 2000, 63-64.)

Perehdytystä voidaan käsitellä sen laadun kannalta, jolloin se vastaa suoraan esimerkiksi perehdytettävän tarpeisiin ja perehdyttäjä on ammattitaitoinen. Perehdytystä voidaan pitää myös oppimiskokemuksena, jolloin perehdytettävä saa kokonaiskuvan omasta työstään ja tietää, mistä löytää lisää tietoa ja on kiinnostunut hankkimaan sitä lisää. Perehdyttäminen voi olla lisäksi toiminnan muutosta. Tällä muutoksella tarkoitetaan sitä, kuinka perehdytettävä pystyy toimimaan työssään ja työyhteisössään itsenäisesti. (Kupias & Peltola 2009, 112.)

Seuraavalta sivulta löydät perehdytyskaavakkeen, jolla pyritään varmistamaan, että kaikki tärkeät asiat käydään kanssasi läpi. Kopioi kaavake ja täytä sitä mukaan, kun uusia asioita käydään läpi.

PEREHDYTTÄVÄ ASIA	MUISTETTAVAA	PÄIVÄYS JA SUORITUS
TYÖSOPIMUS/HARJOITTELU SOPIMUS	TYÖAIKA/KOEAIKA HARJOITTELUAIKA TYÖSUHTEEN/HARJOITTELUN EHDOT LOMA-AJAT/VAPAAT PALKKAUS TYÖAIKAMUODOT ORGANISAATIO	
TOIMINTATAVAT	TYÖNTEKIJÄN/OPISKELIJAN VELVOLLISUUDET JA ODOTUKSET TOIMINTA-AJATUS	
TYÖPÄIVÄ	TYÖPÄIVÄN KULKU MITÄ KAIKKEA KUULUU TYÖTEHTÄVIIN	
TILOJEN ESITTELY	ASIAKKAAT TILAT OMASSA YKSIKÖSSÄ MUUT YKSIKÖT	
MUU HENKILÖKUNTA	ESITTELYÄ MUILLE TYÖNTEKIJÖILLE TIIMISSÄ JA TALOSSA	
TYÖTERVEYS	MISSÄ JA MITEN SAIRAUSPOISSAOLOT TYÖTAPATURMAT	
TURVALLISUUS	TOIMISTOTILOISSA JA ASIAKKAALLAPOISTUMISTIETPALO- JA PELASTUSSUUNNITELMATYÖNTEKIJÄN TURVALLINEN TYÖSKENTELY	
OMAT TEHTÄVÄT JA VASTUUALUEET	KUKA TEKEE MITÄKIN KUKA VASTAA MISTÄKIN	
TYÖVÄLINEET	TIETOKONE-OHJELMAT SALASANAT KÄYTTÖPASTUS	
DOKUMENTOINTI	PUHELIN JA YHTEYSTIEDOT ASIAKASKÄYNTIEN KIRJAAMINEN MIHIN, MITEN, MILLOIN	
LIIKKUMINEN	KULKUYHTEYS TOIMISTOLLE OMAN AUTON KÄYTÄNTÖ	
TAUOT	KAHVI- JA RUOKATAUKO MISSÄ, MILLOIN? OMAT EVÄÄT VAI RUOKALA?	
OPISKELIJAN OHJAUS	KUKA OHJAA KUKA PEREHDYTTÄÄ HARJOITTELUJAKSON TOTEUTUS	
TYÖASU	MILLAISET TYÖVAATTEET (RAJOITUKSIA/SUOSITUKSIA)	
YHTEISTYÖKUMPPANIT	KEITÄ MISSÄ SIJAITSEE YHTEYSTIETOJA/TUTUSTUMISTA	
SÄÄDÖKSET	VAITTOLOVELVOLLISUUS	
MUITA ASIOITA		

YHTYMÄN ESITTELYÄ

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ

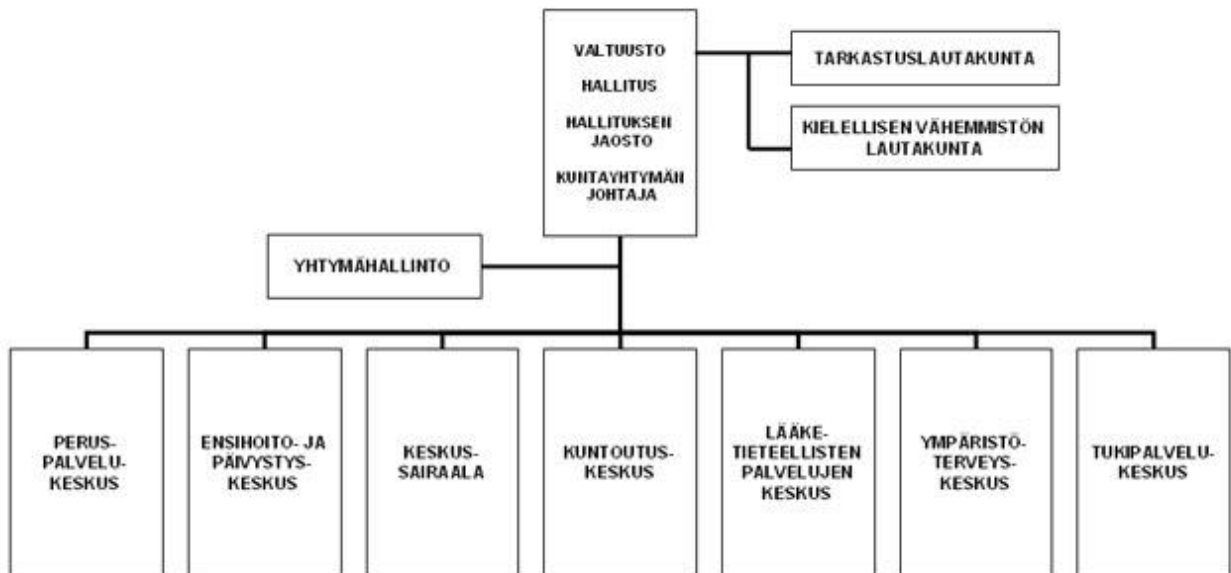
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, jonka käyttönimi on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä aloitti toimintansa 1.1.2007. Yhtymän toimialat ovat erikoissairaanhoidon, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto.

Sosiaali- ja terveisyhtymä antaa erikoissairaanhoidon palveluja 15 jäsenkunnalle (Artjärvi, Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila, ja Sysmä), joiden asukasluku oli 31.12.2008 yhteensä 211 975. Yhtymä tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut kahdeksalle kunnalle (Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila ja Sysmä), joiden asukasluku oli 50 423. Läntiseen perusturvapiiriin kuuluvat kunnat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki, joiden asukasluku oli 40 927, hankkivat yhtymältä laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuollon sekä apuvälinehuollon toiminnan perusapuvälineiden osalta. Heinolan asukasluku oli 20 545 ja Lahden 100 080. Heinola ja Lahti järjestävät perustason palvelut itse. Lisäksi yhtymä tuottaa ympäristöterveydenhuollon palvelut 11 jäsenkunnalle eli kaikille muille kunnille paitsi Lahden ja Heinolan kaupungeille sekä Hartolan ja Iitin kunnille. Yhtymä huolehtii kaikkien jäsenkuntien paitsi Iitin eläinlääkäripäivystyksestä.

Hallinto-organisaatio

Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto, johon jäsenkuntien kunnanvaltuustot valitsevat jäsenet. Valtuuston alaisena kuntayhtymää johtaa hallitus. Hallituksen jaosto vastaa laissa sosiaali- ja terveyslautakunnalle sekä kunnan terveydensuojeluviranomaiselle määrätyistä tehtävistä siltä osin kuin kunnat ovat antaneet sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon tai ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisen kuntayhtymälle. Hallinnon ja talouden tarkastuksen järjestämisestä vastaa tarkastuslautakunta. Ruotsinkielisen väestön palvelujen kehittämiseksi ja yhteensovittamiseksi kuntayhtymässä on kielellisen vähemmistön lautakunta. Kuntayhtymän konsernihallinnon tehtäviä hoitaa yhtymähallinto, jota johtaa kuntayhtymän johtaja.

Tulosryhmiä on seitsemän ja ne ovat peruspalvelukeskus, ensihoito- ja päivystyskeskus, keskussairaala, kuntoutuskeskus, lääketieteellisten palvelujen keskus, ympäristöterveyskeskus ja tukipalvelukeskus.



Johtoryhmä 2010

Puheenjohtaja
Sihteeri

Jouni Mutanen, kuntayhtymän johtaja
Veli Penttilä, hallintojohtaja

Jäsenet

tulosryhmien johtajat
Sirkka-Liisa Pylväs, peruspalvelukeskus
Kari Kristeri, va., ensihoito- ja päivystyskeskus
Martti Talja, keskussairaala
Marja Mikkelsen, kuntoutuskeskus
Hannu Sarkkinen, lääketieteellisten palvelujen keskus
Pentti Lampi, ympäristöterveyskeskus
Kari Ratala, tukipalvelukeskus

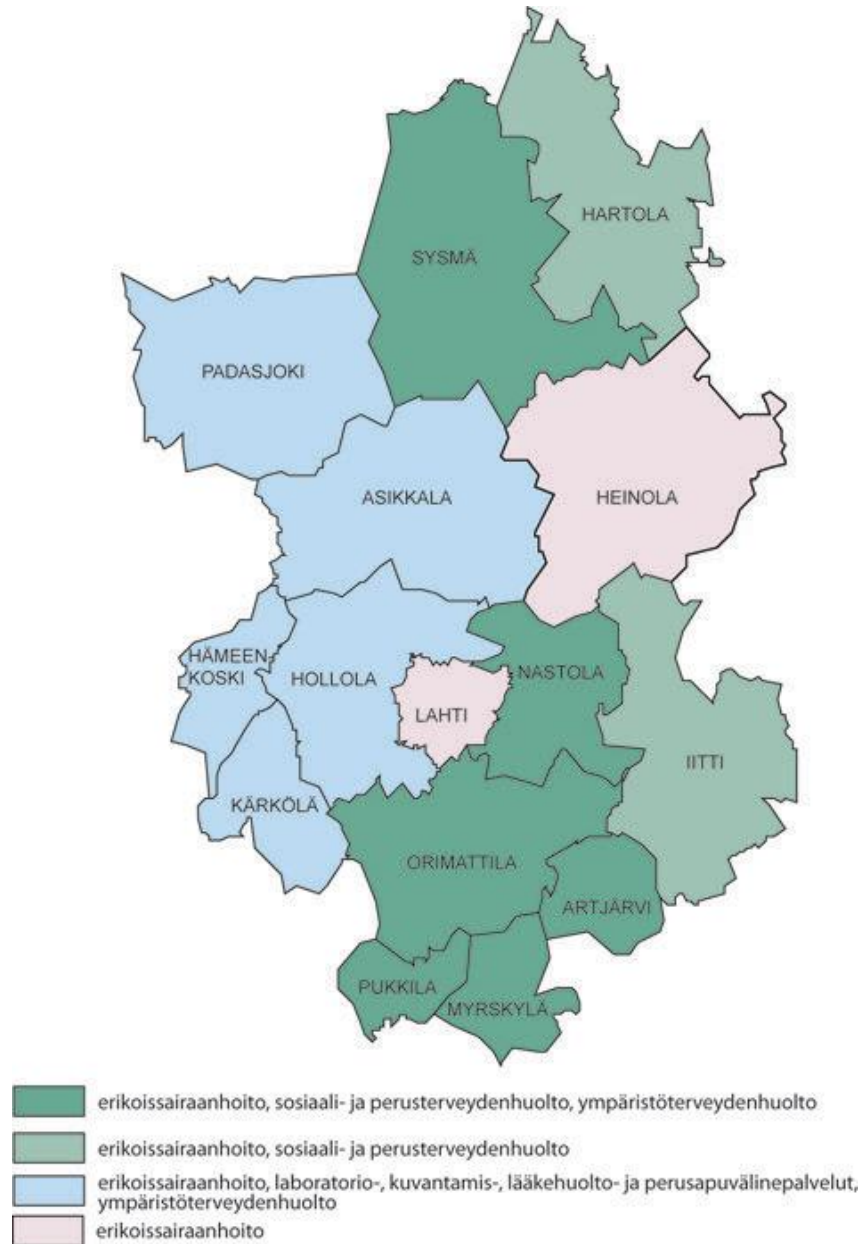
Henkilöstön edustaja

Sirkka-Liisa Kaukanen

Pysyvät asiantuntijat

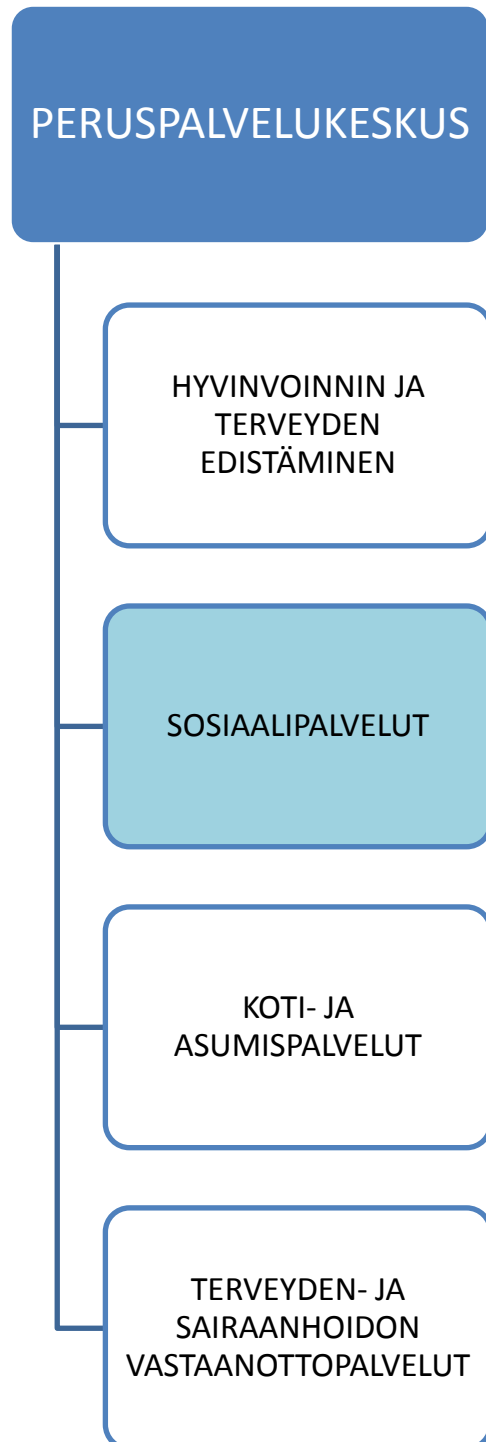
Kirsti Heikkilä, kehittämisjohtaja
Annikki Niiranen, talusjohtaja
Tiina Mäki, henkilöstöjohtaja
Antti-Olli Taipale, tietohallintojohtaja
Helena Heinonen, viestintäjohtaja
Merja Merasto, hallinto-ylijohtaja

PHSOTEY:n toimialue



PERUSPALVELUKESKUS AAVAN ESITTELYÄ

PERUSPALVELUKESKUS AAVA



Kunnat: Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila, Sysmä

Henkilökuntaa noin 1 000

Toimintakulut 88 529 887 euroa

Peruspalvelukeskus Aava tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- sekä keskitetyt palvelut kahdeksan kunnan alueella (Artjärvi, Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila, Sysmä).

Vuodelle 2010 peruspalvelukeskus Aava on asettanut strategisiksi tavoitteiksi

- 1) Tuottavuuden lisäämisen toimintaa pitkäjänteisesti kehittämällä ja uutta teknologiaa hyödyntämällä
- 2) Palvelujen tuottamisen asiakkaan osallisuutta tukien
- 3) Keskeisten palveluprosessien kuvaamisen ja uudistettujen hoitoprosessien sekä terveyden edistämisen ryhmämuotoisten hoitomallien käyttöön otton
- 4) Henkilöstön ammattitaidon turvaamisen ja kehittämisen

Tavoitteiden saavuttamiseksi jatketaan työnjaon, tehtävärakenteiden ja toimintatapojen sekä prosessien uudistustyötä. Työ- ja palveluprosesseja selkiytetään siten, että potilaiden hoito tapahtuu oikeassa paikassa ja oikean ammattihenkilön toimesta oikea-aikaisesti. Kotihoidon toimintamallia kehitetään ottamalla käyttöön uusia työmuotoja. Aikuissosiaalityössä tehostetaan erityisesti alle 25-vuotiaiden ja tulottomien sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen prosessia. Lastensuojelun ostopalvelut kilpailutetaan.

Henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja työhyvinvointiin kiinnitetään erityistä huomiota. Esimiesten johtamistaitoa parannetaan strategiavalmennuksen turvin.

Uuden teknologian tarjoamat mahdollisuuksia pyritään hyödyntämään.

Vuonna 2010 jatketaan perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmien kehittämishanketta. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollossa on käytössä yksi potilastietojärjestelmä 3.5.2010 alkaen. Lisäksi Sosiaali-Effican käyttöä tehostetaan ja suun terveydenhuollossa otetaan käyttöön kansalaisten ajanvaraus sekä quick contacts -toiminto.

Suunnitellut uudistukset ja kehittämistoimenpiteet pyritään toteuttamaan talousarvioraamin puitteissa.

Sosiaalipalvelut

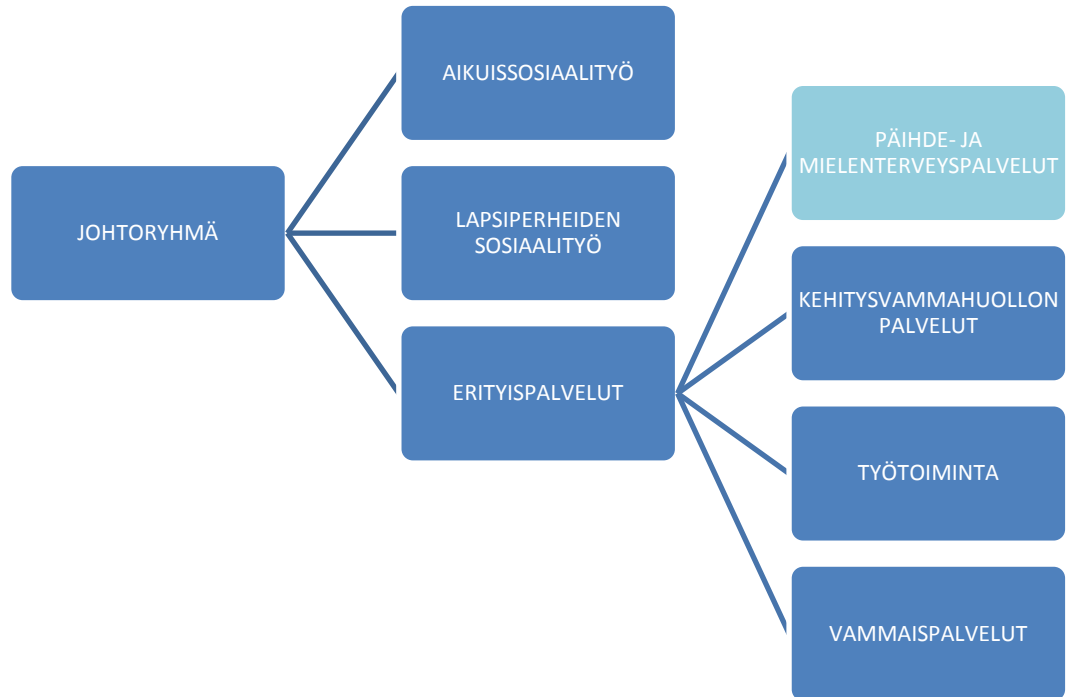
Sosiaalijohtaja Pirkko Valtanen
puh. 044 440 6522
Kukkastie 31, PL 4
15561 Nastola
etunimi.sukunimi@phsotey.fi

Sosiaalipalvelujen tavoitteena on tuottaa laadukkaat ja oikea-aikaiset aikuis-sosiaalityön ja lapsiperheiden sosiaalityön palvelut sekä sosiaalihuollon erityispalvelut lähi- tai alueellisena palveluna ja kehittää palveluja vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin kaikissa sosiaali- ja terveysyhtymän peruspalvelukeskuksen kunnissa.

Sosiaalipalvelujen tulosalue tuottaa palvelut kahdeksalle kunnalle: Artjärvi, Myrskylä, Pukkila, Orimattila, Nastola, Iitti, Hartola ja Sysmä.

Sosiaalipalveluja ovat:

- aikuissosiaalityö
- toimeentulotuki
- lastensuojelu
- perhetyö
- lastenvalvojan palvelut
- muut lapsiperheiden palvelut
- vammaispalvelut
- kehitysvammahuolto
- työtoiminta
- sosiaalihuollon päihde- ja mielenterveyspalvelut



KUNTOUTUSTIIMIN ESITTELY

KUNTOUTUSTIIMI

Kuntoutustiimi muodostuu moniammatillisesta työryhmästä. Tiimin työstä vastaa päihde- ja mielenterveyskoordinaattori sekä tiimivastaava yhdessä erityispalveluiden päällikön kanssa. Päävastuu käytännön asiakastyöstä kuuluu päihde- ja mielenterveystyöntekijöille.

Päihde- ja mielenterveyspalveluidenkoordinaattori **Marjo Mäkipää**

- Päihde- ja mielenterveyspalveluidenkoordinaattori toimii muun muassa kuntoutustiimin esimiehenä.

Tiimivastaava, psykiatrinen sairaanhoitaja **Ulla Airola**

- Sairaanhoitaja 1986, psykiatrinen sairaanhoitaja 1992
- Ulla on aloittanut tiimivastaavana työskentelyn syksyllä 2009. Tiimivastavaan työtehtäviin kuuluu tiimivastaavan työroolin lisäksi asiakaskäynnit asiakkaiden kodeissa, yhteistyö eri työtahojen ja yhteistyökumppaneiden kanssa.

Päihde- ja mielenterveystyöntekijä, sosiaaliohjaaja **Tuula Lehtinen**

- Sosiaaliohjaaja 1999
- Tuula on aloittanut työskentelyn kuntoutustiimissä 2003. Toimialueena on Orimattila, Artjärvi, Myrskylä ja Pukkila.

Päihde- ja mielenterveystyöntekijä, sairaanhoitaja **Seppo Koivisto**

- Sairaanhoitaja 1996
- Seppo on työskennellyt 1999 lähtien kuntoutustiimissä. Toimialueena on Orimattila, Artjärvi, Myrskylä ja Pukkila.
- Vastuu alueena on lisäksi lääkehuollosta huolehtiminen, sairaanhoidolliset tehtävät, yhteistyö terveysasemalla.

Päihde- ja mielenterveystyöntekijä, lähihoitaja **Sinikka Porttila**

- Kodinhoitaja 1980, lähihoitaja 2000
- Sinikka on aloittanut työskentelyn kuntoutustiimissä 2006. Sinikka työskentelee Nastolan kunnan alueella.
- Perustyötehtävien lisäksi Sinikka toimii Nastolan päivätoimintakeskuksessa ohjaajana.

Päihde- ja mielenterveystyöntekijä, lähihoitaja **Minna Lallukka**

- Kodinhoitaja 1986, lähihoitaja 1995, päihde- ja mielenterveys 2009
- Minna on aloittanut 2008 työskentelyn kuntoutustiimissä. Minna työskentelee pääsääntöisesti Iitissä Klubitalolla, mutta toimii ohjaajana myös Nastolan päivätoimintakeskuksessa.
-

Päihde- ja mielenterveystyöntekijä, lähihoitaja **Jaana Viljanen**

- Lähihoitaja suuntautumisena päihde- ja mielenterveystyö 1999
- Jaana työskentelee pääsääntöisesti Iitissä Klubitalolla.

Toimitilat

Kuntoutustiimiläiset ovat jakaantuneet kolmelle paikkakunnalle. Orimattilassa on kaksi tiimiläistä, joiden asiakaskuntaan kuuluvat myös Artjärven, Myrskylän ja Pukkilan asiakkaat. Työskentely tapahtuu Orimattilan toimistolla, jossa tehdään asiakaskirjaukset, säilytetään ja jaetaan osan asiakkaan lääkkeitä sekä huolehditaan muista työtehtävistä ja yhteydenpidosta. Asiakkaita tavataan pääsääntöisesti asiakkaan kotona asiakaskäynneillä ja asioiden hoitamisen yhteydessä.

Nastolassa työskentelee kokopäiväisesti yksi työntekijä, ja hänen vastuu alueensa kattaa koko Nastolan alueen. Toimistotiloissa tehdään asiakaskirjaukset ja huolehditaan muita työnkuvaa kuuluvia asioita. Asiakkaita tavataan pääsääntöisesti asiakkaiden luona.

Iitissä työskentelee kaksi tiimiläistä. Iitissä on oma kerrostalo kolmio toimitilana - Klubitalo, jossa on sekä toimisto että asiakkaita varten omat tilat. Tilloissa järjestetään erilaisia ryhmiä, sekä työntekijöiden toimistotiloissa tehdään asianmukaiset kirjaamiset. Iitissä on myös mahdollisuus säilyttää ja jakaa asiakkaiden lääkkeitä.

Perustyötehtävä

Jokaisella päihde- ja mielenterveystyöntekijällä kuntoutustiimissä on sama perustehtävä. Työn tarkoitus ja tavoite on tukea asiakasta kotona ja kotoa ulos. Työskentelyn avulla pyritään löytämään asiakkaan kanssa hänen paikkansa yhteiskunnassa sekä luomaan elämään mielekkyyttä. Perushyvinvoinnissa auttaminen sekä avun antaminen sairauksien hoitamiseen sekä ohjaaminen itseapuun ovat tärkeitä lähtökohtia. Asiakkaan äänen kuulluksi tekeminen on myös osa perustyötehtävää. Tavoitteena on kuntouttaa asiakasta niin, että työntekijä tulisi tarpeettomaksi. Työ on paljon rinnalla kulkemista, ohjaamista, keskustelemista liittyen arkipäivän toimintoihin. Jotta työskentely olisi kaikkien kannalta mielekästä ja tuloksia synnyttävää, on motivointi-työskentely tärkeä osa-alue.

Perustyötehtäviin kuuluu yksilötyöskentely asiakkaan kanssa, mutta myös erilaisten ryhmien ohjaus. Itissä pääpaino työskentelyssä on ryhmien vetämisessä. Nastolassa on päivätoimintakeskus, jonka toimintaan osa tiimiläisistä antaa työpanostaan. Ryhmät toimivat erilaisten teemojen ja aiheiden pohjalta, joka myös suuntaan ryhmän toimintaa. Yksilötyöskentelyssä asiakkaan sen hetkinen tilanne ohjaa sen hetken käyntiä. Asiakastapaamisessa voidaan asiakkaan kanssa lähteä ulos liikkumaan, siivota kotia tai käydä hoitamassa asioita muun muassa pankissa tai kaupassa. Vaikka tapaaminen voi painottua toiminnan puoleen enemmän, yhdessä tekeminen ja sen mahdollistama keskusteluyhteys on erittäin tärkeä työväline. Keskustelujen kautta työntekijä saa kuulla asiakkaan itsensä kuvailemaa vointia, päivän kulkua tai ajatuksia tulevasta. Keskusteluyhteys mahdollistaa varsinaisen auttamisen, sillä dialogisuuden kautta voi syntyä tiivis ja luottavainen yhteistyö asiakkaan ja työntekijän välille. Ilman lähempää suhdetta työ jää kovin ulkokohtaiseksi avustamiseksi, mutta varsinainen apu jää saamatta. Tapaamisella on oltava aikaa kuunnella ja kuulla sekä olla läsnä.

Asiakastyön lisäksi perustyötehtäviä ovat yhteistyö eri verkostojen kanssa. Yhteistyö ja yhteydenpito tärkeiden henkilöiden ja tahojen kanssa on asiakastyön onnistumisen kannalta olennaista. Valmiit kontaktit eri paikkakunti-

en terveysasemille, päihdehoitolaitoksiin, mielenterveyspalveluihin, apteekkeihin, seurakuntiin ja vapaaehtoistyöhön helpottavat ja nopeuttavat tukiverkoston luomista asiakkaalle ja palveluketjun monipuolisuutta ja tehokkuutta. Tärkeässä roolissa yhteistyön kannalta ovat sosiaalialan palvelut kuten sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat ja muut virkailijat kuten toimeentulotuenkäsittelijät, sillä asiakkaan asioiden hoitamisessa ovat mukana monet eri työntekijät ja työtahot. Yhteistyössä täytyy myös muistaa asiakkaan omaiset ja läheiset, joista voi löytyä tai ajan kanssa muodostua tärkeä tuki asiakkaalle. Lähipiirin apu ja tuki on hyvä muistaa arjen yhteistyökumppanina, sillä heidän kautta työntekijä voi saada arvokasta tietoa asiakkaan auttamiseksi, mutta yhtäläillä lähipiiristä voi löytyä aktiivinen auttaja esimerkiksi kauppareisuille tai ulkoiluun. Yhteistyökumppaneiden kanssa aktiivinen yhteydenpito on tärkeä, jotta yhteistyö jatkuisi joustavana, mutta myös uusien kontaktien etsiminen ja yhteistyön aloittaminen ovat merkityksellisiä työn monipuolisuuden ja työntekijöiden työn priorisoinnin kannalta.

Lääkehuollosta huolehtiminen on osa perustehtävää. Koska osan asiakkaiden lääkkeitä säilytetään ja jaetaan toimistoilla, on työntekijöillä velvollisuus huolehtia lääkkeiden ja reseptien voimassaolosta ja saatavuudesta. Työpäivä voi sisältää apteekissa asiointia sekä eri asiakkaiden dosettien täyttämää seuraavaa käyntiä varten. Myös lääkarissäkäynnit voivat täyttää työntekijän päivän. Asiakkaan mukana eri terveydenhuollon henkilöiden vastaanotolla pyritään antamaan hoitavalle henkilölle mahdollisimman realistinen kuva asiakkaan tilasta sekä toisaalta selventämään asiakkaalle esimerkiksi lääkärin diagnoosia ja hoito-ohjeita.

Asiakastapaamisten kirjaaminen tietojärjestelmään vie osansa työajasta. Jokainen käynti tulee kirjata järjestelmään mahdollisimman pian, jotta tietojärjestelmästä löytyy ajantasaista tietoa asiakkaan tilasta. Dokumenttien perusteella tehdään monesti erilaisia päätöksiä ja lausuntoja. Dokumentoinnissa tulee muistaa kirjata tarkasti kuka, mitä, milloin, missä eli perusfaktatiedot käynnistä ja havainnoista. Ensisijaisen tärkeää on muistaa tekstin selkeä ilmaisu. Lauserakenteiden ei tulisi olla liian pitkiä, mutta toisaalta tekstin tulee

olla riittävän kuvaavaa. Erilaiset lyhenteet sekä ammattitermien käyttö voi aiheuttaa tekstin epäselvyyttä. Kirjaamisvaiheessa on hyvä pitää mielessä, että asiakkaalla on aina oikeus nähdä häntä koskevat dokumentoinnit.

Avainsanoja: arkilähtöisyys, arjessa tukeminen, motivointi, rinnalla kulkeminen.

ARVOT JA ASENTEET

Kuntoutustiimi määritteli työskentelyä ohjaavat tavoitteensa keväällä 2010. Arvojen ja asenteiden pääpaino koskee asiakkaiden kanssa tehtävää työtä. Näiden arvojen kautta tiimi haluaa tuoda asiakkaan oikeudet ja näkökulmat näkyväksi arjen työssä.

Ihmisarvon kunnioittaminen ja arvostaminen Jokaista asiakasta arvostetaan omana itsenään ja tasavertaisena. Asiakkaan mielipiteet ja ajatukset ovat merkittäviä ja asiakkaan äänen pitää päästä esille.

Ammatillinen välittäminen Ihminen on toiselle tärkeä. Välittäminen on pyyteetöntä ja halu tukea ja opastaa asiakasta on työskentelyn kulmakivi.

Ihmisen näkeminen sairauden takana Sairauden takana on oikea ihminen, joka tuntee ja ajattelee samalla tavalla kuin sinä. Työskentelyssä on otettava huomioon sairauden aiheuttamat oireet ja erotettava ne ihmisen todellisesta minästä. Joskus sairaus muuttaa ihmisen persoonaa ja olemusta radikaalisti, mutta ihminen sairauden takana on aina paljon enemmän kuin sairaus itsessään.

Eettisyys Työskentelyn tulee noudattaa hyviä eettisiä käytäntöjä, jotka määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon lakien kautta.

Yksilöllisyys Jokaisella asiakkaalla tulee olla oma kuntoutussuunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Työskentelyn tulee olla yksilöllistä, jotta se lähtisi asiakkaan omista lähtökohdista ja tarpeesta. Yksilöllisen työotteen avulla huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti ja kuntoutuksesta tulee oma henkilökohtainen polku.

Luottamuksellisuus Asiakassuhteen tulee olla luottamuksellinen. Asiakkaan pitää voida kertoa työntekijöille asioita ilman pelkoa siitä, että asia kantautuu eteenpäin.

Läpinäkyvyys Työskentely on tasa-arvoista, ennakoitavaa ja johdonmukaista. Kun työ on läpinäkyvää, asiakas voi luottaa siihen, että hänen asioitaan käsitellään sa-

malla tavalla kuin muidenkin ja hän saa kaiken sen tiedon vaihtoehtoistaan, mitä saatavilla on.

Vastuullisuus Työntekijällä on vastuu omasta työskentelystään niin asiakkaan kanssa kuin asiakkaan asioita hoitaessa. Työntekijä ei ole kuitenkaan vastuussa asiakkaan omista päätöksistä, vastuu ei siis ole rajaton.

ASIAKASKUNTA

Asiakaskunta muodostuu iältään 18-75-vuotiaista henkilöistä, joilla on joko päihde- tai mielenterveysongelmia, tai mahdollisesti molempia. Asiakkaina on sekä miehiä että naisia, myös pariskuntia ja perheitä. Valtaosa on kuitenkin keski-ikäisiä ja yksin asuvia henkilöitä. Asiakas voi olla eläkkeellä, kuntoutustuella tai toimeentulotuella elävä, mutta yhtälailla myös työtön, työssä käyvä tai opiskelija. Asiakaskunta kattaa kaikki sosiaaliluokat. Useita asiakkaita yhdistävä tekijä on kuitenkin syrjäytyminen tai syrjäytymisvaara yhteiskunnasta.

Pääsyynä asiakkuuteen on päihde- tai mielenterveysongelma. Yleisimpiä ovat alkoholiriippuvuus ja/tai lääkkeiden väärinkäyttö sekä mielenterveyspuolelta masennus, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Asiakkaalla voi olla muita somaattisia sairauksia, jotka vaativat hoitoa. Päihde- tai mielenterveysongelma on voinut aiheuttaa fyysisten sairauksien hoidon laiminlyöntiä, jotka ovat osaltaan heikentäneet asiakkaan yleistä vointia. Myös näitä sairauksia pyritään hoitamaan tai ainakin ohjaamaan oikeiden palveluiden äärelle. Monesti asiakkaalla on myös sosiaalisia ongelmia, kuten kyvyttömyyttä hoitaa arjen askareita. Kyvyttömyys hoitaa arkipäiväisiä asioita voi näkyä asiakkaan elämässä esimerkiksi heikkona hygieniatasona, taloudellisina vaikeuksina tai sairauden oikeanlaisesta hoidon laiminlyönnistä. Sosiaaliset suhteet voivat olla vähäiset, puutteelliset, vahingolliset tai puuttua kokonaan. Tällöin asiakkaalla ei ole välttämättä ole tukiverkkoa, keihin voisi olla yhteydessä. Sosiaalisten suhteiden niukkuus tai negatiivisuus voi näkyä muun muassa avioeroina tai etäännyksenä omista lapsista.

Tuen tarve ja määrä vaihtelee yksilöllisesti. Osa asiakkaista tarvitsee tukea ja ohjausta perus arjen asioiden hoitamisessa, ja osa selviytyy niistä hyvin ilman ulkopuolista apua. Tavallisesti tukea ja apua tarvitaan lääkehuollossa, hygieniassa, ravitsemuksessa ja asioiden hoitamisessa erilaisissa instansseissa. Tuen määrä ja laatu voivat vaihdella suuresti. Joku voi vaatia työntekijää mukaan nostamaan rahaa ja maksamaan vuokran, mutta toiselle riittää tieto että työntekijä odottaa asian hoituvan asiakkaan itsensä huolehtimana. Ete-

neminen tapahtuu aalto-liikkeen tapaan, aika ajoin edetään nopeasti ja paljon, jossain kohdin tullaan alas ja palataan taaksepäin. Jokaisen asiakkaan elämäntilannetta pyritään seuraamaan hänen vointinsa kautta ja antaa apua ja tukea oikeaan aikaan. Lisäongelmien ennaltaehkäisy on myös ensisijaista, jotta asiakkaan tilanne ei enempään huonontuisi.

ASIAKKUUS

Asiakkuuden kartoitus alkaa yhteydenotosta, joka voi tulla muun muassa terveysaseman työntekijöiltä, keskussairaalaista, psykiatrian poliklinikalta tai muulta terveydenhuollon henkilöstä tai -taholta. Omaiset tai naapurit voivat toimia myös yhteydenottajina, jonka takana on huoli läheisen hyvinvoinnista. Yhteydenotto voi tulla myös sosiaalitoimesta aina lastensuojelusta aikuistyöhön tai seurakunnilta, diakoniatyöstä, edunvalvojalta tai asiakkaalta itseltään. Ensimmäisen yhteydenoton jälkeen seuraa kartoituskäynti. Kartoituskäynti voi tapahtua yhdessä yhteistyötahon kanssa, esimerkiksi kuka otti asiasta yhteyttä. Kartoituskäynnin tavoitteena on selvittää asiakkaan nykytilannetta ja tuen sekä avun määrää ja laatua. Asiakkaan kanssa voidaan käydä vaihtoehtoja palvelujen suhteen sekä arvioida onko Kuntoutustiimi oikeanlainen työmuoto asiakkaan auttamiseksi. Tarvittaessa voidaan asiakas ohjata myös muun palvelun piiriin.

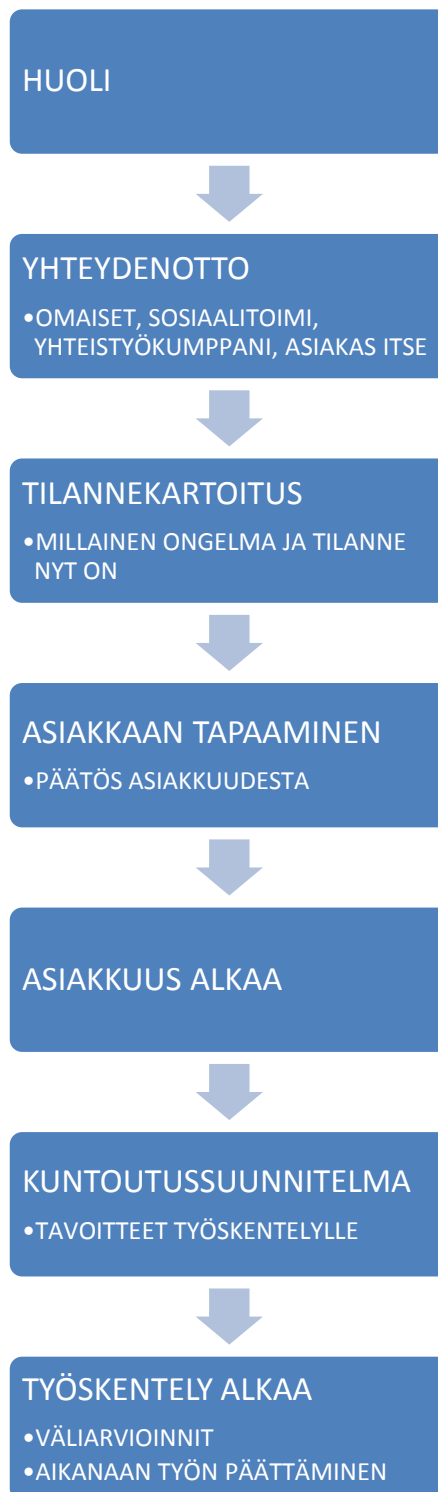
Asiakkaan kanssa laaditaan yhdessä työntekijän kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman keskeinen tarkoitus on määritellä ja tarkentaa kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja keinot kuntoutumisen onnistumiseksi. Kuntoutussuunnitelmassa olisi hyvä kuvata kuntoutujan toimintakykyä sekä toimintaympäristön nykytilaa. Kuntoutussuunnitelmaan on hyvä kirjata määritetyt tehtävät ja vastuut sekä työntekijöiden että asiakkaan kesken. Jonkinlainen aikataulu on hyvä olla kirjattuna suunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelma toimii vahvistuksena kuntoutujan ja työntekijän väliselle sopimukselle. Kuntoutussuunnitelmaan voi myös nostaa esille välitavoitteita ja päätavoitteet, joidenka tavoittelua ja saavuttamista voidaan tarkastella sovittuina aikoina. Tällöin työskentely pysyy tavoitteellisena eikä jää paikoilleen junnauksiksi ylläpidoksi, varsinkin jos mahdollisuudet kuntoutumiseen ovat olemassa.

Työskentely tapahtuu asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Käyntimäärä voi vaihdella useammasta kerrasta viikossa muutamaan kertaan kuussa. Käyntien sisältö on hyvin vaihtelevaa sisällyttäen palveluohjausta, ravitsemusohjausta, lääkehuoltoa, hygieniassa avustamista kuin myös raha-asioissa

avustamista, sosiaalisten suhteiden kartoittamista ja vahvistamista sekä asiakkaan motivaation löytämistä ja lisäämistä pyrkien luomaan mielekkään arjen. Ensisijainen päämäärä on tukea päihde- tai mielenterveysongelman asianmukaisessa hoitamisessa, jonka ympärille muodostuu muut elämän osa-alueet. Asiakasta pyritään katsomaan kokonaisuutena, eikä erotella päihdeongelmaa tai mielenterveysongelmaa erillisenä hoidon kohteena. Asiakkaan lisäksi voidaan työskennellä lähipiirin kanssa, esimerkiksi lapset tai puoliso voivat kokea tarvetta työskentelyyn. Asiakkaan tilanteen ja voinnin mukaan työskentelyssä voi olla mukana eri yhteistyötahoja.

Asiakkuus voi jatkua kuukausia ja joissain tapauksissa jopa vuosia. Asiakkuus päätetään vähitellen irrottautumalla ja asiakasta itsenäistämällä. Asiakkuuden päättämisen syy voi olla asiakkaan muuttunut tuen tarve esimerkiksi erilainen palvelu tai asiakkaan hyvä kuntoutuminen, jolloin tuen tarvetta on voitu vähentää. Työskentelyn yksi tavoite on tehdä työntekijä tarpeettomaksi, jolloin asiakas kykenee itse toimimaan arjessa ja selviytyy siitä omatoimisesti. Lopetteluvaiheessa asiakkaan arjen sujumisen tueksi voidaan etsiä muita tukimuotoja esimerkiksi vertaisryhmiä tai harrastetoimintaa.

Asiakaspolku



TAUSTATIETOA TYÖHÖN

SYRJÄYTYMINEN

Sekä päihde- että mielenterveyskuntoutujan elämän kokonaisvaltainen tarkastelu on tärkeää, kuin myös hänen sosiaalisen ja yhteiskunnallisen asemansa paikantaminen. Syrjäytyminen voi alkaa jo ennen syntymää, lapsuudessa tai vasta myöhemmin aikuisiällä. Varhain alkanut syrjäytymiskierre nopeutuu ja voimistuu ellei siihen puututa ajoissa. Monen päihde- ja mielenterveyskuntoutujan syrjäytymistilanne voi olla jo useamman sukupolven jatkunutta negatiivista kierrettä. Syrjäytyminen on kietoutunut moneen elämän osa-alueeseen ja jatkanut näin yhä syvenevää kierrettä. Kuntoutuksen tavoitteena on katkaista tai estää syrjäytymiskierteen kehitys, ja korjaamaan tai etsimään ratkaisuja tilanteen muuttamiseksi. Muutoksella tavoitellaan yksilön kohtuullista elämää, jossa olisi turvallista olla, asuminen inhimillisissä oloissa mahdollista, ravinnon saanti olisi turvattu samoin puhtaus sekä yksilöllä olisi sosiaalisia suhteita.

Syrjäytymistä voidaan jaotella muun muassa seuraavalla tavalla:

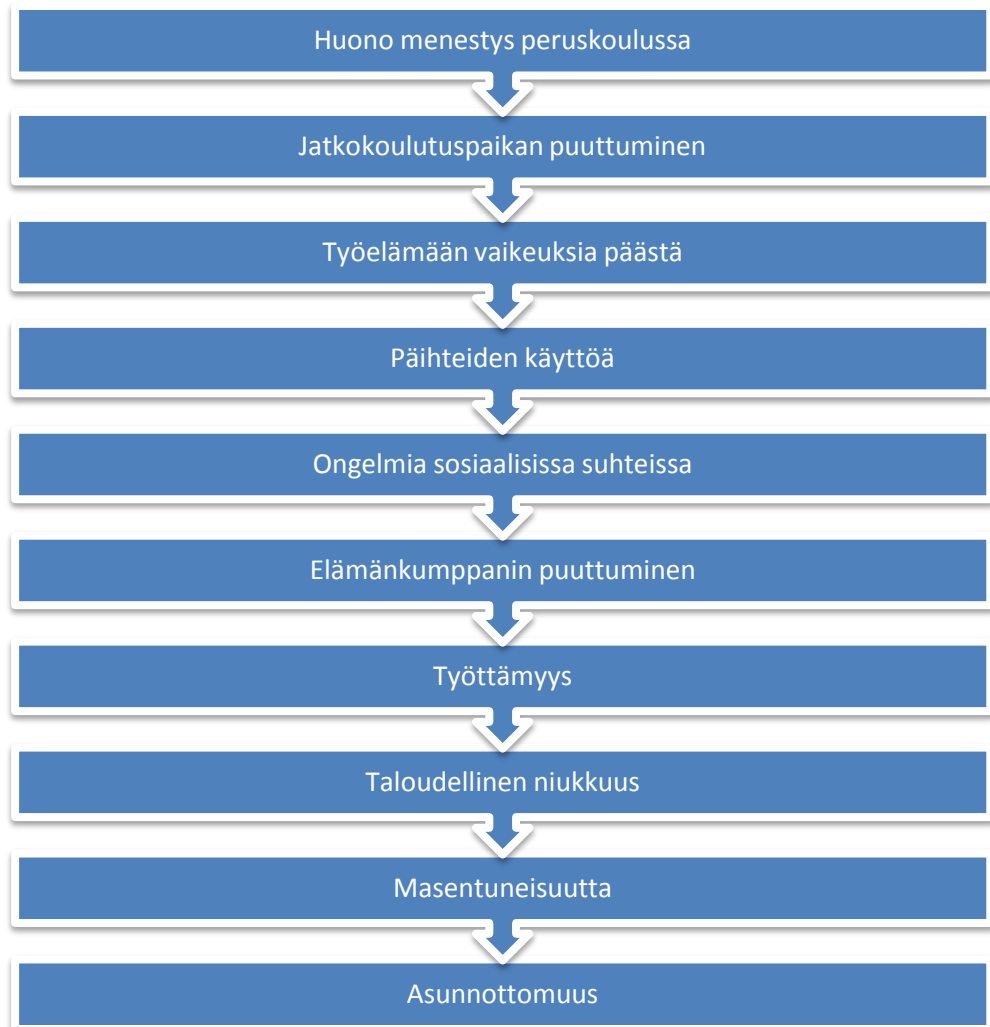
Syrjäytyminen = sosiaalisten suhteiden heikkoutta; asunnottomuutta, työn ja mielekkään tekemisen puutetta, elämää ilman perhettä.

Osattomuus = yksilön heikko yhteiskunnallinen asema, heikot vaikuttamisen mahdollisuudet, köyhyys.

Yhteisöttömyys = yksilön ajautuminen marginaaliasemaan yhteisössä, eristäytyminen, epäsosiaalinen elämäntapa. Äärimmäisenä jopa asumista veneen alla tai metsässä.

Asiakkaan elämän tilannetta tarkastellessa tulee silti muistaa yksilön mahdollisuus valita yksinolo. Tällöin ei puhuta syrjäytymisestä, jonka on jokin muu ulkopuolinen taho aiheuttanut yksilölle. Yksinäisyys on tällöin ollut vapaavalintainen ratkaisu, eivätkä kaikki yksinään olevat henkilöt koe itseään syrjäytyneeksi tai ulkopuoliseksi yhteisöstä. Yksittäinen tekijä ei tee vielä syrjäytynyttä, vaan se muodostuu useammasta osa-alueesta.

Esimerkki syrjäytymispolusta:



MIELENTERVEYSONGELMAT

Mielenterveys on laaja käsite, jota on vaikea yksiselitteisesti määritellä. Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät muun muassa yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät, yhteiskunnan tekijät kuin myös kulttuuriset vaikuttimet. Näiden vuoksi mielenterveys on muuttuva tila, joka muotoutuu eri elämäntilanteiden ja -tilanteiden mukaan (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 17.). Mielenterveys on tärkeä, sillä se on hyvinvoinnin perusta ja se vahvistaa yksilön toimintakykyä sekä luo vastustuskykyä elämässä tapahtuvien muutosten sietämisessä. Mielenterveys antaa yksilölle tietynlaisen tyytyväisyyden olotilan, ja toivon olemassa olon sekä luottamuksen elämää kohtaan. (Heiskanen ym. 2006, 19.).

Mielenterveysongelmien synnylle ei ole olemassa tarkkaa selitystä. On vaikea sanoa miksi osa ihmisistä sairastuu erilaisiin psykiatrisiin häiriöihin ja toiset taas eivät. Mielenterveysongelmat ovat laaja ryhmä erilaisia ja eriasteisia oireyhtymiä, jotka vaikuttavat ajatteluun ja tunne-elämään (Koskisuus 2003, 11.). Psykiatrisissa häiriöissä on erilaisia psyykkisiä oireita, jotka muodostavat yhdessä oireyhtymiä. Ne luokitellaan omiin ryhmiinsä tyyppillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaisesti. Suurimalla osalla oireyhtymiä on tunnettu kulku ja ennuste (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2001, 34.). Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat: psykoosit, pelkotilat, ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, päihdehäiriöt, elimelliset aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt (Lönngqvist & Lehtonen 2007, 14.). Kuntoutustiimin asiakkaista monella on diagnosoitu seuraavia mielenterveysongelmia masennus, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lisäksi asiakkailla on erilaisia pelkotiloja sekä unihäiriöt ovat yleisiä.

Ero terveen ja sairaan välillä voi olla vaikea nähdä, sillä monien diagnosoitujen sairauksien oireet ovat myös terveellä yksilöllä olevia tuntemuksia. Mie-

lensairaus voi myös tuntua fyysisinä oireina, jolloin yhdistäminen mielenterveyden heikkenemiseen voi viedä aikaa. Mielenterveysongelmat vaikuttavat henkilön selviytymiseen arjessa. Toimintakyky laskee ja tarvitaan erilaisia keinoja selviytyä arjen vaatimissa asioissa. Psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen näkyy, kun yksilö ei pysty vastaamaan ympäristönsä vaatimukseen. Yksilön valmiudet toimia itselleen tarkoituksen mukaisella tavalla myös vähenevät (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 122.). Kuntoutustiimin asiakkaiden toimintakykytasot vaihtelevat hyvin itsenäisistä ja arjen askareissa selviytyvistä henkilöistä hyvin matalan toimintakyvyn omaaviin yksilöihin, joille arjessa selviytyminen on hyvin haastavaa. Tuen määrä on vaihtelevaa asiakkaan sen hetkisen tilanteen ja tarpeen mukaan. Työssä tavoitellaan asiakkaan kuntoutumista niin, että hänen toimintakykynsä taso mahdollistaa hänen selviytymisensä arjessa ja itsenäisessä asumisessa.

Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosin omaava ihminen kärsii sekä päihdeongelmasta että jostakin mielenterveydellisestä ongelmasta. On esitetty, että pitkäaikainen päihdeiden käyttö voi johtaa mielenterveyshäiriöön. Toisaalta on mahdollista, että mielenterveysongelmat altistavat päihdeidenkäytölle. Pelkästään yksi geneettinen tekijä ei aiheuta moniongelmaisuuksia vaan useat tekijät yhdessä selittävät, miten päihde- ja mielenterveysongelmat lisäävät mahdollisuutta toisen esiintymiselle. (Aalto 2007a.) Kolmoisdiagnoosin omaavalla ihmisellä on päihdeongelman ja psykiatrisen häiriön lisäksi vielä jokin somaattinen sairaus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005).

Kaksoisdiagnoosi on Suomessa yleistä. Jopa 40 % alkoholiriippuvaisella on jossain vaiheessa elämäänsä jokin psykiatrinen häiriö ja huumeongelmaisilla luku on suurempi. Toisaalta taas psykiatrisista häiriöistä kärsivistä ihmisistä 30 % kärsii jossain vaiheessa elämäänsä alkoholiongelma. Luku on suurempi esimerkiksi skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä. (Aalto 2007b.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on kiinnitettävä huomiota päihdeongelmaan sekä psykiatriseen häiriöön, sillä psykiatristen häiriöiden hoito ei onnistu ilman, että päihdeongelma on kontrollissa. Ongelman hoito voidaan jaksottaa tai rinnastaa. Jaksotuksen ajatuksena on, että kun esimerkiksi päihdeongelmaa on hoidettu riittävän pitkälle, voidaan aloittaa psykiatrisen häiriön hoito. Rinnakkaisessa hoidossa molempia ongelmia hoidetaan samaan aikaan kahdessa eri hoitotahossa. (Aalto 2007b.)

Masennus

Masennuksesta kärsii maailman laajuisesti noin 120-200 miljoonaa ihmistä ja noin kolmannes ihmisistä kärsii masennustilasta ainakin kerran elämänsä aikana (Punkanen 2003, 117). Masennus voidaan jakaa lievään, keskitasoiseen, vakavaan ja psykoottiseen masennukseen. Lievässä masennuksessa oireet eivät vie työkykyä ja haitta sosiaalisille suhteille on pieni. Masennuksen vaikeutuessa oireet voimistuvat ja haittaavat arkista elämää. Psykoottinen masennus voi aiheuttaa ihmisessä esimerkiksi harhaluuloja. (Huttunen 2010.)

Keskeisin oire masennuksessa on masentunut mieliala, vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvän puute. Oire näyttäytyy vähintään kahden viikon ajan suurimman osan päivää. (Huttunen 2010.) Suurin osa ihmisistä on jossain vaiheessa elämästään alavireinen johtuen erilaisista menetyksistä ja epäonnistumisista (Punkanen 2003, 117). Pelkästään alentunut mieliala ei tarkoita sitä, että ihminen on masentunut, sillä varsinaisen masennustilan diagnoosi edellyttää myös muita oireita kuten merkittävä painon lasku tai nousu, unettomuus tai lisääntynyt väsymys, päivittäinen väsymys ja voimattomuus, liikkeiden ja mielen hidastuminen tai kiihtyneisyys, syyllisyydentunto, arvottomuuden tunto, vaikeus ajatella ja keskittyä. Lisäksi kuolemaan liittyvät pohdinnat ja itsemurha-ajatukset kuuluvat masennuksen taudinkuvaan. (Huttunen 2010.)

Masennukseen voi olla monia syitä eikä kaikki mahdolliset masennuksen aiheuttajat ole tiedossa. Kuitenkin biologisilla, psykologisilla ja sosiaalisilla te-

kijöillä on vaikutusta masennuksen syntyyn. Perintötekijät lisäävät alttiutta sairastua masennukseen. Jos suvussa esiintyy depressiota, on masennukseen sairastuminen 2-3 kertaa suurempi riski. Myös psykologisilla tekijöillä on altistava vaikutus masennukseen. Masentuneen ihmisen persoonallisuudessa on havaittu riippuvuutta muihin sekä itsetunnon häiriintymistä. Sosiaaliset tekijät kuten yksinäisyys, läheisyyden puute ja verkoston puute lisäävät niin ikään masentumisen mahdollisuutta. Esimerkiksi alkoholisoituneiden vanhempien laosilla esiintyy masennusta yleisemmin kuin muissa perheissä. (Punkanen 2003, 118-119.) Masennus ei kuitenkaan aiheudu pelkästään selvästi edellä mainituista tekijöistä, sillä ne ovat vain altistavia. Alkoholistiperheen lapsi ei välttämättä ikinä sairastu masennukseen, vaikka se olisikin todennäköistä.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä ihmisellä on vaihtelevin välein masennus- ja maniajaksoja. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä puhutaan kun ainakin yksi sairausjakso on ollut maaninen tai hypomaaninen. Mania ja masennusjaksojen määrä vaihtelee eri ihmisillä. Aluksi jaksojen väli voi olla 3-4 vuotta, mutta ne saattavat toistua tämän jälkeen jo 1-3 vuoden välein. Nopeasyklisessä muodossa jaksoja ilmenee jopa neljä yhden vuoden aikana. Jos jaksossa esiintyy sekä masennusta että maniaa, puhutaan sekamuotoisesta jaksosta. (Huttunen 2010.) Mielialahäiriö puhkeaa todennäköisimmin nuorena (Huttunen 2008). Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsii ainakin 1 % aikuisista. Perintötekijät voivat altistaa häiriöön sairastumiselle ainakin osittain (Huttunen 2010).

Maniajakson aikana ihmisen mieliala ja aktiivisuus kohoaa, ihminen on aikaisempaa puheliaampi ja ajatus vilkkampi, unen määrä vähenee, itsetunto kohoaa ja keskittymiskyky huononee. Maaninen ihminen saattaa olla myös ärtynyt ja tunnetilat voivat vaihdella äkisti. Myös psykoottiset oireet, näkö- ja kuuloharhat voivat esiintyä manian aikana, jolloin puhutaan psykoottisesta maniasta. Harhaluuloihin liittyy vahvasti suuruusharhat ja uskonnolliset harhat. Hypomania on lievempi maaninen jakso, jolloin ihmisen mieliala on ko-

honnut ja ihminen kokee ympäristönsä erittäin myönteisesti. Yleensä hypomaniaa edeltää tai seuraa masennusjakso, mutta joidenkin häiriöiden kohdalla maaninen vaihe on pelkästään hypomaaninen. (Huttunen 2008.) Maanisiin ja hypomaanisiin jaksoihin liittyy myös runsas alkoholin käyttö (Huttunen 2010).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eroavat tavallisesta masennustilasta vain kestoaltaan, masennusjaksot saattavat olla lyhyempiä kuin tavallisen masennustilan jakso. Tavallista useammin maanisdepressiivisen ihmisen masennusjaksossa esiintyy psykoottisia oireita. Saman sairausjakson aikana voi esiintyä sekä maniaa että masennusta, jolloin puhutaan sekamuotoisesta jaksosta. Erityispiirteenä sekamuotoiselle jaksolle on kohonnut itsemurhavaara. Sekamuotoista jaksoa esiintyy erityisesti nuorilla. (Huttunen 2008.)

Psykoosi

Tyypillisesti psykoottinen ihminen kokee omat luulonsa ja kuvitelmansa todellisiksi. Tällöin ihminen on vakuuttunut omista harhaluuloistaan eli deluusioistaan. Harhaluulojen lisäksi psykoottisiin oireisiin kuuluu erilaiset hallusinaatiot, ajatushäiriöt, poikkeava käyttäytyminen sekä psykoottisen kieli. (Punkanen 2003, 104.)

Harhaluuloja voi olla monia. Ne voidaan jakaa esimerkiksi aihepiireittäin uskonnollisiin, somaattisiin, nihilistisiin tai suuruusharhaluuloihin. Harhaluuloista kärsivä voi tällöin ajatella, että Jumala puhuu hänelle, häneltä puuttuu jokin raaja, hän on kuollut tai jonkun maan johtaja. Lisäksi hän voi luulla, että muut ihmiset kuulevat hänen ajatuksensa tai joku on laittanut ajatuksia hänen päähänsä. Paranoia eli vainoharhaisuus kuuluu myös harhaluuloihin, jolloin ihminen voi kuvitella, että hänen ruokaansa laitetaan myrkkyä. (Punkanen 2003, 104-105.)

On olemassa erilaisia näkemyksiä siitä, miksi ihminen joutuu psykoosiin. Biologisen näkemyksen mukaan aivoissa tapahtuu biokemiallinen häiriö, joka

tarkoittaa joidenkin välittäjäaineiden vähenemistä tai lisääntymistä aivokudoksessa. Näkemyksen mukaan perintötekijät altistavat psykoosin puhkeamiselle. Intrapsyykkisen näkemyksen mukaan ihmisen ensimmäiset elinvuodet ovat merkittäviä suhteessa psykoosiin sairastumiselle. Tällöin symbiootinen vaihe on jäänyt vajavaiseksi eikä lapsi ole tuntenut oloaan turvalliseksi. Vuorovaikutuksellisen näkemyksen mukaan ihmisen perheessä on ollut sisäisiä kommunikaatiohäiriöitä. Lapsen vanhemmat ovat olleen riippuvaisia omista vanhemmistaan tai perheenjäsenet ovat olleet muuten liian riippuvaisia toisistaan. Hoidettaessa psykoottista asiakasta pyritään ottamaan huomioon useita näkökulmia. (Punkanen 2003, 107.)

Psykoosit ovat erilaisia. Ne voidaan jakaa lyhytkestoiseen eli reaktiiviseen psykoosiin, skitsofreniaan, elimelliseen ja epätyypilliseen psykoosiin. (Punkanen 2003, 106.)

Lyhytkestoinen psykoosi voi kestää yhdestä vuorokaudesta muutamiin viikkoihin. Ihminen kykenee yleensä oireiden hävittyä palaamaan normaaliin elämään ilman toimintakyvyn alenemista. (Punkanen 2003, 106) Tällaista psykoosin muotoa edeltää usein stressi tai traumaattinen tapahtuma kuten läheisen äkillinen kuolema tai onnettomuus. Myös huumeet voivat aiheuttaa lyhytkestoista psykoosia muistuttavan tilan. (Huttunen 2010.)

Vaikea-asteisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jolle on ominaista ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden häiriintyminen. Skitsofrenian tavallisia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot ja vaikeasti ymmärrettävä puhe sekä köyhtynyt tunneilmaisu. (Lönnqvist & Suvisaari 2009.) Skitsofreniaan sairastutaan usein ennen 25 vuoden ikää (Punkanen 2003, 106). Pitkään skitsofreniaa sairastavalla voi olla hyviä ja huonoja kausia, jolloin oireet laantuvat tai voimistuvat. Myös taudin kuva voi yhdellä potilaalla vaihdella vuosien mittaan. (Punkanen 2003, 110.) Skitsofrenia on sairautena monimuotoinen ja se ilmenee eri ihmisillä eri tavoin ja yhdellä ihmisellä mahdollisesti eri muodoissa.

Elimellisen psykoosin voi aiheuttaa esimerkiksi päihteiden käyttö, aivosairaudet tai kova kuume. Lisäksi laukaisijana voi olla skitsoaffektiivinen psykoosi, jolloin jossain vaiheessa ihmisellä esiintyy maanisuuutta tai depressiivisyyttä. Epätyypillinen psykoosi on kyseessä silloin kun oireet eivät vastaa muihin psykoosin lajeihin. Esimerkiksi psykoottiset oireet synnytyksen jälkeen luokitellaan epätyypilliseksi psykoosiksi. (Punkanen 2003, 106.)

Ahdistuneisuus

Jokainen ihminen kokee jossain vaiheessa elämäänsä olonsa ahdistuneeksi. Yleensä ahdistusta esiintyy erilaisten ristiriitojen ja vaikeiden elämäntilanteiden aikana. Ahdistukseen on haettava hoitoa kun se on joka päiväistä ja haittaa elämänhallintaa. (Punkanen 2003, 130.) Lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa esiintyy jonkin asteista ahdistuneisuutta, joka voi johtua ahdistuneisuushäiriöstä, psykoosista, traumaperäisestä stressihäiriöstä tai vakavasta masennustilasta. (Huttunen 2010.) Ahdistushäiriöitä ovat esimerkiksi paniikkihäiriö, yleinen tuskaisuus sekä ahdistus- ja masennustilat. (Punkanen 2003, 130.)

Ahdistuneisuus voi laukaista päihdeongelman tai vastaavasti päihdeongelmasta voi seurata ahdistuneisuutta. Lisäksi erilaiset somaattiset sairaudet tai lääkkeet voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta. Kun ahdistuneisuus on jatkuvaa kyse voi olla yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä, joka voi ilmetä samanaikaisesti erilaisten psykiatristen sairauksien tai häiriöiden kanssa. (Huttunen 2010.)

Ahdistuneisuus voi olla positiivista, sillä se varoittaa uhkaavista tilanteista. Kyseessä on kuitenkin psykiatrisen sairauden oire, jos ahdistuneisuus vaikuttaa alentavasti ihmisen toimintakykyyn. Ahdistuneisuuteen voi liittyä myös somaattisia oireita kuten raju sydämen tykytys, verenpaineen nousu, hengnahdistus, vapina ja huimaus. (Huttunen 2009.)

Yleisin tunnettu ahdistuneisuushäiriö on paniikkihäiriö. Jopa 35 % ihmisistä voi kärsiä jossain elämän vaiheessa paniikkikohtauksesta, mutta vain noin 4 % väestöstä kärsii niistä jatkuvasti. Paniikkikohtaus voi tulla milloin tahansa, joten sitä on vaikea ennakoida. Paniikkikohtaus on yllättävä, voimakas ahdistuskohtaus, johon voi liittyä paljon erilaisia tunnetiloja. Kohtauksen aikana ihminen saattaa kokea levottomuutta, ahdistusta tai pakokauhua. (Punkanen 2003, 130)

Unihäiriöt

Unettomuudesta kärsivä ihminen ei saa nukuttua riittävästi, varsinaisesta unettomuudesta puhutaan silloin kun unettomuutta esiintyy vähintään kolmena yönä viikossa. Ongelmana on joko itse nukahtaminen, unessa pysyminen tai liian aikainen herääminen. Unettomuus on tavanomaista ja joka kolmas aikuinen kärsii vuoden aikana unettomuudesta. (Huttunen 2010.) Hyvä, riittävän pitkä uni on ihmiselle välttämätön normaalin toimintakyvyn ja hyvinvoinnin takaamiseksi. Ihmisen täytyy saada nukuttua 3-4 tuntia syvää unta, jotta hänen aivonsa lepäisivät ja elimistö palautuisi päivän rasituksesta. (Partinen 2009.)

Unihäiriöt voidaan jakaa neljään ryhmään: 1) unettomuutta aiheuttaviin, 2) liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttaviin, 3) unenaikaisiin erityishäiriöihin sekä 4) uni-valverytmin häiriöihin. Nykyisen tautiluokituksen mukaan unihäiriöt luokitellaan mielenterveyden ja käyttäymishäiriöiden luokkaan sekä hermoston sairauksien luokkaan. (Partinen 2009.)

Jatkuva unettomuus voi johtua esimerkiksi stressaavasta tai vaikeasta elämäntilanteesta, masennuksesta tai alkoholin käytöstä. Myös kilpirauhasen liikatoiminta, uniapnea tai pitkäaikaiset kipu- ja särkytilat voivat aiheuttaa pitkäaikaista unettomuutta. (Huttunen 2010.) Joidenkin tutkimusten mukaan yli puolet kroonisesta unettomuudesta aiheutuu masennuksesta tai muista mielenterveydellisistä syistä (Partinen 2009).

Unettomuudesta aiheutuva univaje johtaa univelkaan, joka vaikuttaa ihmiseen monin eri tavoin. Univelka vilkastaa kilpirauhasen toimintaa, nostaa sydämen sykettä, lisää nälän tunnetta sekä aiheuttaa keskittymis- ja oppimisvaikeuksia. (Huttunen 2010.) Unettomuus lisää riskiä sairastua masennukseen ja vaikuttaa oleellisesti muistiin ja mielialan säätelyyn. Vuorokauden valvomisen jälkeen aikuisen ihmisen suorituskyky on samalla tasolla kuin yhden promillen humalassa. (Partinen 2009.)

MIELENTERVEYDEN ONGELMIEN HOIDOSSA KÄYTETTÄVIÄ LÄÄKKEITÄ

(2010)

Käytettävissä on useita masennuslääkkeitä, jotka ovat rakenteeltaan, haittavaikutuksiltaan ja teholtaan erilaisia. Tavallisimpia masennuslääkkeitä ovat nk. selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Viime vuosina on myös tullut uusia masennuslääkkeitä esimerkiksi SNRI-lääkkeet eli serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät. Näiden lisäksi käytetään varsin yleisesti myös trisyklisiä masennuslääkkeitä. Useimpia lääkeaineita voidaan käyttää myös muissa mielenterveysongelmissa huomioiden annoskoon ja vaikuttavan aineen. Tärkeää on huomioida eri lääkeaineiden yhteensopivuus, ennalta ehkäisten mahdollisia riskejä ja haittavaikutuksia.

TRISYKLISET MASENNUSLÄÄKKEET

Amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini, trimipramiini

Trisyklisten masennuslääkkeiden tehon arvellaan perustuvan niiden kykyyn vahvistaa sekä noradrenergisten että serotonergisten hermosolupäätteiden toimintaa. Trisyksilet masennuslääkkeet ovat kaikki teholtaan ja haittavaikutuksiltaan keskenään samankaltaisia. Ne ovat kaikki sedaktiivisia, jonka vuoksi niitä voidaan pienemmissä annoksissa käyttää myös unettomuuden hoidossa, voimakkaissa ahdistuneisuuksien hoidossa, kroonisten kipuoireyhtymien hoidossa sekä jossain määrin paniikkihäiriöiden ja muiden ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Klomipramiini on tehokas lääke myös pakko-

oireisen häiriön hoidossa, sen voimakkaan serotonergisen vaikutuksensa vuoksi.

SSRI-LÄÄKKEET

Essitalopraami, fluvoksamiini, fluoksetiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami

Tällä hetkellä edelleen eniten käytetyt masennuslääkkeet ovat vaikutusmekanismiltaan selektiivisiä serotoniinin takaisoton estäjiä eli SSRI-masennuslääkkeitä. SSRI-lääkkeiden vaikutuksen uskotaan perustuvan niiden kykyyn vahvistaa serotoniinin vaikutuksia keskushermostossa. SSRI-lääkkeiden suosio perustuu niiden yksinkertaiseen annostukseen, hyvään siedettävyyteen sekä vähäiseen toksisuuteen yliannosten yhteydessä. SSRI-lääkkeet ovat käyttökelpoisia myös muissa, masennustilojen yhteydessä usein ilmenevissä psykiatrisissa häiriötiloissa kuten paniikkihäiriöissä, pak-koneuroottisissa tiloissa, syömishäiriössä sekä erilaisissa ahdistuneisuus- ja pelkotiloissa.

SNRI-LÄÄKKEET

Duloksetiini, Venlafaksiini, Tratsodoni, Reboksetiini

Duloksetiinin ja venlafaksiinin hoitovaikutuksen arvellaan perustuvan niiden kykyyn estää trisyklisten masennuslääkkeiden tapaan sekä serotoniinin sekä noradrenaliini takaisinottoa. SNRI-lääkkeet ovat myös käyttökelpoisia ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, kroonisten kiputilojen ja fibromyalgian hoidossa. Tratsodoni on sedatiivinen ja keskushermoston serotoniinin vaikutuksia vahvistava masennuslääke, jota voidaan pieninä annoksina käyttää myös unilääkkeenä. Reboksetiini eroaa muista masennuslääkkeistä sen vähäisen vaikutuksensa vuoksi aivojen serotonergisiin toimintoihin. Sen vaikutuksen arvellaan perustuvan sen kykyyn estää synapsin välitilaan vapautuneen noradrenaliinin takaisinottoa. Reboksetiini voi olla myös käyttökelpoinen lääke paniikkihäiriön, erilaisten väsymys- ja uupumistilojen sekä lasten ja aikuisten tarkkaavaisuushäiriöiden hoidossa.

MUUT

Mianseriini, Mirtatsapiini, Moklobemidi

Mianseriini ja mirtatsapiini ovat trisyklisten lääkkeiden tapaan sedatiivisia ja anksiolyyttisiä lääkkeitä. Ne vahvistavat keskushermostossa noradrenaliinin ja serotoniinin vaikutuksia. Depressioiden lisäksi varsinkin mirtatsapiinia käytetään ahdistuneisuushäiriöiden ja unettomuudenhoidossa. Moklobemidi on ainoa Suomessa käytössä oleva monoamino-oksidaasin (MAO) estäjä. Masennustilojen lisäksi sitä on käytetty sosiaalisten pelkotilojen hoidossa.

Agomelatiini

Agomelatiini on uusi, vuonna 2008 käyttöön otettu masennuslääke, joka poikkeaa vaikutusmekanismin ja vähäisten haittavaikutusten vuoksi muista masennuslääkkeistä. Se on melatoniinin agnosti ja kuuluu siten aikabiologisiin lääkkeisiin, jotka alun perin on kehitetty nukahtamisongelmien hoitoon. Aikabiologiset lääkkeet perustuvat melatoniinin nukahtamista helpottaviin vaikutuksiin ja kykyyn rytmittää valve-unirytmää.

Antipsykootit

Antipsykootteja käytetään psykoottisten tilojen hoidossa. Suomessa niitä on käytössä melkein kaksikymmentä erilaista. Antipsykootit jaetaan kahteen ryhmään: perinteiset antipsykootit eli neuroleptit ja toisen polven antipsykootit eli epätavalliset antipsykootit.

PSYKOOSILÄÄKKEET

PERINTEISET ANTIPSYKOOTIT

Fentiatseniinin johdokset:

Flufenatsiini	Siqualone®
Klooripromatsiini	Klorproman®
Levomepromatsiini	Levozin®, Nozinan®
Perfenatsiini	Peratsin®
Perisiatsiini	Neulactil®
Pramatsiini	
Trioridatsiini	Melleril®, Orsanil®

Tiaksanteenin johdokset:

Flupentiksoli	Fluanxol®
Klooriprotikseeni	Truxal®
Tsuklopentiksoli	Cisordinol®

Butyrofenonit:

Melperoni	Melpax®
Haloperidoli	Serenase®

Bentsamidit:

Sulpiridi	Suprium®
-----------	----------

TOISEN POLVEN JA UUEMMAT ANTIPSYKOOTIT

Aripipratsoli	Abilify®
Klotsapiini	Clozapine®, Froiditv, Leponex®
Risperidoni	Risperdal®
Ketiapiini	Seroquel®
Olatsapiini	Zyprexa®
Tsiprasidoni	

MASENNUSLÄÄKKEET**TRISYKLISET DEPRESSIOLÄÄKKEET**

Amitriptyliini	Triptyl®
Amitriptyliini + klooridiatsepoksidi	Klortriptyl®, Limbitrol®
Amitriptyliini + perfenatsiini	Pertriptyl®
Doksepiini	Doxal®
Klomipramiini	Anafranil®
Nortriptyliini	Noritren®
Trimipramiini	Surmontil®

SELEKTIIVISET SEROTONIININ TAKAISOTON ESTÄVÄT**DEPRESSIOLÄÄKKEET**

Essitalopraami	Ciprallex®
Fluoksetiini	Fluoksetiini®, Fluoxal®, Fluoxetin®, Fluoxetine®, Fluxantin®, Fontex®, Seromex®, Seronil®
Fluvoksamiini	Fevarin®
Paroksetiini	Optipar®, Paroxetin®, Seroxat®
Sertraliini	Zoloft®
Sitalopraami	Ciprami®, Citalopram®, Emoca®, Sepram®

MONOAMINO-OKSIDAASIN ESTÄJÄT

Moklobemidi	Aurorix®
-------------	----------

MUUT DEPRESSIOLÄÄKKEET

Mianseriini	Miaxon®, Tolvon®
Milnasipraani	Ixel®
Mirtatsapiini	Mirtrail®, Mirtatsapiini®, Mirtazon®, Remeron®

Reboksetiini	Edronax®
Tratsodoni	Azona®
Venlafaksiini	Efexor®

KASISUUNTAISEN MIELIALAHÄIRIÖN LÄÄKKEET

Litium	Lito®
Karbamatsepiini	Neurotol®, Tegretol®
Lamotrigiini	Lamictal®
Okskarbamatsepiini	Apydan®, Trileptal®
Valproaatti	Absenor®, Deprakine®, Orfiril®

ANKSIOLYYTIT ELI AHDISTUNEISUUDEN HOIDOSSA KÄYTETYT LÄÄKKEET

Bentsodiatsepiinit:

Alpratsolaami	Alprazolam®, Alprox®, Xanor®
Diatsepaami	Diapam®, Diazepam®, Medipam®, Stesolid®
Klonatsepaami	Rivatril®
Klooridiatsepoksidi	Risolid®
Loratsepaami	Temesta®
Oksatsepaami	Opamox®, Oxamin®, Oxepam®

Muut anksiolyytit

Buspironi	Buspar®, Buspiron®
Hydroksitsiini	Atarax®
Diksyratsiini	Esucos®

TARKKAAVAISUUDEN HÄIRIÖN HOIDOSSA KÄYTETYT LÄÄKKEET

Atomoksetiini

Metyylifendinaatti

Concerta®

HYPNOOTIT ELI UNETTOMUUDEN HOIDOSSA KÄYTETYT LÄÄKKEET

Bentodiatsepiinit:

Midatsolaami

Dormicum®

Nitratsepaami

Insomin®,

Tematsepaami®, Normi-
son®, Tenox®

Triatsolaami

Halcion®

Muut hypnootit:

Tsaleploni

Sonata®

Tloipideemi

Somnor®, Stella®,

Stilnoct®, Zolpidem®

Tsopikloni

Imovane®, Zopiclon®,

Zopiclone®,

Zopipnox®

ALKOHOLISMIN JA HUUMERIIPPUVUUDEN HOIDOSSA KÄYTETYT LÄÄKKEET

Akamprosaatti

Buprenorfiini

Subutex®

Disulfiraami

Antabus®

Naltreksoni

Revia®

LÄÄKEHOIDON TAVOITE

- Ihmisten terveyden edistäminen
- Sairauksien ehkäiseminen
- Sairauksien tutkiminen ja parantaminen
- Sairauden etenemisen hidastaminen
- Ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita ja lievittää oireita

LÄÄKKEIDEN ANTOTAPA

Enteraalinen

Enteraalinen lääke annetaan ruoansulatuskanavaa, jolloin lääke imeytyy ruoansulatuskanavasta esimerkiksi suun limakalvolta, mahalaukusta, ohut- tai peräsuolesta. Enteraalinen lääkemuoto voi olla erilaiset tabletit ja kapselit, oraalineste, suusumute, tippoja tai jauhetta.

Parentaalinen

Parentaalinen lääke annetaan ruoansulatuskanavaan ulkopuolelta esimerkiksi ruiskeena korvaan, silmään, nenään, hengitysteihin tai iholle. Parentaalisia lääkemuotoja on muun muassa ruiskeet, erilaiset tipat, aerosolit, jauheet ja sumutteet, voiteet, laastarit ja linimentit.

LÄÄKERIIPPUUUS

Usein sairaudenhoitoon liittyy vahvasti lääkkeet, joiden avulla pystytään hallitsemaan oireita tai jopa poistamaan ne kokonaan. Lääkityksen avulla sairastunut ihminen voi mahdollisesti elää tasapainoisempaa ja miellyttävämpää elämää kuin ilman niitä. Lääkkeiden käyttöön liittyy kuitenkin aina riskejä.

Lääkeriippuvuudesta voidaan puhua silloin, kun tarpeettoman lääkkeen käyttö on jatkuvaa tai pakonomaista. Melkein aina väärinkäyttöön liittyy joko psykologinen tai fysiologinen riippuvuus ja usein vieroitusoireet saavat ihmisen jatkamaan lääkkeen käyttöä. Yleisimmät väärinkäytetyt lääkkeet on määrätty ahdistuneisuuden tai unettomuuden hoitoon. (Huttunen 2010). Yleisimmät rauhoittavat lääkkeet ovat betsodiatsepiineja, jotka lievittävät ahdistuneisuutta ja helpottavat unihäiriöitä. Rauhoittaviin lääkkeisiin liittyy usein erilaisia haittavaikutuksia. Esimerkiksi betsodiatsepiineihin voi kehittyä riippuvuus, ne voivat väsyttää ja siten altistaa tapaturmille, joskus ne jopa laukaisevat päihteiden sekakäytön ja aiheuttavat levottomuutta ja jopa väkivaltaa. (Rovasalo 2010)

Lääkeriippuvuutta on mahdollista ehkäistä erilaisin keinoin. Kun rauhoittavia lääkkeitä määrätään, on hyvä keskustella lääkärin kanssa siitä, milloin ne lopetetaan. Lisäksi on hyvä hoitaa mahdollista päihdeongelmaa tiiviimmin lääkekuurin ajan. On oleellista pitää lääkkeiden ottamisesta kirjaa, jolloin lääkkeiden määrä on havainnoitavissa. Tällöin voidaan päätellä, missä tilanteissa lääkkeitä tarvitaan eniten ja hoitaa oireen lisäksi myös syytä. Lääkäriltä voi tiedustella myös muita hoitovaihtoehtoja. (Rovasalo 2010.)

Usein lääkkeiden väärinkäyttö tapahtuu siis lääkkeillä, jotka lääkäri on määrännyt. Siksi lääkehuoltoon on tänä päivänä kiinnitettävä huomiota entistä tarkemmin. Lääkkeiden väärinkäyttö on helpompi estää kuin purkaa jo pitkälle edennyt riippuvuus. Sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisilla, jotka työskentelevät esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien parissa, on keinot huomata lääkeriippuvuus ja ohjata asiakas hoitoon.

Lääkkeiden käyttömäärä on kasvanut lääketieteen kehittyessä. Lääketiede on löytänyt moniin sairauksiin ja niiden oireisiin hoitomuotoja lääkkeitse. Silti on syytä muistaa terveellisen ja oikean ravinnon, unen määrän ja laadun sekä liikunnan merkitys ihmisen hyvinvointiin. Jo näiden avulla monen olo voi kohentua huomattavasti, jos ruokavalioita muutetaan sopivanlaiseksi sekä huolehditaan riittävästä liikunnan määrästä sekä levosta. Tämän tyyppisen elintapojen muutokset vaativat monelta enemmän itsekuria ja motivaatioita kuin pelkän lääkkeen ottaminen. Liikunta virkistää ja kohottaa yleiskuntoa sekä vastustuskykyä, mutta samalla myös purkaa stressiä ja luo hyvää oloa. Terveelliset ruokailu ja juoma tottumukset vaikuttavat energian saantiin sekä kehon hyvinvointiin, jotka puolestaan yhdessä tuottavat yksilölle parempaa olotilaa. Riittävä lepo ja uni ovat ensisijaisia jaksamisen ja vastustuskyvyn takia. Liikunnalla ja ravinnolla on yhteys hyvänlaatuiseen uneen. Hyvä puoli näissä "hoitomuodoissa" on että ne sopivat kaikkien lääkkeiden kanssa käytettäväksi ilman sivuvaikutuksia. Ne voivat toimia lääkehoidon tukena tai joissain tapauksissa lääkehoidon tilalla tai vähentämässä lääkkeiden käytön määrää. Liikunta, terveellinen ravinto ja lepo toimivat myös monessa sairauksessa ennalta ehkäisevinä toimenpiteinä vähentäen näin lääkkeiden tarvetta.

PÄIHDEONGELMASTA

Päihteet

Monella kuntoutustiimin asiakkaista on tai on ollut päihteiden käytössä ongelmia, ja ovat päihteiden väärinkäytön vuoksi hakeneet hoitoapua. Päihde on keskushermostoon vaikuttava aine, jota käytetään sen psyykkisten vaikutusten vuoksi esimerkiksi mielihyvän saavuttamiseksi. Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita tai yhdisteitä tai luonnontuotteita, joita käytetään päihtymis-, piristymis- tai huumausainetarkoituksessa. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 40.) Päihteet on mahdollista jaotella eri tavoin, mutta laajasti määriteltynä päihteiksi voidaan katsoa kuuluvaksi kaikki ne aineet, jotka elimistöön joutuessa aiheuttavat päihtymyksen tunteen tai humalatilän. Näin määriteltynä tupakka, alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, tekniset liuottimet, anaboliset steroidit sekä huumeet ovat päihteiksi luokiteltavia psykoaktiivisia aineita.

Päihteet ovat vaikutuksiltaan erilaisia. Päihteet voivat saada aikaan sekä euforian tunnetta että apatiaa, harhoja tai muutosta sosiaalisissa kyvyissä. (Huttunen 2010a.) Kuntoutustiimin asiakkaista yleisimmät päihteet ovat alkoholi, tupakka ja erilaiset lääkkeet. Sen sijaan huumausaineiksi luokiteltavia aineita kuten kannabis, opiaatit, amfetamiini, kokaiini ja näiden johdannaiset, LSD ja tekniset liuottimet ovat vähemmän tavattavia päihdeongelman syytä asiakaskunnassa. (Teematapaaminen 2010.) Huumausaineiden käyttö ja hallussapito ovat Suomen lain mukaan rangaistavia (Huumausainelaki 1993/1289).

Päihdeongelmat

Päihteitä voidaan käyttää eri tavoin riippuen päihdeestä. Käyttötapoja ovat esimerkiksi suun kautta pureskellen, imemällä, nielemällä, nuuskaamalla, polttamalla tai imeyttämällä limakalvolta, sisään hengittämällä eli haistelemalla sekä suonensisäisesti ja lihaksien kautta muun muassa pistämällä. Käyttötapaan liittyy olennaisesti päihteen olomuoto sekä käyttäjän fyysinen

terveydentila. Käyttötavoista riippuen on muistettava päihteidenkäytön vaikutusten lisäksi käyttötavan seuraukset terveydelle. Suonensisäinen käyttö lisää muun muassa erilaisten tarttuvien tautien kuten maksasairauksien ja bakteeritulehdusten riskiä, sekä hengitysteitse käytettävien päihteiden vaikutukset hengityselimiin.

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan pakonomaista päihteiden käyttämistä. Henkilö ei tällöin pysty hallitsemaan päihteiden käytön määrää eikä näin ollen kykene lopettamaan päihteiden käyttöä itsenäisesti (Saarelainen ym. 2003, 42.). Ongelmakäyttö ja päihderiippuvuus syntyvät usein vähitellen, vuosien aikana. Ihmiset eivät käytä päihteitä saadakseen niistä terveydellisiä ja muita haittoja, mutta niiden ilmeneminen on pitkässä ja runsaassa käytössä hyvin todennäköistä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 31.). Ongelmakäyttö leviää koskettamaan yksilön elämän eri tahoja sekä kokonaisvaltaisesti yksilön eri ulottuvuuksia. Ongelmakäyttö on sidoksissa niin yksilön henkisiin, psykologisiin kuin myös sosiaalisiin ja fyysisiin tahoihin (Saarelainen ym. 2003, 42.). Kaikille päihteistä ei muodostu pakottavaa tarvetta ja ongelmakäyttöä, vaan käyttö pysyy rajoitettuna ja hallittuna käyttönä.

Päihteiden väärinkäytöllä tarkoitetaan alkoholin runsaan käytön lisäksi myös sekä huumausaineiden käyttöä että lääkkeiden väärinkäyttöä. Lääkkeiden väärinkäyttö katsotaan päihdekäytöksi silloin kun yksilö tietoisesti käyttää esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä päihtymistarkoituksessa tai olotilan muuttamiseksi päihtymystilaksi. Tavallisesti lääkkeiden päihdekäytön yhteydessä käytetään myös muuta päihdettä, jolloin käyttö voidaan katsoa sekakäytöksi. Lisäksi lääkkeiden väärinkäytöksi luetaan lääkkeen käyttötavan muuttaminen päihtymystilan saavuttamiseksi. Lääkkeiden väärinkäytöksi katsotaan myös sellaisten lääkkeiden käyttö, joka on hoidollisesti tarpeetonta tai lääkkeiden pakonomaista käyttöä riippumatta käytön aiheuttamista haitoista sekä terveydellisesti että sosiaalisesti. Yleisimmät väärinkäytetyt lääkkeet ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet sekä kivun ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit ja muut lääkkeet. (Huttunen 2010b.)

Käytön välittömät vaikutukset ovat riippuvaisia käytetyistä lääkkeistä ja muista päihdyttävistä aineista. Muutokset voivat olla esimerkiksi jännityksen ja ahdistuksen lieventyminen, rentoutuminen tai mielialan kohoaminen.

Usealla asiakkaalla on lääkärin määräämiä lääkkeitä erilaisten sairauksien hoitoon, esimerkiksi kivun hoidossa on vahvoja särkylääkkeitä sekä mielen-terveyskuntoutujilla psykiatrisia lääkkeitä. Lääkkeiden väärinkäytöstä seuraa useimmille henkilöille vieroitusoireita, jos lääkkeen käyttömäärää vähennetään. Vieroitusoireet ovat sidoksissa riippuvuuden kehittymiseen ja sen joko psykologiseen tai fysiologiseen riippuvuuteen. Fysiologisen riippuvuudessa henkilön kyky sietää lääkkeen vaikutuksia on kohonnut ja hänellä ilmenee lääkkeen käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriaikaisia vieroitusoireita. Lääkeriippuvuus voi ilmetä myös ilman merkittävää toleranssia tai vieroitusoireita, jolloin riippuvuus on psykologista riippuvuutta ja perustuu aineen kykyyn tuottaa hyvää oloa tai muita toivottuja psyykkisiä vaikutuksia. (Huttunen 2010b.) Pitkäaikaisia lääkkeiden väärinkäytön, sekakäytön ja päihdekäytön seurauksia voivat olla esimerkiksi ahdistuneisuus, paniikkiherkkyys, masennus, lihaksistossa tapahtuvat muutokset, tasapainohäiriöt, muistiin ja keskittymiskykyyn liittyvät häiriöt, erilaiset kiputilat, vatsavaivat ja muut sisäelimelliset vaivat. (Irti Huumeista ry.)

Alkoholin käytöllä on samankaltaisia vaikutuksia kuin muillakin päihdyttävillä aineilla. Alkoholi lamaannuttaa keskushermostoa, saaden aikaan jännittävyyden estojen vähentymisen. Humaltumiseen ja humalan voimakkuuteen vaikuttavat yksilön synnynnäinen sietokyky sekä alkoholiin tottuminen. Alkoholin sietokyky kasvaa jos alkoholia käyttää pidempään ja runsaasti. Puhutaan alkoholitoleranssista. Sietokykyyn vaikuttavat monet eri tekijät muun muassa vireystila, ravinto ja lääkeaineiden käyttö. (Kiiänmaa 2009, Holopainen 2009.)

Alkoholin käytön seurauksena on epämiellyttävä jälkitila, josta puhutaan krapulana. Krapulan muodostumiseen vaikuttavat aiemmin nautittu alkoholin määrä ja tunnetta korostavat muun muassa humaltumisen yhteydessä

tapahtunut valvominen. Alkoholilla on krapulatilán lisäksi muitakin vaikutuksia ihmisen terveyteen niin lyhyt kuin pitkäaikaiskäyttönä liittyen esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien hoitamiseen ja puhkeamiseen, diabeteksen hoitoon sekä muistijärjestelmään. (Eriksson 2005, Lindroos 2005, Salaspuro 2005.)

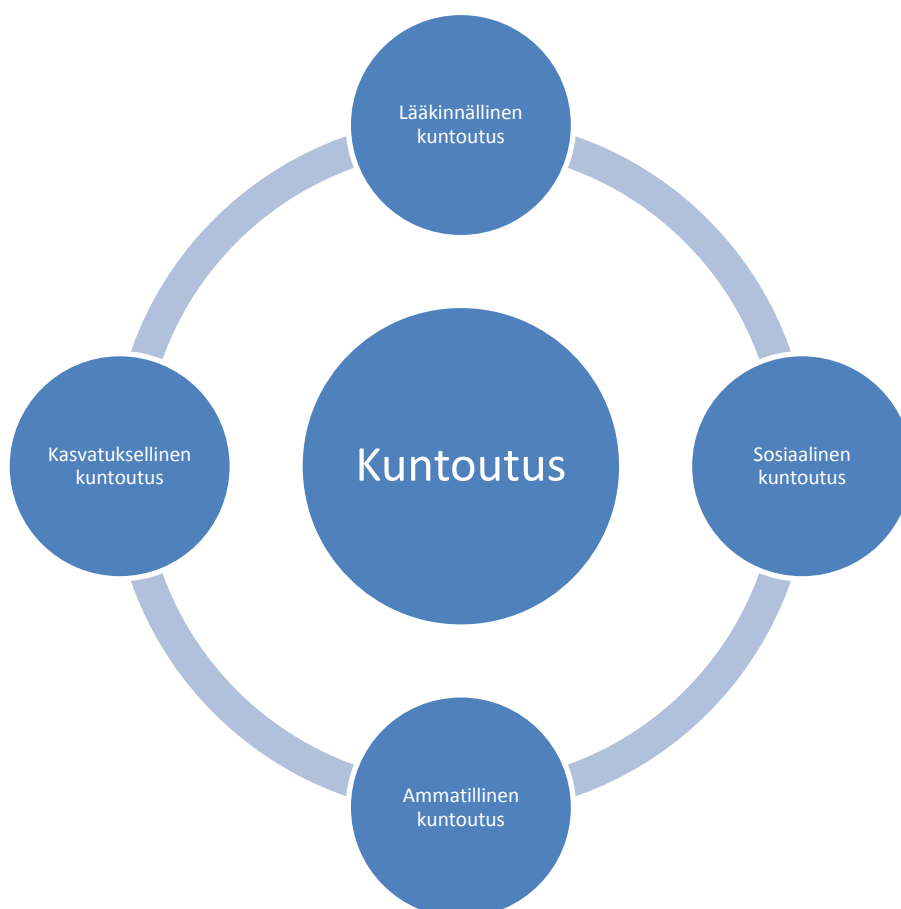
KUNTOUTUS

Kuntoutuksen tarkoituksena ja tavoitteena on edistää ja parantaa sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen yksilön toimintakykyä. Toimintakyvyn lisäksi edistetään yksilön itsenäistä selviytymistä arjessa, yleistä hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia sekä työllistymistä. Kuntoutuminen on yksilöllistä ja kuntoutussuunnitelma laaditaan lähteväksi yksilön tarpeista, tasosta ja tavoitteista. Kuntoutuksen ominaispiirteisiin kuuluvat pitkäjänteisyys sekä tavoitteellisuus (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009c.). Kuntoutuminen on äärimmäisen yksilöllinen, ainutlaatuinen matka ja jokaiselle kuntoutujalle erilainen. Jokaisen ihmisen elämänselämä on erilainen, eikä kukaan toinen ole elänyt tai kokenut niitä asioita, jotka ihminen itse on. Tämän kokemuksen kautta ihmisellä on ainutlaatuinen tieto omasta elämästään; mitä se on ollut ja miltä tuntunut. Jokainen ihminen on oman elämänsä asiantuntija. (Koskisu 2003, 33.) Kuntoutumista tukevana menetelmänä on kuntoutussuunnitelman käyttäminen asiakkuuden alusta asti. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan alkutilanne sekä kuntoutumisjakson tavoitteet. Kuntoutustiimin työskentely on tavoitteellista työskentelyä, jolloin selkeä suunnitelma tukee tavoitteiden saavuttamista sekä yksilön tarpeiden huomioimista. Kuntoutussuunnitelma antaa kuntoutukselle rungon ja järjestelmällisyyden, sekä mahdollisuuden konkreettisesti seurata ja arvioida kuntoutumisen etenemistä. (Teematapaaminen 2010.)

Kuntoutustoiminnan neljä osa-aluetta maailman terveysjärjestö WHO:n luokittelun mukaan ovat lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus ja kasvatuksellinen kuntoutus. Lääkinällinen kuntoutus kattaa esimerkiksi erilaiset terapiat, laitostuntoukset, kuntoutustutkimukset ja kuntoutusohjauksen. Ammatilliseen kuntoutukseen kuuluvat muun muassa työkokeilut, työhön liittyvät kurssit, ammattiin johtavat koulutukset, työohjaus, työkykyä ylläpitävät ja parantavat valmennukset. Sosiaalisessa kuntoutuksessa tavoite on edistää kuntoutujan ja hänen elinympäristönsä välistä vuorovaikutusta, jotta kuntoutuja voisi suoriutua erilaisista sosiaalisista tilanteista sekä osallistua yhteiskunnan toimintaan. Kasvatuksellinen kuntou-

tus pyrkii tukemaan tavallisesti lapsen kasvua itsensä hyväksymisessä, realistisen minäkuvan luomisessa ja psyykkisessä itsenäisyydessä. Laajemmin voidaan ymmärtää kasvatuksellinen kuntoutus kaikkena oppimistoimintana, jolla halutaan edesauttaa ihmisen toimintakykyä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 25–67).

Kuntoutustiimin kuntouttaminen on pääsääntöisesti sosiaalista kuntouttamista, mutta yhtälailla sosiaaliseen kuntouttamiseen kuuluu monipuolisesti erilaisia menetelmiä niin fyysisiä kuin psyykkisiä harjoitteita, joilla tavoitellaan yksilön kiinnittymistä yhteiskuntaan ja syrjäytymisen ehkäisyä. Näitä keinoja ovat esimerkiksi verkostojen ja sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpito, itsenäinen asioiden hoitaminen, omasta terveydestä huolehtiminen sekä joissain tilanteissa jopa hygieniasta huolehtiminen sekä fyysinen mahdollisuus liikkua kodin ulkopuolella. (Teematapaaminen 2010.)



Kuntoutujakeskeinen työskentely

Kuntoutujalähtöisessä työssä toimitaan voimavarakeskeisyyden periaatteella. Sillä tarkoitetaan toimintatapoja, joilla etsitään ja vahvistetaan kuntoutujan omia ja hänen ympäristönsä voimavaroja sekä mahdollisuuksia. Huomio ei ole sairauden, vamman tai vajavuuden yksityiskohtaisessa selvittelyssä, vaan siinä mikä toimii, mikä on vahvaa. Voimavaralähtöisyyden perusajatus on, että ihminen kehittyy kiinnostuksiansa, vahvuuksien ja tavoitteidensa kautta. Lähtökohtana ovat kuntoutujan elämän kokonaistilanne. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 23;30). Näin ollen asiakkaan motivointi kuntoutumiseen on ensisijaisen tärkeää, jotta kiinnostus saadaan syttymään.

Kuntoutujalähtöisessä työssä vuoropuhelu ja yhteistyö kuntoutujan, hänen lähipiirinsä ja verkostojensa sekä kuntoutukseen osallistuvien toimijoiden välillä tulisi olla sujuvaa. Kokonaisvaltainen ja voimavaralähtöinen työskentely vaatii kuntoutujan huomioimista persoonana, hänen elämäntilanteensa ja ympäristönsä kuin myös työntekijältä laajaa ymmärrystä sekä monialaista osaamista että asiakkaan kuuntelemista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2009, 7; 27–31). Tämän työskentelymallin mukaisesti Kuntoutustiimissä pyritään aktivoimaan ja motivoimaan asiakas itse mukaan kuntoutumisprosessiin. Asiakkaan puolesta tekemisen sijaan pyritään ohjaamaan, tukemaan ja kannustamaan asiakasta itsenäiseen suoriutumiseen.

Kuntoutujalähtöinen työ edistää asiakkaan omaa toimintakykyä ja tukee asiakkaan uskoa omaan itseensä sekä lisää elämänhallinnan tunnetta sekä mielekästä elämää. Yksilöllisyyden kunnioittaminen on kuitenkin avainasemassa, sillä jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja arvokas. Tämän vuoksi asiakkaan kanssa tulee yhdessä keskustella ja sopia tavoitteet työskentelylle, jolloin ne tulevat asiakkaan tarpeista ja merkityksistä lähtien. Yksilöllisyyden kunnioittaminen tulee näkyväksi kuntoutujan ja työntekijän välisessä suhteessa, jossa vuorovaikutus perustuu tasa-arvoisuuteen, kunnioitukseen ja keskinäiseen vuoropuheluun. (Kettunen ym. 2009, 29). Elämänhallinnan kasvattamiseen liittyy olennaisesti itsenäisyyden tukeminen, itsemääräämisoikeus, vapaus ja

vastuu sekä riskien ottaminen. Kuntoutujalähtöinen työ pyrkii korostamaan kuntoutujan omaa aktiivisuutta toimijana, osallistujana sekä itseään koskevien päätösten tekijänä. Mahdollisuus valita eri vaihtoehtoista pyrkii lisäämään kuntoutujan autonomisuutta aina kun se mahdollista. Kuntoutujalla on oikeus tulla kuulluksi kun kyseessä on hänen kuntoutumisensa liittyvät asiat. (Kettunen ym. 2009, 29). Kuntoutujalähtöinen työ näkyy arjen työssä, kun työntekijät pyrkivät auttamaan asiakasta erilaisin keinoin, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus asua itsenäisesti mahdollisimman pitkään.

Kuntoutumisen onnistumisen kannalta on tärkeää huomioida kuntoutumisprosessin aikana myös kuntoutujan sosiaalinen verkosto. Sosiaalisen verkoston, perhe, työyhteisö, läheiset, tuki edes auttaa kuntoutumista ja sen onnistumista parhaalla mahdollisella tavalla. Sosiaalisesta verkostosta voi löytyä suuria voimavaroja kuntoutumiseen. Sosiaalisen verkoston hyödyntämisessä voidaan etsiä kuntoutujan merkityksellisiä suhteita ja löytää uusia mahdollisuuksia tukeen, verkostotapaamisessa voidaan miettiä verkoston mahdollisuuksia antaa kuntoutujalle apua ja tukea sekä jakaa vastuualueita eri toimijoiden kesken. Mahdollisuus verkostoterapiaan on myös olemassa, jolloin verkostoterapiaan koulutettu henkilö joka antaa psykoterapian luoteita palvelua, jonka kohteena on kuntoutujan sosiaalinen verkosto. (Kettunen ym. 2009, 7; 30–31). Kuntoutustiimin työntekijät pyrkivät huomioimaan asiakkaan läheiset niin yhteistyökumppaneina kuin voimavaroina. On kuitenkin muistettava, etteivät kaikki asiakkaat halua työntekijän olevan yhteydessä läheisiin tai läheisiä ei yksinkertaisesti ole olemassa. Tällöin tavoitteena voi olla löytää uusia sosiaalisia suhteita ja lisätä sosiaalisia kanssakäymisiä muiden ihmisten kanssa lähtemällä esimerkiksi päivätoimintakeskukseen.

Kuntoutuksen arvoja



Kuntoutuksen reunaehtoina toimii loppujen lopuksi yhteiskunnan arvot. Arvostus näkyy lainsäädännössä, taloudessa ja yhteiskunnan jäsenien toiminnassa. Arvot ovat sidoksissa vallitsevaan aikakauteen ja kulttuuriin, joidenka myötä arvot muodostuvat.

Onnellisuus on suhteellista ja hyvin yksilöllistä. Onni voi löytyä hyvinkin pienistä arjen asioista. Kuntoutumisen prosessissa olisi hyvä asiakkaan kanssa pohtia mikä tekee asiakkaan onnelliseksi.

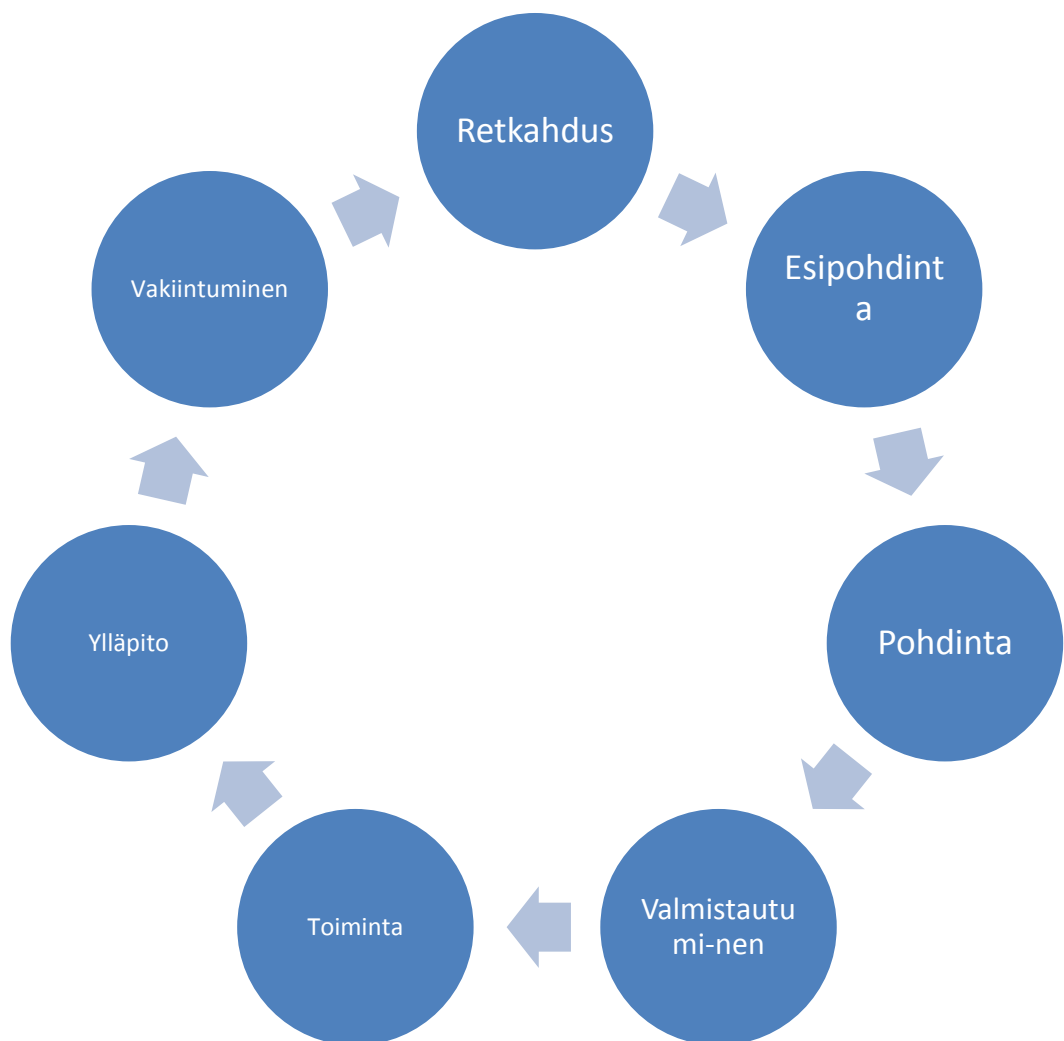
Vapaus kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä ja valinnan mahdollisuuksia. Vaikka työntekijällä on vankka koulutus ja kokemus, jokainen asiakas on itsensä paras asiantuntija. Oleellista on selvittää asiakkaan kanssa mikä olisi paras keino auttaa.

Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo muistuttaa jokaisen asiakkaan oikeuksista saada hyvää ja laadukasta palvelua asianmukaisella tavalla. Tärkeää on asi-

akkaan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien korostaminen. Asiakasta ei saa passivoida vaan tukea hänen aktiivista toimijuutta.

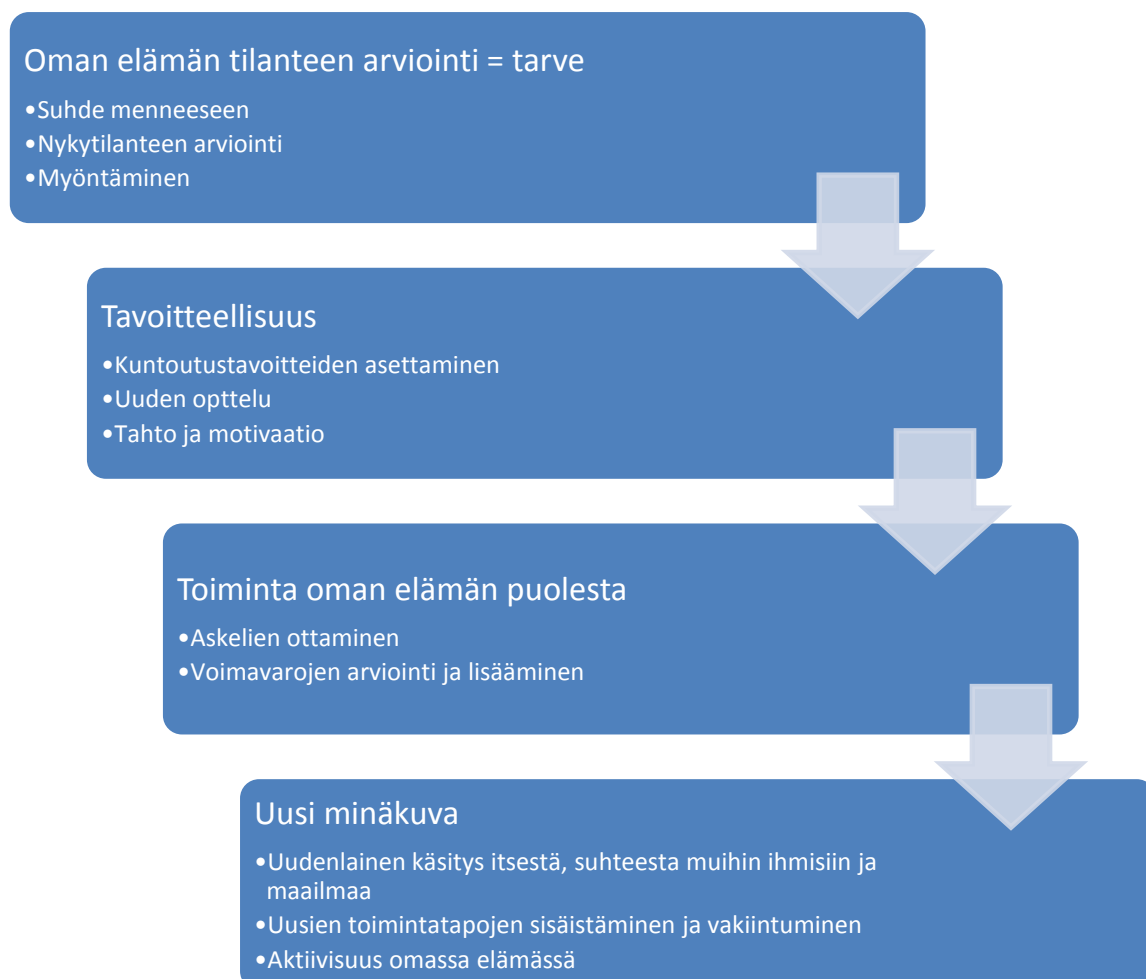
Muutoksen vaihemalli

Millerin ja Rollnickin näkemys muutosmallista joka sisältää kuudesta seitsemään eri vaihetta. Muutoksen malli kuvataan useasti spiraalimaisesti tai kehämäisesti, kuvastaen muutoksen luonnetta. Monesti muutoksen saavuttaminen ja ylläpitäminen vaativat useamman kierroksen kehässä, jotta haluttu muutos saadaan toteutumaan. Muutoksen vaihemallia voi soveltaa useampaan tilanteeseen, tässä kohdassa se on helppo liittää päihderiippuvuudesta irrottautumiseen.



Kuntoutumisen prosessimalli

Mukaillen Koskisuuta 2005 ja 2004.



Mukana kuntoutumisen prosessissa voi olla ammattitahoja auttamassa tavoitteiden toteutumisessa, mutta yhtäläillä mukana voi olla läheisiä tukijoita. Tärkeintä on myöntää lähtötilanne ja ne syyt, jotka ovat tilanteen rakentaneet. Kuntoutumisen onnistumista edellyttää yksilön sitoutuminen ja halu muuttua siinä määrin kuin asetetut tavoitteet vaativat. Tavoitteen tulee olla sopivan haastava, jotta onnistuminen vie yksilöä eteenpäin, mutta ei liian suuri saavutettavaksi.

Päihdekuntoutuja

Silloin kun päihderiippuvuus kattaa ison osan käyttäjän elämästä ja heikentää elämänlaatua, puhutaan ongelmakäytöstä. Päihdeongelmat syntyvät yleensä pitkän ajan kuluessa ja ovat kytköksissä henkilön kehityshistoriaan. Päihdeongelmaa tarkastellaan nykyisin ottamalla ihminen huomioon kokonaisuutena: vaikutukset näkyvät niin fyysisessä, psyykkisessä kuin sosiaalisessakin toimintakyvyssä. Päihdeongelmasta kuntoutuminen vaatii yleensä hyvin pitkäjänteisen prosessin, ja kuntoutumista tarvitaan kaikilla toimintakyvyn alueilla. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 210.)

Päihteiden käyttäjällä on tavallisesti samanlaisia vaikeuksia perustarpeista huolehtimisessa, arkielämästä selviytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa kuin mielenterveysongelmaisella. Päihdekuntoutuja kykenee yleensä heikosti tekemään omaa elämänsä koskevia itsenäisiä ratkaisuja ja tarvitsee paljon tukea totutelllessaan ratkaisujen tekoon. Päihdeongelmaiset eivät usein arvosta itseään eivätkä luota kykyihinsä myös pitkäaikainen päihdeongelma näkyy usein jo ulkoisessa olemuksessa, mikä aiheuttaa ympäristössä monesti paheksuntaa. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 210.)

Kuntoutustiimin päihdekuntoutujista osa käyttää yhä päihteitä, joko alkoholia ja/tai tupakkaa. Alkoholista puhuttaessa täysraittius on osalle enemmän pakonsanelevaa, sillä kohtuukäytön mahdollisuus on olematon päihdehistorian vuoksi. Osa elää alkoholin kanssa kausiluonteisesti, ollen aika ajoin selvän päin ja välillä juoden. Tupakointi sen sijaan on hyvin yleistä ja osalla asiakkaista varsin runsasta. Päihdekuntoutujien kanssa työskentely on paljolti samoja asioita kuin mielenterveyskuntoutujien kanssa; kodin hoitoa, asioilla käyntiä ja niissä avustamista sekä hygieniasta ja terveydestä huolehtimista sekä opastusta. Päihdekuntoutujien asiointi keskittyy pitkälti samoihin palveluihin kuin mielenterveyskuntoutujien, lisänä alkoholin ja muiden päihteiden katkaisuhoidot, omanlaisensa terveysasiat, raha-asioiden hoitoa sekä monella myös asunnon hankintaan tai pitämiseen liittyviä asioita.

Huomio kiinnittyy päihdekuntoutujien parissa paljon myös lääkehuoltoon, sillä usealla päihdekuntoutujalla on lääkityksiä joko päihdeongelmaan tai muihin terveydellisiin seikkoihin liittyviä. Mahdollinen päihdekäyttö voi tehdä lääkehuollosta problemaattista, sillä harva lääke käy esimerkiksi alkoholin kanssa yhteen. Päihteiden runsas käyttö voi myös heikentää lääkityksen optimaalista hyötyä, sillä jo päihdyttävä aine voi muuttaa lääkkeen vaikutusta sekä lääkityksen säännöllinen ottaminen voi heikentyä päihtymystilan vuoksi.

Yhteistyö eri tahojen kanssa toimii samalla periaatteella kuin mielenterveyskuntoutujien kanssa. Pyrkimys on saada yhteistyö toimimaan eri viranomais- tahojen kuin myös läheisten kanssa. Työn tavoitteena on saada vähennettyä päihteiden käyttöä sekä huolehtia asiakkaan terveydestä kokonaisvaltaisesti ja tavoitella itsenäisen elämisen jatkumista mahdollisimman pitkään.

Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyteen liittyvät ongelmat voivat jo itsessään olla syy, miksi henkilö tarvitsee kuntoutusta. Ne voivat myös aiheutua ongelmallisesta elämäntilanteesta. Jokaisen mielenterveyskuntoutujan tilanteessa on yksilöllisiä, henkilön elämänselitykseen liittyviä tekijöitä. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 203). Mielenterveystyön painopiste on siirtynyt viime vuosikymmenten aikana laitoshoidosta avohoitoon. Tämä edellyttää, että kehitetään tuettuja asumismuotoja ja kuntoutumista tukevia avopalveluja. Mielenterveyskuntoutujan on usein vaikeaa huolehtia perustarpeistaan sekä suoriutua arkielämästä ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Hän tarvitsee niissä tukea ja ohjausta. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 204).

Kuntoutustiimin asiakkaat ovat pääsääntöisesti kotona asuvia mielenterveyskuntoutujia, jotka vaativat tukea selviytyäkseen arjessa. Kotihoidon palvelut eivät ole riittävän kattavat muun muassa erikoispalveluja vaativalle mielenterveyskuntoutujalle eivätkä kaikki kuntoutustiimin asiakkaat täytä kotihoidon kriteereitä palvelujen saamiseksi. Mielenterveyskuntoutujan kanssa

työskentely perustuu asiakkaan sen hetkiseen tarpeeseen tuesta arkipäivän toimissa sekä keskusteluihin pohjautuvasta työskentelystä mielenterveyteen liittyen. Arkipäivän toimintoihin kuuluvat esimerkiksi asunnon siivousta, ruoan laittoa ja ravinto opastusta, henkilökohtaisen hygienian huolehtimisesta sekä erilaisten virasto tai muiden vastaavanlaisten asioiden hoitoavusta. Lääkehuolto on tärkeä osa työntekijän käyntiä. Lääkkeiden jako on voitu suorittaa jo työpisteellä tai yhdessä asiakkaan kanssa. Lääkkeitä on voitu määrätä mielenterveydenongelman hoitoon tai erilaisiin somaattisiin sairauksiin. Monella asiakkaalla on säännöllinen lääkitys muun muassa kohonneeseen verenpaineeseen, diabetekseen, nukahtamis- ja unilääkkeitä, erilaisia puutos-tiloja korjaavia lääkkeitä sekä kipulääkkeitä. Yhdessä asiakkaan kanssa voidaan hoitaa ajanvarauksia erilaisiin sosiaali- ja terveystalouteen kuin myös muita virastoasioiden hoitoa velkaneuvonnasta jalkahoitajalle sekä vuokranantajasta fysioterapeutille. Työntekijän käynnit on voitu myös niin, että työntekijä on mukana asiakkaan käynnillä psykiatrisen sairaanhoitajan, terapeutin, lääkärin vastaanotolla, jolloin myös työntekijä saa tarvitsemansa tiedon asiakkaan voinnista terveyden muilta osin. Yhteistyö toimii myös toisinpäin, jolloin esimerkiksi terveyskeskuslääkäri saa tiedon asiakkaan kotioloista ja viime päivien voinnista ennen kuin tekee diagnoosia tai valitsee lääkitystä.

TYÖTÄ OHJAAVAT LAIT

Sosiaali- ja terveysalalla tehtävää työtä määrittävät erilaiset lait. Ne antavat suuntaviivoja käytännön työlle ja asettavat eettisen viitekehyksen alan viranomaisille. Lait löytyvät kokonaisuudessaan Suomen laki -kirjasta sekä www.finlex.fi -osoitteesta.

Päihdehuoltolaki

1 §

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

3 §

Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.

Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle.

5 §

Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on ehkäistävä alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä.

Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan on seurattava päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välitettävä tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille.

6 §

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin.

Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia.

7 §

Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.

8 §

Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan haakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on otettava ensisijaisesti huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu.

Palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan.

9 §

Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja

muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.

Mielenterveyslaki

1 §

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut).

Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

3 §

Kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään.

Erikoissairaanhoitolaissa tarkoitetun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin sanotussa laissa ja tässä laissa säädetään.

Kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettua lakia sekä

kunnan peruspalvelujen valtiosuudesta annettua lakia, jollei lailla toisin säädetä.

4 §

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää.

Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää.

5 §

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä

1 §

Lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja tässä tarkoituksessa edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean

kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä.

Laissa säädetään eri hallinnonalojen yhteistyötä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytavoista.

8 §

Kuntoutujalla on oikeus saada hänen kuntoutuksensa yhteistyötä koskeva asia käsiteltäväksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä. Myös tässä laissa tarkoitettulla viranomaisella, muulla yhteisöllä tai laitoksella on oikeus saada henkilön kuntoutusta koskeva asia käsiteltäväksi yhteistyöryhmässä.

Yksittäisen kuntoutujan kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskevan asian käsittelemiseen yhteistyöryhmässä on oltava kuntoutujan kirjallinen suostumus. Asia on käsiteltävä yhteistyöryhmässä viivytyksettä. Jos käsittelypyyntö on ilmeisen aiheeton, ei asiaa tarvitse ottaa käsiteltäväksi.

Yhteistyöryhmä varmistaa sen, että kuntoutujalle on yhteistyössä hänen kanssaan nimetty kuntoutukseen perehtynyt yhteyshenkilö. Tarvittaessa yhteistyöryhmä nimeää yhteyshenkilön.

Kuntoutujaa koskevan asian ja häntä koskevien tietojen käsittelyssä sovelletaan, mitä hallintomenettelyä koskevassa lainsäädännössä, kielilaissa, viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa ja henkilötietolaissa säädetään. Yhteistyöryhmän toiminnassa syntyvien henkilötietojen käsittelystä vastaa rekisterinpitäjänä yhteistyöryhmä.

9 §

Yhteistyöryhmä ei saa ilman kuntoutujan kirjallista suostumusta antaa kannanottoa viranomaiselle taikka muulle yhteisölle tai laitokselle.

Kuntoutujalla on oikeus tulla kuulluksi asiassaan ja osallistua sen käsittelyyn kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä. Ryhmä voi kuntoutujan kirjallisella suostumuksella kuulla myös kuntoutujalle läheisiä henkilöitä.

Kuntoutujalle on annettava selvitys kuntoutuksen vaihtoehtoista ja muista kuntoutukseen liittyvistä seikoista. Kuntoutujan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat henkilökisterissä olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain 26–28 §:ssä säädetään.

Kuntoutujan yksilölliset tarpeet on otettava huomioon asian käsittelyssä.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

1 §

Tämän lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa.

4 §

Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan.

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritautansa.

Sosiaalihuollon asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää sosiaalihuoltoa suomen ja ruotsin kielellä säädetään sosiaalihuolto-laissa.

5 §

Sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan.

Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Jos sosiaalihuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Jos on kysymys asiasta, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, on tulkitsemisesta ja kääntämisestä huolehdittava siten kuin hallintolain 26 §:ssä säädetään.

7 §

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

Suunnitelma on laadittava, ellei siihen ole ilmeistä estettä, yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sekä 9 ja 10 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

8 §

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintolaissa.

Asiakkaan tahdosta riippumattomista toimenpiteistä sekä asiakkaan hoitoon tai huoltoon liittyvistä pakotteista ja rajoituksista sekä niitä koskevasta päätöksentekomenettelystä sosiaalihuollossa on voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Lastensuojelulaki

10 §

Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö:

- 1) saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen;
- 2) on tutkintavankeudessa; tai
- 3) on suorittamassa vankeusrangaistustaan.

TYÖNTEKIJÄN ROOLI

Kuntoutustyöntekijän ammatillinen rooli voi vaihdella tilanteen mukaan. Joskus työntekijän tulee asettaa itsensä tilanteen ulkopuolelle objektiiviseksi arvioijaksi, toisinaan hän on asiakkaan ääni ja tuki palveluiden viidakossa. (Härkäpää & Järvikoski 2004, 144.) Alan ammattilaisen on siis tunnistettava oma roolinsa ja sen monipuolisuus ja opittava hyödyntämään eri roolit tilanteiden muuttuessa asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

Kuntoutuksessa kuntoutuja ja työntekijä ovat yhteistyökumppaneita, joiden vuorovaikutussuhde perustuu tasa-arvoon. Molempien panos kuntoutukselle on merkittävä tulosten saamisen kannalta. Työntekijä pyrkii antamaan tietoa ja luomaan uusia vaihtoehtoja ja näkökulmia. Lisäksi työntekijän lääketieteellinen, psykologinen tai sosiaalitieteellinen tieto tulee tuoda asiakkaalle, jos se tukee tämän kuntoutusprosessia. Kumpikaan ei yksin kykene kuntouttamaan asiakasta, vaan molempien pitää olla valmiina jakamaan tietoa ja toimimaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. (Härkäpää ym. 2004, 160.)

Kuntoutuksen kautta opetellaan asiakkaan kanssa yhdessä elämään sairauden kanssa tai siitä huolimatta. Koska työskentely tapahtuu pääasiassa asiakkaan kotona, se asettaa työntekijän eri asemaan kuin toimistolla. Työntekijän on kyettävä ottamaan asiakas huomioon yksilöllisesti: jokaisen lähtökohdat ja tarpeet ovat erilaiset. Yhteisesti sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi työskennellään asiakasta vastuuttaen. (Seppo 2010.)

VIESTINTÄ

Viestintä on prosessi, jossa yksilöt rakentavat ja vastaanottavat erilaisia sanomia ja luovat niille merkityksiä. Viestintä perustuu verbaaliseen eli sanalliseen ja non-verbaaliin eli sanattomaan viestintään. Sanallinen viestintä muodostuu käytetystä kielestä ja merkeistä. Non-verbaaliseen viestintään kuuluvat kaikki muut merkit, esimerkiksi kasvojen ilmeet, äänen paino ja -sävy, liikkeet, etäisyys ja asennot sekä kosketus. Kehonkieli täydentää sanallista viestintää; välillä sanallinen ja sanaton viestintä korostavat yhdenmukaisuutta viestissä, joskus oheisviestintä voi antaa ymmärtää muuta kuin sanallinen viestintä. Jossain tilanteissa non-verbaalinen viestintä korvaa kokonaan sanallisen viestinnän. Viestintä ja sen käytäntö sekä merkitykset ovat usein sidoksissa vallitsevaan kulttuuriin.

Sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys asiakastyössä, sillä ihmiset aistivat helposti sanattomia viestejä ja tulkitsevat niitä omien kokemusten mukaan. Väärinymmärryksen vaara voi olla suuri. Negatiivisia viestejä oheisviestinnässä voi olla muun muassa:

- poispäin kääntynyt istuma- tai seisoma asento
- harhaileva tai pälyilevä katse
- rauhattomuus
- velto asento
- samanaikainen puuhastelu

Nämä viestit kertovat vähäisestä kiinnostuksesta, väsymyksestä tai asian tärkeyden vähättelystä.

Sen sijaan positiivisia viestejä ovat esimerkiksi:

- katsekontakti
- keskittyminen kuuntelemaan
- ryhdikäs ja levollinen asento
- aktiivinen ilme ja olemus
- hymy
- eläytyminen keskusteluun

Nämä kertovat viestijän olevan aktiivinen ja kiinnostunut aiheesta sekä keskustelukumppanista.

Perehdytyskansion tekstin tiedot

PÄÄOTSIKKO

fontti: Cambria
fonttikoko: 14
lihavointi
isoilla kirjaimilla

Väliotsikko

fontti: Cambria
fonttikoko: 14
Alkukirjain vain isolla

Perusteksti

fontti: Cambria
fonttikoko: 12
riviväli: 1,5

Tallennusmuoto Microsoft Word 2007 sekä 1997-2003-asiakirja.

MATERIAALI VINKKEJÄ

Kirjat:

Matti O. Huttunen, Lääkkeet mielen hoidossa, 2004, Duodecim

Reetta Kettunen, Kaija Kähäri-Wiik, Anne Vuori-Kemilä, Jarmo Ihalainen, Kuntoutumisen mahdollisuudet, 2009, WSOY

Aila Järvikoski, Kristiina härkäpää, Kuntoutuksen perusteet, 2004, WSOY

Tarja Levo, Ikääntyvän ääntä kuunnellen, taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin, 2008, Sininauhaliitto

Tarja Levo, Ikääntyvän hyvinvointi ja alkoholi- koulutusaineisto, 2009, Sininauhaliitto

Juho Saari, Yksinäisten yhteiskunta, 2010, WSOYpro

Jussi "hermit" Nieminen, Kuntoutujan tie, 2010,

Jane e. Smith, Robert J. Meyers, Kuinka motivoida päihdeongelmainen hoitoon läheisten avulla, 2008, Myllyhoitoyhdistys

Pirjo Alajoki, Peloista rohkeaan elämään, 2010, Kustannus Oy Uusi Tie

Kaija Seppä, Hannu Alho, Kalervo Kiianmaa, Alkoholiriippuvuus, 2010, Duodecim

Timo Toivio, Esa Nordling, Mielenterveyden psykologia, 2009, Edita

Paul French, Anthony P. Morrison, Psykoosin varhaisoireet, 2008, Duodecim

Merja Reijonen, Tuija Strandén-Mahlamäki, Oivaltava kohtaaminen, 2008, WSOYpro

Kauko Haarakangas, Parantava puhe, 2008, Magentum Oy

Veli Kaukkila, Elisa Lehtonen, Ryhmästä enemmän, 2007, Suomen Mielenterveyseura

Leena Vähäkylä, Hoidossa vai heitteillä?, 2006, Minerva Kustannus

Kati-Pupita Mattila, Asiakkaana ihminen, 2010, PS-kustannus

Raija Kivinen, Marja ruuti, Katja Keränen, Parasta aivoillesi, 2010, Otava

Pirjo Ilanne-Parikka, Tapani Rönnemaa, Marja-Terttu Saha, Timo Sane, Diabetes, 2009, Duodecim

Antti Heikkilä, Ravinto ja terveys, 2006, Rasalas

Mikael Fogelholm - Ilkka Vuori - Tommi Vasankari, Terveysliikunta, 2005, Duodecim

Marja-Leena Nurminen, Lääkehoidon ABC, 2006, WSOY oppimateriaalit
Annalis Söderholm, Ritva Halila, Satu Kivitie-Kallio, Jussi Mertsola, Sirkku
Niemi, Lapsen kaltoinkohtelu, 2004, Duodecim
Liisa Keltikangas-Järvinen, Temperamentti, stressi ja elämänhallinta, 2008,
WSOY
Kati-Pupita Mattila, Arvostava kohtaaminen, 2008, PS-kustannus

LÄHTEET

- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä: www.phsotey.fi
 Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006
 Mielenterveyden ensiapukirja
- Huttunen, M. 2004
 Lääkkeet mielen hoidossa
- Irti Huumeista ry: www.irtihuumeista.fi
 Lääkkeet ja sekakäyttö
- Jyväskylän yliopisto, viestintätieteiden laitos: www.juy.fi
 Viestintä
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002 ja 2009
 Kuntoutumisen mahdollisuudet
- Koskisuu, J. 2003
 Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja
- Kupias, P. & Peltola, R. 2009
 Pehdyttämisen pelikentällä
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007
 Haasteena päihteet
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007
 Kuntoutuksella toimintakykyä
- Lepistö, I. 2000
 Työpaikkakouluttajan käsikirja
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2001
 Psykiatria
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2007
 Psykiatria
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2009
 Kuntouttava lähihoito
- Punkanen, T. 2003
 Mielenterveystyö ammattina
- Päihdelinkki: www.paihdelinkki.fi
 Aalto, M. 2007
 Kaksoisdiagnoosi
- Eriksson, P. 2005
 Humala ja krapula
- Holopainen, A. 2009
 Alkoholitoleranssi
- Kiianmaa, K. 2009
 Alkoholitoleranssi
- Lindroos, L. 2005
 Alkoholitoleranssi
- Salaspuro, M. 2005
 Alkoholitoleranssi
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä: www.phsotey.fi
 Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003
 Mielenterveys- ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: www.stm.fi
 Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä
- Suomen laki: www.finlex.fi
 Huumausainelaki
 Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä
 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
 Lastensuojelulaki
 Mielenterveyslaki
 Työturvallisuuslaki
 Päihdehuoltolaki

Terveyskirjasto: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>

Aalto, M. 2007

Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö -
kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste

Huttunen, M. 2009

Ahdistuneisuus

Huttunen, M. 2010

Huumeiden aiheuttamat päihtymystilat

Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö

Masennus

Lyhykestoinen psykoosi

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009

Psykoosi

Partinen, M. 2009

Unihäiriöt

Rovasalo, A. 2010

Lääkeriippuvuus

Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit) – riippuvuus ja vieroi-
tus



KUNTOUTUSTIIMIN ESITTÄYTYMINEN

- ◉ Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä
- ◉ Peruspalvelukeskus Aava
- ◉ Kuntoutustiimi
- ◉ Kohderyhmä
- ◉ Asiakkuus
- ◉ Työn tarkoitus ja tavoitteet
- ◉ Yhteistyökumppanit ja -tahot

PHSOTEY

- ◉ Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät aloittanut toimintansa 1.1.2007.
- ◉ Toimialat:
 - Erikoissairaanhoidon.
 - Sosiaali- ja perusterveydenhuolto.
 - Ympäristöterveydenhuolto.
- ◉ Tarjoaa palveluita 15 kunnalle.

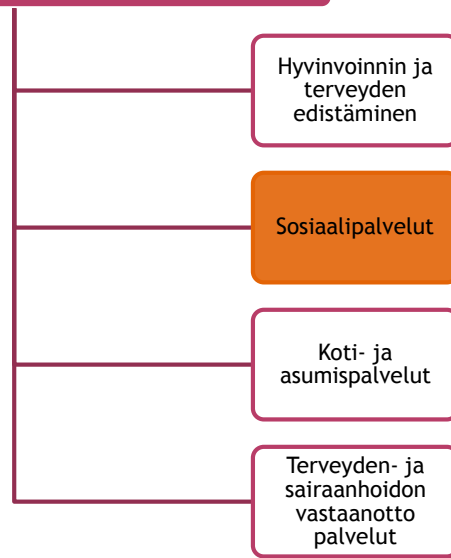
Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

PERUSPALVELUKESKUS AAVA

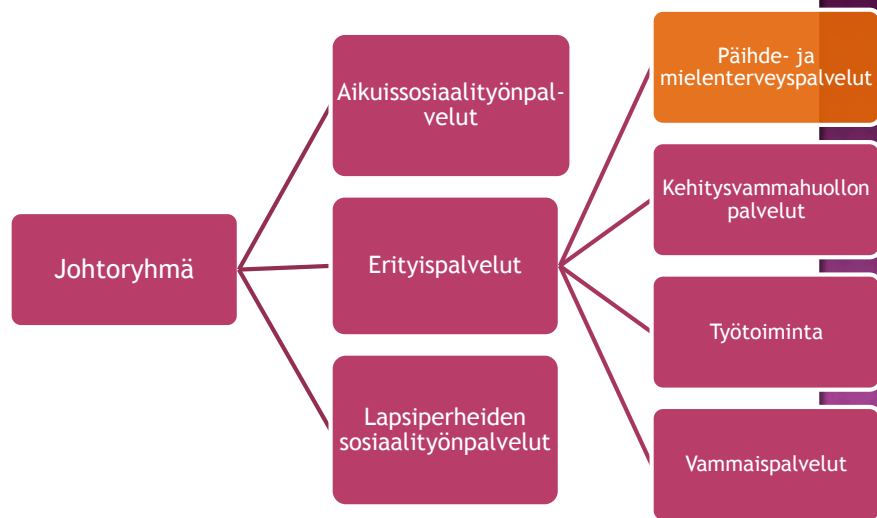
- ◉ Tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- sekä keskitetyt palvelut 8 kunnan alueella:
 - Artjärvi
 - Hartola
 - Iitti
 - Myrskylä
 - Nastola
 - Orimattila
 - Pukkila
 - Sysmä

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

Peruspalvelukeskus



Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010



Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

KUNTOUTUSTIIMI

- ◉ Toimii: Iitissä, Nastolassa, Orimattilassa, Artjärvellä, Myrskylässä ja Pukkilassa.
- ◉ Päihde- ja mielenterveyspalveluidenkoordinaattori: Marjo Mäkipää.
- ◉ Tiimivastaava Ulla Airola.
- ◉ Iitti: Jaana Viljanen ja Minna Lallukka.
- ◉ Nastola: Sinikka Porttila.
- ◉ Orimattilan seutu: Tuula Lehtinen ja Seppo Koivisto.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

KUNTOUTUSTIIMI

- ◉ Koulutus:
 - Sairaanhoitaja
 - Sosiaaliohjaaja
 - Lähihoitaja
 - Psykiatrinen sairaanhoitaja
- ◉ Työtä tehdään pääsääntöisesti arkipäivisin.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

KUNTOUTUSTIIMIN TUOTTAMA PALVELU

- ◉ Avohuollon tukipalvelua.
- ◉ Kotiin vietävää työtä; asiakkaan kotona ja kotoa ulos päin.
- ◉ Ryhmätoimintaa.
- ◉ Asiakasmaksut määräytyvät kotihoidon maksutaulukon mukaisesti.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

KUNTOUTUSTIIMIN ARVOT

- ◉ Ihmisarvon kunnioittaminen
- ◉ Ammatillinen välittäminen
- ◉ Ihmisen näkeminen sairauden takaa
- ◉ Eettisyys
- ◉ Yksilöllisyys
- ◉ Luottamuksellisuus
- ◉ Läpinäkyvyys
- ◉ Vastuullisuus

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

- ◉ Kuntoutustiimissä tapahtuva työskentely on suunnitelmallista ja tavoitteellista työskentelyä.
- ◉ Tavoitteena on:
 - Parantaa asiakkaiden elämän laatua yksilöllisin toimin.
 - Mahdollistaa itsenäinen asuminen.
 - Asiakkaan terveydestä huolehtiminen.
 - Motivoida uudenlaisen elämäntapaan.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

KOHDERYHMÄ

- ◉ Päihdekuntoutujat
- ◉ Mielensterveyskuntoutujat
- ◉ Ikärakenne 18-75 vuotta

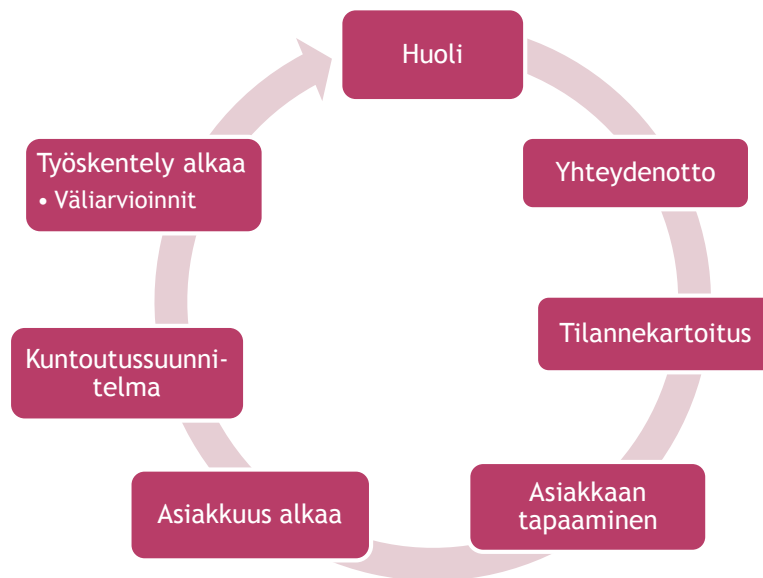
Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

ASIAKKUUDEN TAUSTALLA



Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

ASIAKKUUS



Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

ASIAKAS

- ◉ Sitoutuu työskentelyyn
 - On paikalla sovitusti.
 - On rehellinen.
 - Pyrkii toiminnallaan työskentelyn tavoitteiden saavuttamiseksi.
- ◉ Antaa suostumuksen tiedon välittämisestä yhteistyötahojen kesken.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

TYÖSKENTELEY ASIAKKAAN KANSSA

- ◉ Työskentely lähtee asiakkaiden tarpeista käsin, ja monesti se on hyvin arkipäiväisten asioiden parissa tapahtuvaa:
 - Yhdessä asioimista.
 - Paperiasioissa avustamista.
 - Hygieniasta huolehtimista.
 - Ravitsemusohjausta.
 - Kodin huolehtimista.
 - Yhteydenpitoa.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

TYÖSKENTELEY ASIAKKAAN KANSSA

• Tapaamiskäynneillä tärkeitä asioita ovat:

- Asiakkaan itsetunnon vahvistaminen.
- Päihteettömyyteen motivointi.
- Asiakkaan voimavarojen kartoittaminen.
- Omatoimisuuteen tukeminen.
- Motivointi.
- Terveysten hoito ja lääkehuolto.
- Unohtuneiden taitojen uudelleen opettelu.
- Mallina oleminen.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

TYÖSKENTELEY ASIAKKAAN KANSSA

• Lisäksi erittäin merkittävässä roolissa ovat ne pienet asiat, joita ei edes välttämättä työksi miellä:

- Kuuntelu ja läsnäolo - reagointi.
- Mielekäs tekeminen; juhlahetket ja retket.
- Ulkoilu ja yhdessä liikkuminen.
- Rinnalla kulkeminen.
- Asiakkaan puolesta puhuminen ja oikeuksien valvominen.

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

YHTEISTYÖTOIMINTA

- ◉ Sosiaalitoimi
 - Aikuissosiaalityöntekijät
 - Lastensuojelutyöntekijät
 - Työtoiminnan ohjaajat
- ◉ Terveysasemat
 - Lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat
 - Terveysaseman sosiaalityöntekijät
 - Psykiatrinen sairaanhoitaja
- ◉ Psykiatrian osastot
 - Terapeutit

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

YHTEISTYÖTOIMINTA

- ◉ Päihde- ja mielenterveyskuntoutumisyksiköt
 - A-klinikka
 - A-kilta
 - Myllyhoitoyhdistys
 - Päihdekuntoutusyksiköt
 - ◉ Intervallijaksot
- ◉ Seurakunta
 - Diakoniatyö
- ◉ Päivätoimintakeskukset
- ◉ Omaiset
- ◉ Edunvalvoja

Sanna Roine ja Laura Virtanen 2010

MUISTETTAVAA

*Ken katsoo kauneuteen eikä hyvyyteen,
häneltä monta ystävyttä jääkin pois.*

*Jokainen ihminen on laulun arvoinen.
Jokainen elämä on tärkeä.*

*Jokainen ihminen vain elää hetken sen,
sen minkä kohtalo on hänelle määräävä.*

Veikko Lavi; Jokainen ihminen on laulun arvoinen.

KIITOS!