



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tämä on alkuperäisen artikkelin rinnakkaistallenne (kustantajan versio).

Viite:

Koivula, A.-K., & Pekkanen, T. (2021). Toipumisia, kuntoutumisia vai parantumisia päihde- ja mielenterveysongelmista. Teoksessa: M. Salminen-Tuomaala, K. Valkama, & S. Saarikoski (toim.), *Luovat, kestävät ja innovatiiviset opetus- ja kehittämismenetelmät ja -ratkaisut sosiaali- ja terveysalalla* (s. 89–104). (Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 164). Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021082544134>



TOIPUMISIA, KUNTOUTUMISIA VAI PARANTUMISIA PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMISTA

Anna-Kaarina Koivula, YTL, lehtori
SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tiina Pekkanen, sosionomi (ylempi AMK), ratkaisukeskeinen
lyhytterapeutti, yrittäjä
Terapia Tiina Flow

1 JOHDANTOA

Artikkelin tavoitteena on kuvata erilaisia viitekehyksiä päihde- ja mielenterveystyössä. Tekstiä taustoitetaan kuvaamalla ajankohtaisia päihde- ja mielenterveystyön ilmiöitä ja tutkimuksia. Kentän toimijoilla on monenlaisia, keskenään ristiriitaisiakin lähtökohtia työhön, eikä kovin harvinaista ole se, että omaa näkemystä edustava toimintatapa julistetaan parhaimmaksi tai jopa ainoaksi oikeaksi. Artikkelissa ei oteta kantaa toimintamuotojen paremmuuteen. Kaikissa on varmasti omat heikkoutensa ja vahvuutensa. Asiakkaalle on merkittävintä se, että hän saa apua ongelmiinsa. Usein ongelmien kanssa kamppaileva on elänyt pitkään harkintavaiheessa keräten voimia ja rohkeutta avun hakemiseen. Tietoa ja mielipiteitä hankitaan ammattilaisilta sekä vertaisilta. Verkossa on paljon tietoa aiheesta, mutta lyhyt peruskatsaus alan kirjosta olisi tarpeellinen sekä asiakkaille että uraansa aloitteleville ammattilaisille. Asiakkaat ovat yksilöitä. Jos paikka, josta päätyy apua hakemaan, onkin sellainen, jossa lannistuu eikä vahvistu, voi kuntoutuminen jäädä toteutumattomaksi haaveeksi. Artikkelissa tarkastelu rajataan riippuvuuksien osalta alkoholiongelmiin hoitomuotoihin. Alkoholi on Suomessa edelleen yleisin päihde (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019), vaikka huumausaineitten käyttö ja monipäihteisyys ovat lisääntyneet.

Vuosina 2015–2016 tehtiin ensimmäinen eurooppalainen 19 maan juomatapakysely. Tutkimuksen mukaan Suomessa raittiiden osuus on Euroopan keskiarvon alapuolella. Muihin maihin verrattuna Suomessa ei käytetä alkoholia erityisen usein, mutta suurempi kertakulutus on yleisempää kuin suurimmassa osassa maita. Tutkimuksessa Suomi oli Euroopan kärkimaita erittäin suuren kertakulutuksen osalta. Maat voidaan jakaa pohjoisiin ja itäisiin maihin, joissa juodaan harvoin, mutta kerralla enemmän sekä eteläisiin maihin, joissa juodaan usein mutta kerralla vähemmän. (Karlsson & Mäkelä 2019.)

2 KÄSITTEISTÄ

Riippuvuuden ja addiktion käsitteitä käytetään usein synonyymeinä. Kaikki riippuvuus ei kuitenkaan ole addiktiivista, kuten esimerkiksi riippuvuus toisista ihmisistä. Addiktiivinen riippuvuus on pakonomaista, se tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta siitä seuraa enenevästi haittaa ja siitä on vaikea päästä eroon. (Koski-Jännes, 2000, 24.) Riippuvuudet jaetaan aine- ja toiminnallisiin riippuvuuksiin. Aineriippuvuuksissa fyysisesti ja psyykkisesti koukuttavia ovat esimerkiksi nikotiini, nuuska, jotkin ruoka-aineet, liima, lääkkeet ja päihteet eri muodoissaan. Toiminnalliseen riippuvuuteen kuuluu pakonomainen käytös, esimerkiksi pelaaminen, netin käyttö, seksi, shoppailu, liikunta, työ, laihduttaminen tai läheisriippuvuus. Läheisriippuvuus on joukko huonosti toimivia ja pakonomaisia käyttäytymismuotoja, jotka perheen jäsenet ovat oppineet selvittääkseen perheessä, jossa oli suuri määrä emotionaalista tuskaa (Hellsten 1991). Se voi ilmetä esimerkiksi juovan perheenjäsenen ”pelastamisena pulasta” hakemalla hänelle alkoholia krapularyyppyjä varten, toimimalla ”juoppokuskina” tai lainaamalla rahaa, jota ei koskaan makseta takaisin. Tällaista toimintaa kutsutaan mahdollistamiseksi. Läheinen luulee auttavansa, mutta todellisuudessa edistää ongelman jatkumista.

3 PÄIHDERIIPPUVUUDEN HOITOMUODOISTA

Päihdepalveluista säädetään päihdehuoltolaissa (L 7.1.1986/41), sosiaalihuoltolaissa (L 30.12.2014/1301), terveydenhuoltolaissa (L 30.12.2010/1326) sekä kuntoutusrahalaissa (L 15.7.2005/5669). Kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan tarpeenmukaista hoitoa ja huoltoa. Hoidon lisäksi säädetään myös palvelujen kehittämisestä, elinolosuhteisiin ja elintapoihin vaikuttamisesta sekä yhteistyöstä muitten viranomaisten ja yhteisöjen kanssa. Päihdetyötä tulisi siis toteuttaa yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnallisella tasolla. Päihdepalvelujen saatavuutta yksilötasolla ovat rajoittaneet mm. alueellinen eriarvoisuus palvelujen tarjonnassa, kunnan taloudellinen tilanne sekä yhteisten kriteerien puute palvelujen tarpeen arvioinnissa. Suhteessa tarpeeseen palveluita ei ole ollut riittävästi saatavilla (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019).

Päihdekuntoutuksessa keskeisenä tavoitteena on toimintakyvyn vahvistaminen, joka voi näkyä muun muassa pystyvyysodotusten muutoksena, jolloin kuntoutuja alkaa puhua ja arvioida itseään aikaisempaa myönteisemmin ja realistisemmin. Ristiriita nykytilanteen ja ihanneminän välillä on voimakas muutoksen motivaattori (Ruisniemi 2006, 13.) Taulukossa 1 on kuvattu päihdetyön suuntauksia ja niissä käytettäviä työmenetelmiä. Taulukko on suuntaa antava, koska yksimielisyyttä suuntauksista, yläkäsitteistä ja menetelmistä ei ole. Saman koulukunnan sisälläkin voi olla erilaisia toimintatapoja. Kaikkia tietoja ei myöskään ollut saatavilla.

Taulukko 1. Päihdetyön näkökulmia.

Viitekehyksiä	Toipumiskeskeisyys	Toipumisorientaatio	A-klinikka/ päihdekliniikkatyö	Yhteisöhoito	Vertaistuki ja oma-apu	Päihdepsykiatrinen hoito ja päihdesairaala
Työn elementtejä						
Vertaisuus	X	X	X	X	X	X
Yhteisöllisyys	X	X	X	X	X	X
Minnesotamalli (Spicer 1993)	X			X		
Myllyhoitomalli (suomalainen versio Minnesotamallista) [Mitä on Myllyhoito, [viitattu 30.3.2021]	X			X		
Täysraittiuustavoite	X					
Vähentäminen tai täysraittius		X	X	X	X	X
Naiserityinen työ (Lyden 2010)			X	X		
Hengellinen työ (Sininauhaliitto, [viitattu 27.5.2021]				X		
Päiväkeskustoiminta	X	X	X	X	X	
Psykososiaalinen työ	X	X	X	X	X	X
Palveluohjaus	X	X	X	X		X
Rikosseuraamusalan työ	X					
Verkostotyö	X		X	X	X	X
Lääkehoito			X			X
Psykoterapiat		X	X			X
Toiminnalliset ja luovat menetelmät			X	X		X
Perhetyö	X		X			
Työllistämistoiminta				X		
Lähde	Kassila & Koskela 2016	Terveyden ja hyvin- voinnin laitos 2015	A-klinikka [viitattu 27.5.2021]	Murto 1997	Päihde- linkki.fi [viitattu 27.5.2021]	A-klinikka Päihde- sairaala [viitattu 27.5.2021]

4 MIELENTERVEYSHOIDOISTA

Mielenterveyspalveluista säädetään mielenterveyslaissa (L 4.12.1990/1116). Mielenterveystyötä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina julkisella, yksityisellä ja järjestösektorilla. Lain mukaan palveluitten ja hoidon lisäksi myös elinolosuhteita on kehitettävä siten, että ne ehkäisevät mielen häiriöiden syntymistä, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat palveluitten järjestämistä. Kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan tarpeenmukaiset mielenterveyspalvelut, samoin kuin päihdepalvelutkin. Alla olevaan taulukkoon 2 on koottu mielenterveysongelmien hoidon vaihtoehtoja ja näkökulmia.

Taulukko 2. Mielenterveysongelmien hoidon näkökulmia (Mielenterveystalo.fi, [viitattu 30.3.2021]).

Biologiset hoidot	Psykososiaaliset hoidot	Psykoterapia (keskeisimmät suuntaukset)
Lääkehoidot	Yksilöpsykoterapia	Kognitiivinen terapia
Valohoito	Psykoedukaatio	Kognitiivinen käyttäytymisterapia
Aivojen magneettihoito	Perheinterventiot	Psykodynaaminen terapia
Aivojen sähköhoito	Ryhmämuotoiset interventiot	Erilaiset perhe- ja ryhmäterapiat
	Luovat interventiot	Keskustelut ja harjoitukset psykoterapeutin ¹ kanssa
	Arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu	
	Kognitiiviset kuntoutusohjelmat	
	Toimintaterapia	
	Taideterapia	
	Kirjallisuusterapia	
	Musiikkiterapia	

¹ psykoterapeutti on terveydenhuollon ammattihenkilö, mutta koulutustausta voi olla myös sosiaalialalta (koulutus 40–80 op) lyhytterapiat, (koulutus 40–60 op).

5 KAKSOISDIAGNOOSISTA

Käsitettä kaksoisdiagnoosi käytetään silloin, kun asiakkaalla on sekä päihde- että mielenterveysongelma. Voidaan puhua myös kolmoisdiagnoosista. Tällöin asiakkaalla on jokin hoitoa vaativa fyysinen sairaus päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi. Pitkään näitten asiakkaitten osana oli tulla poiskäännytetyiksi. Mielenterveyspalveluissa asiakas määriteltiin riippuvuusongelmaiseksi ja päihdepalveluissa mielenterveysongelmaiseksi. Kansallisen mielenterveys- ja päihde-suunnitelman (Partanen ym. 2010) myötä ongelmia alettiin käsitellä yhtenä kokonaisuutena (Laitila 2010, 50). Palvelujärjestelmän tasolla muutos on vielä alkuvaiheessa. Ensimmäinen suomalainen julkisen sektorin laaja muutosprosessi on toteutettu Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä, Eksotessa. Lappeenrantaan perustettiin uusi mielenterveys- ja päihdehoidon poliklinikka, jonne pääsemiseen ei tarvittu lähetettä, eikä edes ajanvarausta. Kaikki työntekijät pystyivät varaamaan kaikille muillekin työntekijöille jatkokäyntejä. Mallinnettiin kolme ydinprosessia: psykiatrisen työkyvyn arviointi, opioidikorvaushoito ja aikuisen ADHD:n hoito. Käyttöön otettiin uusi ohjelmisto, josta yhdestä näkymästä näki, mitä asiakkaan kanssa oli tehty ja milloin. Seurauksena odotusajat ja hoitojonot kutistuivat. Kaikki poliklinikan työntekijät, lääkäri, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykiatrisen sairaanhoitaja ja päihdehoitaja pystyivät tekemään oman toimintansa aikaisempaa paremmin näkyväksi. (Kempainen 2020; Pihlava 2020.)

Päihde- ja mielenterveysongelmien integroitu kuntoutus on perusteltua muun muassa, koska ilmiöt esiintyvät usein yhdessä ja ovat toistensa riskitekijöitä. Hyötyjen rinnalla on myös haittoja, muun muassa medikalisaatio, jolloin lääketieteen sanastoa ja toimintatapoja aletaan käyttää lääketieteen piiriin kuulumattomissa yhteyksissä. Tämän seurauksia voivat olla ylihoitaminen, ylidiagnosointi, kustannusten kasvu sekä työntekijöitten toimenkuvien kielteiset muutokset (Lääkäriliitto 2019). Päihdetyössä seurauksena voi olla sosiaalisen ongelman kutistuminen sairauden hoidoksi, jolloin sosiaalinen uppoaa hoidon alle ja nopea ratkaisu voidaan yrittää löytää lääkkeistä (Hakala, Orjasniemi & Virtanen 2011).

6 HOIDON VAIKUTTAVUUS

Vaikuttavuuden käsitettä käytetään paljon, mutta sen määrittelystä ei ole yksimielisyyttä. Vaikuttavuuden rinnakkaiskäsitteitä ovat vaikutus, muutos, seuraus, merkitys, hyöty ja onnistuminen (Rajavaara 2007, 17). Pessimistinen suhtautuminen alkoholistien kuntoutumiseen on yleistä. Mahdollisuudet päästä tarpeenmukaiseen kuntoutukseen heikkenevät, jos asiakas on saanut ”toivottoman tapauksen” leiman aikaisempien epäonnistuneitten yritysten takia. Tutkimukset eivät kuitenkaan tue käsitystä alkoholismista parantumattomana sairautena. Osa toipuu myös ilman virallista kuntoutusprosessia, esim. myönteisten elämänmuutosten tai vanhenemisen myötä (Kuusisto 2010). Yhdysvaltalaisen Christine Timkon (2000) tutkimusryhmän tekemässä seurantatutkimuksessa hoitoon osallistuneitten ja osallistumattomien välillä ei ollut merkittävää eroa vuoden seurannassa, mutta kahdeksan vuoden seurannassa kuntoutukseen osallistuneet olivat todennäköisemmin raittiita ja kokivat vähemmän käytöstä johtuvia ongelmia (Ruisniemi 2006; emt. 2000.)

Ei ole yksinkertaisia vastauksia siihen, mikä vaikuttaa, milloin ja kenelle. Tällöin monitahoinen tarkastelu on mielekkäämpää. Lääketieteellisessä tutkimusperinteessä vaikuttavuus pyritään osoittamaan kokeellisin asetelmin ja mittarein. Yhteiskuntatieteessä tarkastelu perustuu tapaus- ja prosessikohtaiseen arviointiin (Pohjola, Kempainen & Väyrynen 2012, 347). Tapauskohtaiseen arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, mm. AVAIN-mittari, joka otetaan laajemmin käyttöön keväällä 2021 (Kivipelto 2018). Toipumiskeskeisyydessä ja kahdentoista askeleen hoidossa tavoitteena on aina täysraittius. Psykososiaalisissa hoidoissa asiakas asettaa lyhyen ja pitkän ajan tavoitteensa. Onnistumisia ja epäonnistumisia arvioidaan säännöllisesti ja tukitoimia voidaan muuttaa tarpeen mukaan.

Simojoki (2015) on julkaissut näytönastekatsauksen, jossa vertaillaan kahdentoista askeleen hoitoa muihin hoitomuotoihin. Katsauksessa todetaan, että kahdentoista askeleen ohjelma näyttää tuottavan enemmän täysraittiuutta, mutta muilta osin tulokset eivät oleellisesti eroa tavanomaisten psykososiaalisten hoitomuotojen tuloksista. AA-

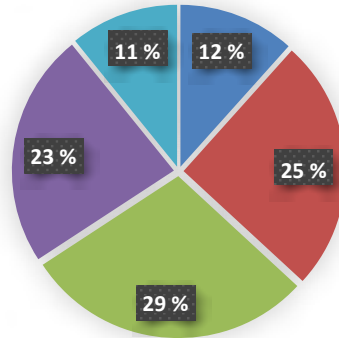
filosofiaan perustuvien hoitojen vahvuus onkin jälkihoidossa. Asiakkaan edellytetään jatkavan hoitoa AA-kokouksissa läheistensä kanssa vähintään vuoden ajan 28 vuorokauden laitosjakson jälkeen. Pysyväänkin sitoutumiseen kannustetaan.

Päihde- ja mielenterveyshoidoissa on pitkään kiistelty siitä, mistä asiakkaan elämässä tapahtuva myönteinen kehitys johtuu. Onko kehitys spesifien tekijöitten (hoitomenetelmät) vai niitten ulkopuolella vaikuttavien yleisten tekijöitten (terapeutin piirteet, yhteistyösuhde, asiakkaan odotukset ja uskomukset) ansiota. Wampoldin (2001) tekemän meta-analyysin perusteella hoitomenetelmien osuus on 8 % ja yleisten tekijöitten osuus 70 %. Artkosken, Kuusiston ja Saarnion (2012) tekemän systemoidun katsauksen tulosten mukaan myönteisen terapeutti-vaikutuksen selittäjiksi ovat osoittautuneet terapeutin empaattisuus ja kyky muodostaa terapeutti-allianssi (terapeutti-suhde, yhteistyösuhde). Myös konkreettisuus, tavoitteitten asettaminen, supportiivisuus, aitous ja asiakkaan arvostaminen sekä terapeutin uskomukset asiakkaan toipumisesta ennustavat hyviä tuloksia. Sen sijaan rankaiseva, konfrontoiva ja sääntöjä painottava toimintatapa vaikuttivat kielteisesti. Eroa päihdeistä toipuneitten ja ei-päihdetaustaisten terapeutti-tuloksista ei löytynyt. Terapeutin sukupuolella oli jonkin verran merkitystä. Nuorten ja naisasiakkaitten todettiin hyötyvän siitä, että terapeutti edusti samaa sukupuolta. Organisaatiolla on keinoja vaikuttaa terapeutti-työn laatuun. Erilaiset terapeutin saamat kannustimet, kuten ylimääräiset koulutusmahdollisuudet, palkkiot ja lomautukset todettiin hyviksi keinoiksi, samoin kuin terapeutin tarkka monitorointi ja palautteen kerääminen (emt. 2012). Edellä mainittujen tekijöitten lisäksi hoidon onnistumiseen vaikuttavat mm. hoitoon kiinnittyminen ja hoidossa pysyminen. Tälle luodaan pohja niin avo- kuin laitoshoidon kontaktin alkuvaiheessa (Karttunen 2021, 204).

7 HOITAMATTOMUUDEN KUSTANNUKSET

Alkoholihaittojen välittömät kustannukset ovat Päihdetilastollisen vuosikirjan (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019) mukaan lähes 900 miljoonaa euroa vuodessa (Kuvio 1).

- Terveysthuolto 101 M€
- Eläkkeet ja sairauspäivärahat 219 M€
- Sosiaalipalvelut ja -turva 251 M€
- Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito 203 M€
- Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito 94 M€



Kuvio 1. Alkoholihaittojen välittömät kustannukset vuodessa (Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Lisäksi aiheutuu välillisiä kustannuksia, mm. sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisten aiheuttamien tuotantopanosmenetysten kautta. Inhimillinen kärsimys ongelmista kärsivälle itselleen sekä läheisille on merkittävää sekä johtaa usein ylisukupolvisen traumatisoitumisen ja syrjäytymisen ketjuun.

Rautiaisen (2021) tutkimuksen mukaan päihdepalveluitten saaminen pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ja kuolemanriskiä. Päihdepalveluita saavien keskimääräiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat viiden vuoden aikana 53 prosenttia matalammat verrattuna päihdepalvelujen ulkopuolelle jääneisiin. Monisairaitten potilaitten viiden vuoden kustannukset olivat keskimäärin 125 226 euroa. Muilla alkoholiongelmallisilla kulut olivat keskimäärin 13 228 euroa. Päihdehoidon ulkopuolelle jääminen kasvattaa hoidon kokonaiskustannuksia ongelmien monimutkaistuessa ja päättyessä erikoissairaanhoidon hoidettaviksi (Rautiainen 2021).

8 TOIPUMISTARINOITA

Asiakaskertomukset perustuvat asiakkaiden omaan kertomaan. Tunnistetiedot on muutettu.

Joni

Joni on 42-vuotias mies, joka kertoo aloittaneensa päihdekokeilut noin 12-vuotiaana. Aluksi Joni käytti alkoholia ja myöhemmin kuvioon astuivat myös muut huumeet. Joni on ollut sijoitettuna lastensuojeluyksikössä 18-vuotiaaksi asti. Tämän jälkeen Jonin elämä kietoutui päihteiden ympärille ja myös rikoskierre vahvistui. Joni sai ensimmäisen vankilatuomionsa ollessaan 20 vuoden ikäinen.

Jonin vankilakertaisuus on yhteensä noin 15 kertaa. Joni on kertonut, että hän on ollut aikuisiällä enemmän ”kiven sisällä” kuin vapaana. Kaikki hänen tuomionsa ovat olleet joko suoraan tai välillisesti kytköksissä päihteidenkäyttöön. Vankilavuosinaan Joni osallistui moniin eri vankilan järjestämiin päihdehoidon kursseihin, mutta vapautuessaan hän löysi itsensä aina samoista ”päihdepiireistä”, joissa rikollisuus oli arkipäivää päihteidenkäytön rahoittamiseksi. Jonin kertoman mukaan hänellä ei ollut tietoja tai taitoja selvitä arjen haasteista ilman päihteitä. Oli tavallaan helpompaa jatkaa samalla tavalla kuin aina ennenkin.

Pidemmällä tuomiolla ollessaan Joni pääsi vankilan järjestämään Kisko-kuntoutukseen, mikä perustuu yhteisöhoitomalliin. Tämä on ollut Jonin kertoman mukaan käännteentekevä asia hänen elämässään, mutta hän painottaa myös sitä, että iän karttuessa myös päihteisiin liittyvät terveysongelmat alkoivat vaikuttaa hänen toimintakykyynsä merkittävästi. Joni suoritti lopun rangaistusajastaan päihdehoitoyksikössä ja sai tukiasunnon sekä tukiverkoston vapautuessaan.

Joni on ollut useiden päihdehuoltoa tarjoavien tahojen asiakkaana jo vuosia. Vertaistuen hän nostaa esille yhtenä merkittävänä tekijänä, mutta hänen kohdallaan se ei ole yksinään ollut riittävä. Joni on aloittanut ratkaisukeskeisen lyhytterapian ja on hakenut myös Kelan kuntoutuspsykoterapiaan, koska ahdistus ja masennus vaikeuttavat

hänen työkokeiluaan. Hänelle ei kuitenkaan kuntoutuspsykoterapiaa ole myönnetty. Jonin tavoitteena on ”ihan tavallinen arki”. Joni tiedostaa kuitenkin hyvin sen, että hänen menneisyytensä tuo omat haasteensa opiskeluun tai työhön liittyvissä asioissa. Hän kuitenkin painottaa, että raittius on ensisijaista hänelle. Jonilla on kaksi tytärtä, jotka antavat hänelle voimaa. Raittius on hänelle ainoa oikea tie toipumiseen. Koh-tuukäyttäjäksi hän ei koskaan enää pysty palaamaan.

Sanna

Sanna on korkeasti koulutettu, työelämässä oleva 48-vuotias nainen, joka asuu pienellä paikkakunnalla, jossa ”lähes kaikki tuntevat toisensa”. Sannan perheeseen kuuluvat mies ja täysikäinen poika. Sanna kertoo juovansa lähes joka ilta ja itse olevansa alkoholin suurkuluttuja, mutta alkoholistiksi Sanna ei itseään määrittele. Työelämässä hän ei ole koskaan joutunut hankaluuksiin alkoholin käytön vuoksi, vaikka muutoin hänelle on ajoittain kertynyt poissaoloja.

Sanna on käyttänyt todella paljon terveydenhuollon palveluja ja hänellä on useita masennukseen, uupumukseen tai ahdistukseen liittyviä diagnooseja. Hän on myös usein hakeutunut somaattisten vaivojen vuoksi työterveyteen. Hänelle on myös määrätty PKV-lääkitys (pääasiassa keskushermostoon vaikuttava) psykiatrin toimesta. Päihdepalveluja Sanna ei halua käyttää, vaikka hän itse tunnistaa sen, että hän tarvitsee apua. Pienellä paikkakunnalla asuva Sanna pelkää kielteistä leimaantumista ja ei sen vuoksi ole myöntänyt runsasta alkoholin käyttöä kenellekään. Hänen mielestään mielenterveysongelmiin suhtaudutaan huomattavasti myönteisemmin kuin päihteisiin liittyviin ongelmiin. Sannan mies työskentelee alalla, joka vaatii paljon matkustamista. Sanna kertoo, että myös hänen miehensä alkoholinkäyttö on runsasta, mutta viimeisen vuoden aikana Sanna ei ole pystynyt peittelemään runsasta alkoholinkäyttöään edes mieheltään. Tämä on aiheuttanut jatkuvia riitoja parisuhteessa. COVID-19-pandemian myötä tilanne on pahentunut entisestään. Sannan mukaan etätö on mahdollistanut hänelle entistäkin runsaamman juomisen.

Sanna on ottanut yhteyttä lyhytterapiaa tarjoavaan tahoon, koska ei halua, että hänen tietonsa päätyvät sosiaali- ja tai terveydenhuollon

järjestelmään. Lyhytterapia toteutetaan etäyhteydellä. Myös Sannan mies on osallistunut etäyhteyden kautta terapiaistuntoihin. Hän on tehnyt päätöksen siitä, että ei juo toistaiseksi. Lyhytterapeutti omaa ratkaisukeskeisen viitekehityksen ja vaikka terapeutti kokee, että Sannan tulisi hakeutua hoidon piiriin, ovat lähtökohtana Sannan omat toiveet ja tavoitteet. Prosessin myötä Sanna on oivaltanut monia merkityksellisiä asioita päihteidenkäyttöä koskien. Sanna osallistuu myös erilaisiin lyhytterapeutin järjestämiin kurssiin. Sannan alkoholin käyttö on vähentynyt huomattavasti. Tällä hetkellä hän on vaiheessa, jossa hän juo ainoastaan viikonloppuisin ja annosmäärät ovat pienentyneet. Tilalle ovat tulleet ulkoilu- ja erilaiset liikuntamuodot. Sanna on myös löytänyt sosiaalisen median kautta toimivat ryhmät, jotka tukevat hänen tavoitettaan. Viimeisimmässä terapiakeskustelussa Sanna on jo alkanut miettiä täysraittiutta omalla kohdallaan. Työskentely Sannan kanssa jatkuu, mutta hän kertoo, että jo nyt hän on kokenut haastavan alun jälkeen elämänlaatunsa ja perheen ilmapiirin paremmaksi.

Hannu, eläkeläinen

Hannu on eläkkeellä oleva mies, joka on vuosia sitten jäänyt leskeksi. Ennen vaimonsa kuolemaa hän toimi vuosia vaimonsa omahoitajana. Hannu on koko elämänsä tehnyt paljon töitä, eikä työelämässään olleessaan käyttänyt juuri lainkaan alkoholia. Sen sijaan rahapelien pelaaminen on tuottanut hänelle taloudellisia ongelmia jo vuosien ajan. Vaimonsa kuoleman jälkeen Hannu kertoo täyttäneensä jäljelle jääneen ”tyhjiön” alkoholilla. Hän käytti alkoholia erityisesti iltaisin saadakseen nukuttua. Hannulla on paljon perussairauksia, joten hänellä on useita lääkityksiä.

Hannun aikuiset lapset asuvat toisella paikkakunnalla ja heillä ei ollut tietoa, kuinka vakavaksi heidän isänsä juominen oli yltynyt. Heille tämä tilanne selvisi tilanteessa, jossa Hannu oli joutunut sydänvaivojensa vuoksi terveyskeskuksen vuodeosastolle. Hannun promillet olivat todella korkealla, vaikka hänen käytöksensä oli melko selvää. Hannu kielsi asian aluksi, mutta hänen asunnostaan löydetyt piilotetut pullot saivat hänet myöntämään, että tilanne oli ”karannut käsistä”. Keskustelut hoitajien ja lasten kanssa saivat Hannun miettimään vaihtoehtoja.

Hannu suostui lähtemään katkaisuhoidon, josta hän ohjautui pidempi-aikaiselle laituskuntoutusjaksolle. Hannun päätökseen vaikutti pitkälti se, että hänelle oli iskenyt kuoleman pelko sydänoireidensa vuoksi. Laituskuntoutusjakson jälkeen hän aloitti käynnit A-klinikalla sekä vertaistukiryhmissä. Hannulla on ollut pitkiä päihteettömiä ajanjaksoja, mutta myös ajanjaksoja, jolloin hänellä on ollut pitkiä juomakausia.

Hannu muutti paikkakuntaa ollakseen lähempänä läheisiään. Rankat juomajaksot veivät hänen toimintakykään alaspäin, ja hän oli lähes kuukausittain terveyskeskuksessa juomisesta aiheutuneiden terveysongelmien vuoksi. Hannua on tuettu monen eri toimijatahon toimesta, mutta tukimuodot osoittautuivat riittämättömäksi. Katkaisuhoidtojaksosta oli jatkuvasti. Laituskuntoutukseen Hannu ei saanut maksusitoumusta, koska hän oli keskeyttänyt aiemmat kuntoutusjaksonsa. Lopulta Hannun toimintakyky ja terveydentila olivat niin heikkoja, ettei hän kyennyt enää asumaan yksin.

Hannu on tämänhetkisen tiedon mukaan tuetun asumisen palveluyksikössä. Hannu on kertonut olevansa nyt tyytyväisempi kuin pitkään aikaan. Seurakunta ja vertaistuki ovat tuoneet toivoa hänen arkeensa. Hannu tietää, että hänen elimistönsä ei kestä enää alkoholia lainkaan. Hannu ei kuitenkaan tulevaisuudesta murehdi, koska hän kertoo elävänsä tässä hetkessä ja ottaa päivän kerrallaan.

9 LOPUKSI

Tutkimukset eivät ole osoittaneet, että toinen hoitomuoto olisi toista tuloksellisempi. Tämän takia on hyvä, että avun saamiseen on olemassa monia erilaisia vaihtoehtoja. Sen sijaan on selvästi osoitettu, että hoitamatta jättäminen on sekä inhimillisesti että taloudellisesti kestävä ratkaisu. Tulevassa sote-uudistuksessa painotetaan ennakko- ja ehkäiseviä palveluita sekä palveluihin ja hoitoon pääsyä. Suunnitelman mukaan päihde- ja mielenterveystyö tulevat hyvinvointialueen vastuulle, mikä yhtenäistää käytäntöjä ja edistää asiakkaitten tasa-arvoista kohtelua.

LÄHTEET

A-klinikka. Ei päivystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.5.2021]. Saatavana: <https://www.a-klinikka.fi/>

A-klinikka Päihdesairaala. Ei päivystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.5.2021]. Saatavana: <https://www.paihdesairaala.fi/>

Artkoski, T., Kuusisto, K. & Saarnio, P. 2012. Terapeutin vaikutus päihdehoidon toimivuuteen: Systemoitu katsaus 2000-luvun tutkimuksiin. *Psykologia* 47 (01), 38–55.

Hakala, R., Orjasniemi, T. & Virtanen, M. 2011. Päihdetyö kutistumassa päihdesairauksien hoidoksi. *Tiimi* (2), 12–14.

Hellsten, T. 1991. Virtahepo olohuoneessa: läheisriippuvuus ja sisäisen lapsen kohtaaminen. Helsinki: Kirjapaja.

Karlsson, T. & Mäkelä, P. 2017. Kansainvälisen RARHA hankkeen juomata-pakysely: Suomalaisen aineiston peruseräraportti. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytä 9/2017. [Viitattu 24.2.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-829-6>

Karttunen, T. 2021. Hoitoon kiinnittyminen ja hoidossa pysyminen päihdehoidon toimivuuden kriittisinä tekijöinä. Teoksessa A. Matthies, A. Svenlin & K. Turtiainen (toim.) *Aikuissosiaalityö: Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus*. Helsinki: Gaudeamus, 203–217.

Kassila, T. & Koskela, K. 2016. Ihme alkaa nyt: Uusia näkökulmia riippuvuuksien taustoihin ja hoitoon. Helsinki: Viisas elämä.

Kemppinen, J. 2020. The development and implementation of the clinical decision support system for integrated mental and addiction care. [Verkkajulkaisu]. Lappeenranta: LUT University. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* 921. Diss. [Viitattu 26.2.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-335-550-7>

Kivipelto, M. 2018. AVAIN-mittari sosiaalityön vaikuttavuuden jäljillä: Minna Kivipellon esitys ISO-SOS-hankkeen kevätseminaarissa 25.4.2018. [Ppt-esitys]. [Viitattu 24.2.2021], Saatavana: <https://www.slideshare.net/minnakivipelto5/avainmittari-sosiaalityn-vaikuttavuuden-tiljill>

Koski-Jännes, A. 2000. Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Otava.

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 928. Väitösk. [Viitattu 30.3.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7957-1>

Mitä on Myllyhoito? Ei päiväystä. Helsinki: Myllyhoitoyhdistys. [Viitattu 30.3.2021]. Saatavana: <https://myllyhoitoyhdistys.fi/fi/tukea-ja-tietoa/#mita-on-myllyhoito>

L. 1.1986/41. Päihdehuoltolaki.

L 4.12.1990/1116. Mielensterveyslaki.

L. 30.12.2010/1326. Terveysdenhuoltolaki.

L. 15.7.2005/5669. Kuntoutusrahalaki.

L. 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielensterveys- ja päihdetyössä: Fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31.

Lydén, H. (toim.) 2010. Naisten kanssa tehtävä päihdetyö. [Verkkajulkaisu]. Naisten Virta -hanke. [Viitattu 30.3.2021]. Saatavana: https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/attachment/naistenvirtaopas_web.pdf

Lääkäriliitto. 2019. Medikalisaatiotyöryhmän loppuraportti. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 22.3.2021]. Saatavana: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5287/medikalisaatio_loppuraportti_final.pdf

Mielensterveystalo.fi. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 30.3.2021]. Saatavana: <https://www.mielensterveystalo.fi/pages/default.aspx>

Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus.

Opas päihderiippuvuuden ja läheisten hoitoon. 2019. Suomen Päihderiippuvaiset ry. [viitattu 30.0.2021]. Saatavana: https://www.paihderiippuvaiset.fi/Opas_paihderiippuvuuden_ja_laheisten_hoitoon.pdf

Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T. & Wuorio, S. (toim.). 2015. Mielensterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2016: Miten tästä eteenpäin? [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveysden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 20/2015. [Viitattu 28.3.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) 2010. Kansallinen mielensterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015: Toimenpanosta käytäntöön 2010. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveysden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/20110. [Viitattu 17.3.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116>

Pehkonen, A. Kekoni, T. & Kuusisto, K. 2019. On aika puhua päihdeongelmaisten asiakkaiden oikeudesta päihdehuoltoon. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 7–20.

Pihlava, M. 2020. Tuotantotalous tuli avuksi mielenterveys- ja päihdehoitoon. Lääkärilehti 75 (50), 2748–2749.

Pohjola, A. Kemppainen, T. & Väyrynen, S. 2012. Vaikuttavuus on monta. Teoksessa A. Pohjola, T. Kemppainen & S. Väyrynen. 2012. (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 347–352.

Päihdelinkki.fi. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 27.5.2021]. Saatavana: <https://paihdelinkki.fi/>

Rajavaara, M. 2007. Vaikuttavuusyhdistys. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Väitösk. [Viitattu 23.2.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-669-733-1>

Rautiainen, E. 2021. Health service use, care costs, and associated care outcomes of patients with alcohol use disorder in North Karelia, Finland: A register-based study. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: University of Eastern Finland. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 606. [Viitattu 26.2.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3695-0>

Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa: Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 525. Väitösk. [Viitattu 22.3.20]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6619-5>

Simojoki, K. 2015. Kahdentoista askeleen hoidon vertailu muihin hoitomuotoihin alkoholiongelmaisen hoidossa: Näytönastekatsaus. [Verkkajulkaisu]. Duodecim Käypä Hoito. [Viitattu 24.2.2021]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/nak04632>

Sininauhaliitto. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.5.2021]. Saatavana: <https://www.sininauhaliitto.fi/>

Spicer, J. 1993. The Minnesota Model. Center City, Minn: Hazelden Foundation.

Timko, C., Moos, R., Finney, J. & Leasar, M. 2000. Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in Alcoholic Anonymous and formal treatment. Journal of studies of alcohol 61, 529–540. doi: 10.15288/jsa.2000.61.529

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: Alkoholi ja huumeet. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 35.3.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-438-7>

Wampold, B. 2001. The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.