

”PARAS TERAPIAMUOTO“

Vertais- ja ammatillisen tuen merkitys juomisen hallinnassa

Heidi Kirkonpelto
Yhteiskuntapolitiikka ja
kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma
Pro gradu -tutkielma
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2014

Tiivistelmä

”PARAS TERAPIAMUOTO“:

Vertais- ja ammatillisen tuen merkitys juomisen hallinnassa

Heidi Kirkonpelto

Yhteiskuntapolitiikka ja kansalaisyhteiskunnan asiantuntijuuden maisteriohjelma

Pro gradu -tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2014

Ohjaajat: Tiina Silvasti ja Esa Konttinen

Sivumäärä: 102 + 6 liitettä.

Alkoholin suuri kulutus on merkittävä osa kulttuuriamme ja sen ongelmakäytöstä aiheutuvista haitoista kärsii enemmistö väestöstämme. Haitoista kärsivät inhimillisesti ja taloudellisesti käyttäjä, tämän lähipiiri ja yhteiskunta. Monenlaiset keinot haittojen hillitsemiseksi ovat tarpeen, jotta jokainen apua haluava voi löytää itselleen sopivimman tavan toipua. Todellinen toipuminen, tässä tutkimuksessa juomisen hallinta, alkaa juomisen lopettamisen jälkeen.

Alkoholitutkimuksessa on perinteisesti keskitytty eniten juovan, mutta pienen piirin sekä palveluiden ja rahoittajien näkökulmien esille tuomiseen. Tämä tutkimus liittyy niiden tutkimusten joukkoon, joissa tavallisten päihdehuollon asiakkaiden ääni saa keskeisen roolin. Käsitteellinen viitekehys rakennetaan alkoholin ongelmakäyttöön ja siitä toipumiseen, sekä päihdepalveluiden erityispalveluihin syventyvän tutkimuskirjallisuuden varaan. Keskeisiä käsitteitä tutkielmassa ovat alkoholiongelma ja vertaistuki. Orientoivana näkökulmana on asiakaslähtöisyys.

Tutkimus on kvalitatiivinen tapaustutkimus, jossa tutkitaan Jyväskylän lakisääteiset erityispäihdepalvelut tuottavan Sovatek-säätiön kuntouttavan avohoitoryhmän (AVOT) merkitystä juomisen hallinnalle. Aineistona ovat seitsemän yksilöteemahaastattelulla kerättyä tarinaa ryhmän asiakkailta. tarinat alkavat riippuvuuden määrittämästä elämästä, jatkuvat juomisen ongelmallisuuden tunnistamiseen ja päättyvät eri hoitomuotojen kautta AVOT-ryhmään, jossa vertaistuelliset piirteet yhdistettynä ammatilliseen ohjaukseen toimivat merkittävänä apuna kuntoutujien juomisen hallinnalle.

Vertais- ja ammatillisen tuen yhdistelmän merkitys juomisen hallinnalle hahmotetaan aineistolähtöisellä ja teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Grounded theory -menetelmää hyödyntäen juomisen hallinnan mahdollistumisesta muodostetaan prosessiteoria aineiston pohjalta. Analyysillä havaitaan alkoholiongelmaasta toipumisen olevan luonteeltaan elinikäinen ja juomisen hallinnan vaativan jatkuvaa tukea. Toipumisen prosessissa merkittävässä rooleissa ovat asiakas ja palvelu yhdessä lähipiirin kanssa.

Avainsanat: alkoholiongelma, päihdepalvelut, toipuminen, vertaistuki.

Sisällys

1 JOHDANTO	5
2 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ	10
2.1 Alkoholin vaikutukset.....	12
2.2 Alkoholipolitiikka ja kuntien rooli päihdehuollossa	13
2.2.1 Julkisen ja järjestösektorin yhteistoimintamalli	15
2.2.2 Asiakkaan kohtaaminen kuntoutuksessa.....	16
2.3 Asiakkaan rooli kuntoutuksessa	17
2.4 Alkoholin ongelmakäytöstä toipuminen prosessissa.....	21
3 VERTAISTUKI.....	27
3.1 Vertaistuen käsite	29
3.1.1 Ammatillisuuden ja vertaisuuden suhde	31
3.1.2 Vertaistuki apuna	32
3.2 Vertaistuki alkoholiongelmasta toipumisessa	34
3.2.1 Vertaistuki käytännössä.....	37
3.2.2 Yhteisöhoito alkoholismin hoidossa.....	38
3.3 Asiakkaat ja vertaisryhmät palvelukentällä	39
4 TUTKIMUS ALKOHOLIONGELMASTA TOIPUMISESTA.....	42
4.1 Haastateltavien kuvaus	43
4.2 Haastattelurunko	44
4.3 Teemahaastattelu menetelmänä ja haastattelujen toteutus.....	45
4.4 Haastattelujen arviointi.....	46
4.4.1 Haastatteluaineiston kuvaus ja arviointi	49
4.4.2 Tutkijan roolin arviointi	49
4.5 Analyysimenetelminä sisällönanalyysi ja grounded theory sekä analyysin alku	52
4.6 Analyysin vaiheet.....	55
4.7 Tutkimuksen luotettavuus.....	61
5 JUOMISEN HALLINNAN MAHDOLLISTUMINEN PROSESSISSA	63
5.1 Alkoholin ongelmakäyttö ja hoitoon hakeutuminen	63
5.2 AVOT-ryhmän rakenne.....	69
5.3 AVOT-ryhmän toimintatapa	72
5.4 Tavoitteena juomisen hallinta: elinikäinen prosessi.....	77
5.5 Juomisen hallinnan mahdollistuminen prosessissa	83
6 JUOMISEN HALLINNAN ELINIKÄINEN PROSESSI	86
6.1 Vertaistuki auttaa hallitsemaan juomista	86
6.2 Vertais- ja ammatillinen tuki vastaa toipujan tarpeisiin	87

6.3 Vertaistuen merkitys juomisen hallinnan prosessissa.....	89
6.4 Lopuksi	90
KIRJALLISUUS.....	92
Lähteet.....	92
Aineisto	102
Suulliset tiedonannot.....	102
LIITTEET.....	103
Liite 1. Tiivistelmä tutkimuksesta haastattelukrytointikirjeiden liitteenä.....	103
Liite 2. Haastattelukrytointikirje asiakkaille	103
Liite 3. Haastattelurunko asiakkaille.....	104
Liite 4. Haastattelukrytointikirje työntekijöille	105
Liite 5. Haastattelurunko työntekijöille.....	106
Liite 6. Hakujen tekeminen	107

1 JOHDANTO

Suuri alkoholin kulutus on yhteiskunnassamme hyväksytty ja kulttuuriamme laajalti dominoiva piirre, jonka vaikutuksista puhutaan monipuolisesti varsin vähän. Kärjistetysti yleiseen keskusteluun liittyy kolme puolta. Yhtenä on kaupallinen toiminta (kauppa ja tuotanto), jota valtio säätelee alkoholipolitiikallaan (Niemelä 2004, 34) ja, johon teollisuus ja järjestöt pyrkivät vaikuttamaan. Toisena puolena ovat alkoholinkäytöstä koituvat haitat, jotka synnyttävät käyttäjille, tämän lähipiirille ja yhteiskunnalle monenlaisia fyysiseen terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänhallintaan liittyviä pulmia (Andersson, Pirttijärvi & Rajamäki 2011, 69). Kolmanneksi keskustelua käydään hoidon tarpeellisuudesta ja oikeutuksesta itse aiheutetuksi katsotussa sairaudessa (Makkonen 2004, 107), jota lääketieteissä nimitetään alkoholismiksi. Ongelmakäytön haittoineen nähdään koskettavan lähinnä marginaalista suurkuluttajien joukkoa. Avoimella ja laajalla keskustelulla perinteisiä keskustelunkulkuja voidaan muuttaa. Jotta tämä olisi mahdollista, päihdetyön asema ja -asiakkaan arvostus tarvitsevat esille nostamista (Makkonen 2004, 104).

Alkoholin ongelmakäyttö voidaan kuvata riskikäyttönä, haitallisena käyttönä tai pahimmassa tapauksessa alkoholiriippuvuutena. Mauri Aallon (2013) mukaan alkoholin käyttöön liittyvät haitat aiheuttavat välittömiä ja välillisiä kustannuksia valtiolle, kunnille, eläke- ja vakuutusyhtiöille noin miljardi euroa vuodessa. Kustannukset kertyvät sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä, työpanoksen menetyksestä, lähiympäristön hyvinvoinnin heikentymisestä, järjestyksenvalvonnasta ja rikollisuudesta. (Aalto 2013, 13.) Kulujen kattamista vaikeuttavat niukentuvat valtionosuudet, muun muassa väestön ikääntymisestä kasvavat sosiaali- ja terveydenhuollon menot sekä veronmaksajien ja poliitikkojen asenteet alkoholiongelmaan, johon suhtaudutaan varauksellisemmin kuin moniin muihin sairauksiksi määriteltyihin tiloihin. Suhtautumisesta huolimatta ongelma on yleinen ja voidaan sanoa, että alkoholinkäyttö ja sen aiheuttamat haitat koskettavat jollain lailla jokaisen suomalaisen hyvinvointia. Aallon (2013, 11) mukaan aikuisista 90 % käyttää alkoholia. Haittoja lieventäville palveluille on tarvetta, ja niiden laatuun ja laajuuteen vaikuttaa alkoholipolitiikka.

Päihdepalveluiden tuottaminen on kuntien lakisääteinen tehtävä, minkä jokainen ratkaisee

kullekin sopivimmalla tavalla. Koko hyvinvointijärjestelmä ja päihdehuolto sen mukana (Tammi, Aalto, Koski-Jännes 2009, 10) ovat uudistumisen kynnyksellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on nykyisen hallituksen suunnitelmilla uudistumassa lähivuosina. Myös päihdehuoltolain uudistaminen hallinnonalan sisällä on ajankohtaista, mutta alkoholilain (1143/1994) kokonaisuudistus lykkääntyy edelleen seuraavalle hallitukselle (Hallitusohjelma 2014, 5). Yksi viime vuosien kiivaimmista päihdekeskusteluista on käyty mainonnasta, jossa lomittuivat panimoteollisuuden taloudelliset, kansalaisjärjestöjen ennaltaehkäisevät ja ihmisten inhimilliset intressit. Pääkeskustelijoina toimivat valtakunnallinen Ehkäisevän päihdetyön järjestö EHYT ry ja teollisuutta edustava Panimoliitto. Kansalaisyhteiskunnan näkökulmasta on merkittävää, että valtakunnallisissa päihdekeskusteluissa on mukana harteikas toimija päihdetyön kentältä.

Myynnin ja mainonnan sijaan keskustelua tulee käydä enemmän alkoholiongelman hoidosta ja hallinnasta sekä alkoholiongelman määritelmästä: paljonko pitää juoda, jotta on ongelma. Tässä tutkielmassa keskitytään tarkastelemaan toipumista prosessina, mikä ei ole helppoa kietoutuessaan usein heikkoon taloudenpitoon, ihmissuhdeongelmiin ja asunnottomuuteen (Etelä-Suomen Sanomat 17.10.2014 Kotimaa). Markku Sotaraudan (1996, 118–119) mukaan alkoholin aiheuttamia ongelmia voidaan pitää ilkeinä ongelmina, koska niille on vaikea määritellä selkeää alkua tai loppua. Tällaisen ongelman hoitaminen edellyttää kokonaisvaltaista kykyä ja resursseja palveluilta ja ammattilaisilta, mutta hoitoon tarkoitettut palvelut ovat usein hajallaan ja erikoistuneita, kun rahoittajat määrittelevä työlle tiukat kohderyhmät (Etelä-Suomen Sanomat 28.9.2013 Uutiset). Yleinen suuntaus palveluiden tarjonnassa on ollut jo jonkin aikaa keskittyminen laitospalveluista avohoitomuotoisiin palveluihin. Myös uusia toimintamalleja kehitellään koko ajan ja esimerkiksi kiinnostus kokemusasiantuntijuuteen on noussut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20), mikä voidaan liittää vertaistoiminnan suosioon. Se kertoo ihmisten tarpeesta jakaa kokemuksia ja saada tietoa toisilta samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta (Nylund 2005, 195).

Alkoholin ongelmakäyttö voidaan perinteisesti nähdä marginaalisuutena, jossa elävien ihmisten ääni ei pääse helposti kuuluviin (vrt. Karlsson 2005, 173–194). Asiakaslähtöisyyden tavoittelun myötä asiakkaiden subjektiivisuuden korostaminen on päässyt merkittävämpään asemaan. Oman äänen esiin tuominen edellyttää asiakkaalta kykyä

asioita palvelussa, esittää asiansa ja vuorovaikuttaa ammattilaisen kanssa, mikä ei kaikilta suju. Tutkimuksellisesti päihdehoidon ja -ehkäisyn ala on Tuukka Tammen (2009) mukaan jakautunut päihdetyön ja työntekijöiden, asiakas- ja potilas- sekä hoidon järjestelmien tutkimukseen. Painopisteinä ovat pähteiden käytön tavat, laajuus ja seuraukset, mutta ehkäisyä ja hoitoa kuvaavat tutkimukset ovat lisääntyneet. (Tammi 2009, 7.) Yleensä tutkimukset tarkastelevat päihdeongelmaa palvelu- tai rahoittajälähtöisesti ylhäältä alaspäin toisin kuin tämä tutkielma, joka tarkastelee asiakkaan kokemuksia ja välittää niitä alhaalta ylös.

Vertaistuki sopii toimintamuotona käytännön päihdehuollossa arvostettuun asiakkaan subjektiivisuuden toteuttamiseen. Vertaistoiminta voi olla virallisesta palvelujärjestelmästä irrallista, kuten Anonyymit alkoholistit (AA) ja A-Kilta, mutta se voi toimia myös ammatillisen toiminnan yhteydessä, kuten tämän tutkimuksen tapauksessa (Nylund 2005, 217). Vertaistuesta ja alkoholi-ongelmasta tehdyissä tutkimuksissa esiin nousevat vertaistuen vaikuttavuus ja voiman tuottavuus. Viimeaikaisia päihteet ja vertaistuen yhdistäviä väitöksiä on Katja Kuusiston Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen (2010), Tiina Törmän Juovasta äidistä raittiiksi äidiksi – alkoholismista toipumisen prosessi äitien kertomana (2011) ja Elina Kotovirran Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien narkomaanien toveriseurassa (2009). Kaksi ensimmäistä liikkuvat päihdemaailman alkoholipuolella ja ottavat lähtökohdakseen alkoholismin sairautena. Tämä tutkimus asettuu osaksi alkoholin käytöstä toipumista ja vertaistukea tarkastelleiden tutkimusten jatkumoa.

Huolimatta alkoholin kulutuksen moninaisista vaikutuksista ihmisten hyvinvointiin, liikkakäytön haittoja ei liitetä tavallisten ihmisten ongelmaksi (Babor, Caetano, Casswell, Edwards 2010). Tätä haittojen ehkäisyn ilmiötä kuvataan paradoksiksi, jossa haittojen ehkäisytoimet kohdistuvat lähinnä alkoholin kulutukseltaan suureen, mutta ihmismäärältään pieneen vähemmistöön. Tutkimusten mukaan alkoholihaitat puolestaan kohdistuvat paradoksaalisesti alkoholinkäyttäjien enemmistöön eli vähemmän käyttävien ryhmään. (Babor ym. 2010, 69–70.) Joillekin toipuminen omin avuin on mahdollista, mutta useimmat tarvitsevat monipuolista, kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä ammatillista tai vertaistukea (Kuusisto 2010). Monenlaisten palveluiden tarjoaminen on tarpeen, jotta jokainen apua haluava (käyttäjä tai omainen) voi löytää itselleen sopivimman. Tutkielma pyrkii madaltamaan avunhakemisen kynnyksiä nostamalla esiin alkoholinkäytön ja sen

aiheuttamien haittojen inhimillisen puolen tavallisten ongelmakäyttäjien kokemuksen äänen avulla. Tarkoitus on kysymyksenasettelulla ja tutkimusmetodeilla piirtää kuva alkoholiongelmasta normaalien ihmisten ongelmana, johon tulee puuttua matalan kynnyksen palveluilla ja, josta tulee puhua avoimemmin. Yksilötason kokemustiedon kautta pohditaan yksilön toiminnallisuutta ja yhteiskuntapoliittisia ratkaisuja.

Tutkielma on aineistolähtöinen ja teoriaohjaava tapaustutkimus vertais- ja ammatillisen tuen merkityksestä juomisen hallinnassa. Lähtökohtina ovat alkoholin ongelmakäyttö ja siitä toipuminen. Orientoivana näkökulmana on asiakaslähtöisyys, mikä tuo asiakkaiden elämisen paikkojen tiedon kuntouttavaan työhön (ks. Juhila 2006, 105–106). Tapaustutkimus on tutkimustapa, jossa voidaan käyttää useita tutkimusmenetelmiä ja, jonka kohteena on esimerkiksi tapahtumakulku tai ilmiö. Se soveltuu hyvin vastaamaan kysymyksiin *miten* ja *miksi*. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 9.) Alkoholiongelmasta toipumisen mahdollistuminen tulee tutkielmassa esille juomisen, toipumisen ja asiakkuuden kokemusasiantuntijoiden äänillä.

Tässä tutkielmassa selvitetään:

- 1) Miten vertaistuki auttaa hallitsemaan juomista?
- 2) Miten vertaistoiminnallisuutta hyödyntävä AVOT-ryhmä vastaa asiakkaiden tarpeisiin?
- 3) Millainen merkitys vertaistuellalla on alkoholiongelmaiselle?

Tutkielman tapaus Sovatek-säätiö tarjoaa monenlaisia ammatillisuuteen perustuvia erityispäihdepalveluita, joihin kuuluu myös ammattilaisten vetämä kuntouttava avohoitoryhmä (AVOT) vertaistuellisine piirteineen. Vertaisuutta tarkastellaan tutkielmassa mikrotasolla, jolla ei ole osallistumisen pakkoa (Hokkanen 2003, 257). Sovatek-säätiö on itsessään mielenkiintoinen toimija ja tutkimuksen kohde kansalaisyhteiskunnan ja yhteiskuntapolitiikan näkökulmista, sillä se on yhdistelmä julkisia ja järjestöpohjaisia toimijoita. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla toipujia, jotta asiakkaiden ääni pääsisi kuuluville palveluiden käyttäjinä ja tavallisina ihmisinä, joilla on alkoholiongelma. Informantit edustivat erilaisia alkoholin ongelmakäyttäjiä, jotka pystyivät pitkän käyttöhistorian kerryttämän kokemustiedon ansiosta tarkastelemaan omaa toimintaansa. Haastattelu toimi yhtenä puhumisen paikkana ja asioiden jäsentäjänä asiakkaille ja tiedonlähteenä tutkimukselle.

Aineiston perusteella alkuperäinen tutkimuskysymys tarkentui uuteen suuntaan. Asiakaslähtöisyyden fokuksen sijaan teoreettinen viitekehys rakennettiin vertaistukea ja sen merkitystä koskevan tutkimuskirjallisuuden varaan. Vertaistukeen perustuva toiminta on lähtökohtaisesti hyvin asiakaslähtöistä (Stengård 2007, 166). Yksilöteemahaastattelut analysoitiin aineisto- ja teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin syventämiseksi käytettiin grounded theory -menetelmää muodostamaan kuva toipumisen prosessista, jonka avulla on mahdollista hahmottaa toipumista kokonaisuutena ja tarjoata työvälineitä palveluntarjoajalle kehittää menetelmiään. Toipumisen prosessin mahdollistumisen kuvaus rohkaisee hoitoon hakeutumista harkitsevia käyttäjiä ja heidän lähipiiriään hoidon ja kuntoutuksen apua tuovasta tuesta sekä hakeutumisen matalasta kynnyksestä.

Empiirisen analyysin tuloksena tutkielman johtopäätöksissä osoitetaan, että juomisen hallinta on elinikäinen prosessi. Toimiva apu on ammatilliseen tukeen yhdistyvä matalan kynnyksen vuorovaikutteinen vertaistuki. Avainasemassa ovat juomisen hallintaa arjessa tukevat palvelun ja kuntoutujan asenteet, toimintamallit sekä lähipiiri. Todellinen toipuminen saattaa alkaa, kun käyttäjä myöntää ongelman usean hoito- ja juomisjakson jälkeen. Tutkielman alkoholiongelmaiset kokivat päässeensä pitkälle toipumisprosessissaan: he olivat olleet pääsääntöisesti vuosia selvin päin, mutta kokivat tilan säilyttämisen vaativan elinikäistä työtä. Juomisen hallintaa kuvataan jokapäiväisen nälän sammuttamiseksi. Määrittely muistuttaa Anonyymien alkoholistien ajattelutapaa, jossa juomista hallitaan koko elämän ajan ja ollaan aina alkolisteja.

Tutkielman toinen ja kolmas luku esittelevät tutkielman kentän. Toisen luvun keskiössä ovat alkoholiongelma ja siitä toipumiseen vievät toipumisen muodot, joihin lainsäädäntö luo kehykset. Luvussa esitellään tutkielman tapaus Sovatek-säätiö sekä asiakkaan ääni ja rooli kuntoutuksessa. Informanttien AVOT-ryhmä esitellään analyysin yhteydessä alaluvussa 5.2. Kolmas luku avaa prosessia alkoholiongelmasta toipumisessa erityisesti vertaistuen avulla. Luvuissa neljä ja viisi esitellään tutkielman aineiston keruu ja analyysin vaiheet. Luvussa 6 vastataan tutkimuskysymyksiin viitekehysten ja aineiston pohjalta sekä pohditaan jatkotutkimusaiheita.

2 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ

Alkoholi on päihde ja tavallinen hyödyke, joka vaikuttaa myrkyttävästi aiheuttaen muun muassa riippuvuutta, sairauksia ja negatiivisina pidettyjä sosiaalisia seurauksia suoraan tai epäsuorasti (Babor ym. 2010, 11, 69). Anja Koski-Jänteen (2008, 7) mukaan alkoholiongelmat ovat haitallisia toimintamalleja. Alkoholismilla tarkoitetaan perinteisesti fyysisesti alkoholista riippuvaisen ihmisen kroonista liikajuomista (*excessive*) (Babor ym. 2010, 9, 18–19). Alkoholismi tai alkoholiriippuvuus kehittyy asteittain aaltoviihoina, mikä johtaa lääketieteellisesti katsottuna itse aiheutettuun aivojen sairastumiseen, jossa alkoholi ohjaa elämää (Kiianmaa 2013, 23). Tällainen sairaudeksi määrittelyn tapa on varsin yleinen tutkimuskirjallisuudessa (ks. esim. Kuusisto 2010, Törmä 2011) ja lääketieteessä, jossa alkoholiriippuvuudella tarkoitetaan alkoholin ongelmakäytön vaikeinta muotoa, joka on hoidettavissa kroonisena kansansairautena nimeltä alkoholismi (Aalto 2013, 7; Terveyskirjasto 2014a). Ongelmakäytön määrittely sairaudeksi on ongelmallinen, sillä se ulkoistaa alkoholiongelman ammattilaisten hoidettavaksi (Pirttijärvi 22.5.2014).

Alkoholismi-termiä käytetään samankaltaisessa mielessä kuin puhuttaessa alkoholiriippuvuudesta (Babor ym. 2010, 9, 18–19). Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA 2014) suosittaa käyttämään alkoholiriippuvuus-termin sijaan alkoholismi-termiä. Alkoholismin synnystä, siitä sairautena ja toipumisesta löytyy paljon suomalaista kirjallisuutta (hakupalvelu Jykdocin sanahaku alkoholismi). Alkoholiriippuvuuden sanahauulla osumia löytyy Jykdocista vain kaksi, mikä kertoo termien käytöstä, koska Jykdoc tallentaa ”kantakirjastona“ kaiken Suomessa julkaistun.

Alkoholiriippuvuuden oma diagnostinen kriteeristö on määritelty Maailman terveysjärjestön tautiluokituksessa (International Classification of Diseases, ICD-10). Alkoholistiksi katsotaan henkilö, joka on psyykkisesti riippuvainen alkoholista tai täyttää Maailman terveysjärjestön ICD 10 -tautiluokitusten diagnostiset kriteerit (Kiianmaa 2014). Riippuvuus voi olla myös sosiaalista riippuvuutta juomayhteisön tai kaveriporukan tuomasta elämänsisällöstä tai sosiaalisista suhteista (Pirttijärvi 27.10.2014).

Maailman terveysjärjestön tautiluokituksen kriteeristö alkoholiriippuvuudelle:

1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia.
2. Heikentynyt kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä.
3. Vieroitusoireita käytön loputtua tai vähennyttyä.
4. Kyky sietää alkoholia (toleranssi) kasvanut.
5. Muut mielihyvän lähteet tai kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun, aika menee alkoholinkäyttöön ja käytön vaikutuksista toipumiseen.

Alkoholin ongelmakäytön muodot ja eteneminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan: alkoholin 1) riskikäyttäjiiin, 2) haitalliseen käyttöön ja 3) alkoholiriippuvuuteen (Aalto 2013, 7). Taulukossa 1 käyttö on kuvattu asteina, joissa eteneminen pahentaa ongelmakäyttöä ja, joissa voi edetä eteen- ja taaksepäin. Ongelmakäytön ensimmäisessä muodossa, riskikäytössä, ei ole havaittavissa merkittäviä haittoja tai riippuvuutta, mutta haitallisessa käytössä ja riippuvuudessa huomataan psyykkisiä ja fyysisiä haittoja.



Kuvio 1. Alkoholin ongelmakäytön muodot (Aalto 2013, 8).

Erilaiset määrittelyt, kuten edellä esitetty Maailman terveysjärjestön diagnostiset kriteerit alkoholismista tai alkoholin ongelmakäytön muodot, helpottavat haittojen huomaamista virallisesti. Alkoholismi liitetään käytännössä vahvemmin sairauteen. Tällä tutkielmalla halutaan tuoda tästä eroavaa näkökulmaa alkoholin liikakäyttöä koskevaan keskusteluun. Alkoholismi-sanaan liittyy vahva lataus, jota tulisi purkaa. Tässä ongelmaksi nähdään kevyempi määritelmä, koska kokemus haitoista on aina subjektiivinen. Alkoholiongelma nähdään olemassa olevaksi, kun haitat huomataan. Alkoholiongelma voi jo lievänä aiheuttaa inhimillisiä ja taloudellisia kustannuksia. Haitat eivät rajoitu vain käyttäjään,

vaan tämän lähipiirin kautta ympäröivään yhteiskuntaan, ja ne tulee tunnistaa paremmin ja ajoissa avun saamiseksi. Tutkielmassa käytetään alkoholismi- tai alkoholiriippuvuustermien sijaan alkoholiongelmia tai liikkakäyttöä viittaamaan haittoja aiheuttavaan alkoholin käyttöön.

2.1 Alkoholin vaikutukset

Alkoholin yhteiskunnalliset vaikutukset ovat laajoja. Suomessa yleistrendi alkoholin kokonaiskulutuksessa on hyvinvointivaltion rakentamisen aikana ollut merkittävästi kasvava. Suurimpana kulutuksen hyppäyksenä voidaan pitää keskioluen tuleamista elintarvikeliikkeisiin 1960-luvulla, mikä on kolminkertaistanut kulutuksen. Viimeisin jyrkkä kasvuvaihe alkoi vuonna 2004 alkoholiverotuksen keventymisen myötä. Samaan aikaan alkoholikuolemat ja -sairaudet ovat lisääntyneet selvästi. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

Alkoholiriippuvuutta voidaan nimittää kansansairaudeksi, sillä väestöstä vain 10 % on raittiita (Aalto 2013, 11) ja Suomen työikäiset kuolevat yleisimmin alkoholin aiheuttamiin syihin (Österberg 2013). Mari Suonion ja Elina Pekosen (2013) mukaan suomalaiset riskikäytön raja-arvot ovat kansainvälisesti verrattuna korkeat: miehillä 24 ja naisilla 16 annosta viikossa. He näkevät valtakulttuurin ajattelusta poiketen, ettei jatkuva riskirajoilla oleva alkoholinkäyttö ole kohtuukäyttöä - eikä sen tule olla yksityisasia - kun suuri osa taloudellisista (työelämä), sosiaalisista (perhe-elämä) ja terveydellisistä alkoholin haitoista aiheutuvat kohtuullisesta suurkulutuksesta. Tilastoitujen haittojen lisäksi juomakulttuuri ja alkoholi aiheuttavat kodeissa ja lähiyhteisöissä haittoja ja pahoinvointia, johon virallinen hoito ei ylety (ks. Ruisniemi 2006).

Yksilön päihteidenkäyttö itsessään voidaan nähdä marginaalisuutena, kuin tietyssä paikassa oloksi (Juhila 2006, 105–106). Ihminen voi olla marginaalissa vain alkoholinkäytön suhteen ja suoriutua samalla muista tehtävistään. Ennen pitkää liikkakäyttö vaikuttaa ihmisen omaan, perheen ja lähipiirin terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänhallintaan (ks. esim. Andersson ym. 2011, 69; Suonio & Pekonen 2013, Aalto 2013, 7–9). Tilannekohtaisia alkoholihaittoja ovat esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, krapula ja väkivalta. Pitkäaikaisia haittoja ovat yhteiskunnallinen

osattomuus mielen- ja muun terveyden ongelmina (Aalto 2013, 7–9). Seuraukset ovat vakavia, kun päihteidenkäyttö pikku hiljaa alistaa muut toiminnot muuttuen perustoiminnaksi (Murto L. 1995, 118). Silti runsaskin päihteidenkäyttö voi olla kulttuurisesti sallittua ja onnistua osana muuta elämää, koska liikkakäytöllä on tärkeä paikka suomalaisessa alkoholikulttuurissa.

2.2 Alkoholipolitiikka ja kuntien rooli päihdehuollossa

Alkoholin liikkakäyttö ei ole vaikutuksiltaan pienen, vaan suuren joukon ongelma. Haitoista ja hoidosta vastaavat yksilö lähipiireineen yhdessä yhteiskunnan kanssa. Baborin ym. (2010) mukaan yhteiskuntapolitiikalla kannattaa pyrkiä pienentämään ja ennalta ehkäisemään alkoholin ongelmakäytöstä aiheutuvia haittoja inhimillisen kärsimyksen ja julkisten menojen kohtuullistamiseksi.

Valtion alkoholipolitiikalla pyritään vaikuttamaan alkoholin kulutukseen, ehkäisemään alkoholista aiheutuvia sosiaalisia, terveydellisiä ja yhteiskunnallisia haittoja ja riippuvuuksia sekä luomaan tarvittava hoito ja kuntoutus. Poliitiikan perustana ovat valtioneuvoston periaatepäätös 2003 ja Alkoholiohjelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Päihdeongelmallisille tarpeellisen hoidon järjestämisestä vastaavat lakisääteisesti kunnat (Niemelä 2004, 36), joissa apua tarjoaa sosiaalihuollon osana oleva päihdehuolto päihdehuoltolain (41/1986) mukaan. Lainsäädännössä pyritään suhteelliseen väljyyteen, mikä mahdollistaa toimijoiden kirjon yksittäisistä pienistä kunnista laajoihin kuntayhtymiin ja yksityisiin palveluntuottajiin (Moring ym. 2011, 5). Paikallisen tarpeen ja niukentuvien resurssien yhteensovittamisen ollessa haastavaa, kunnat päätyvät lain puitteissa erilaisiin ratkaisuihin (Inkeroinen & Partanen 2006, 19). Sektorien välinen yhteistyö lisääntyy (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen, Suokas 2011, 9) ja siitä yhtenä esimerkkinä on tutkielman tapaus Sovatek-säätiö (ks. 2.2.1).

Palvelut voidaan jakaa perus- ja erityistason palveluihin. Perustasolla kohdataan suurin osa päihdeongelmallisista tavallisissa palvelukontakteissa kuten neuvoloissa, työterveyshuollossa, poliklinikoilla, terveyskeskusten vastaanotoilla sekä sosiaalitoimistoissa. Perustasolla on mahdollisuus puuttua päihdeongelmiin muiden käyntien yhteydessä, mitä rajoittavat havaitsemisen osaaminen ja resurssit puuttua.

Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvat avohoito, välimuotoiset palvelut sekä laituskuntoutus. Avohoitoyksikköjä ovat esimerkiksi A-klinikat, nuorisoasemat, nuorten päihde- ja huumeopysäkit, terveysneuvontapisteeet ja päiväkeskukset. Välimuotoisia palveluita tarjoavat esimerkiksi ensikodit, hoitokodit ja tukiasunnot. Laituskuntoutuksena järjestetään katkaisuhoidoa ja hoitajaksoja kuntoutuslaitoksissa. (Kunnat.net 2013.) Päihdehoidon hoitoperiaatteet voidaan jakaa karkeasti vieroitukseen, psykososiaalisiin hoitomuotoihin, lääkehoitoon ja vertaistukiryhmiin (Aalto 2013, 13–15) ja niissä käytetään erilaisia terapiamuotoja, interventioita ja lääkekorvaushoitoja (Babor ym. 2010, 218, 220).

Erilaiset hoitomuodot laitoksista yhteisöhoitoihin palvelevat niitä, joiden päihdeongelma on tunnistettu. Jotta eri hoitomuodot voisivat toimia, on elämäntavan ja päihdeidenkäytön vahva symbioosi tärkeä tunnistaa hoidossa. Se on ratkaisevaa muutokselle (mikäli sellaista halutaan) kummankin vaikuttaessa toiseen. Lasse Murrin (1995) mielestä laadullisesti korkeatasoisten palveluiden muotoileminen erilaisiin päihdeongelmiin ei ole helppoa, vaikka ongelman luonne tunnettaisiinkin. Parhaita takeita laadukkaalle hoidolle ovat päihdeongelmailmiön yhä parempi ymmärtäminen ja monipuolisten päihdepalveluiden oikeutuksen turvaaminen. Julkisen kestävyysvajeen paikkaamiseen pyrkivä tarve leikata palveluiden tarjontaa, mutkistaa laatukseskustelussa oleellista – oikeutta saada palveluita. (Murto L. 1995, 118–119, 127.) Palveluiden karsiminen vaikeuttaa kuntoutujalle sopivimman hoitomuodon löytämistä.

Uudenlaisen hyvinvointipolitiikan toteuttamisessa kuntien ja järjestöjen roolin merkitys on kasvanut valtion keskitetyn ohjauksen pienentyessä. Möttönen (2002) näkee, että valtio on vetäytynyt palveluiden rahoitusvastuusta ja antanut kunnille itsenäisyyden toteuttaa ne parhaaksi katsomallaan tavalla. Tarkoitus on supistaa palvelut rahoitusresursseja vastaavalle tasolle, vaikka palvelutehtävät samanaikaisesti lisääntyvät. Tämä on johtanut paikallistason, kuntien ja järjestöjen, roolin kasvuun hyvinvointipolitiikassa paikallisella ja koko yhteiskunnan tasolla. Möttönen (2002) tarkastelee kuntien ja järjestöjen yhteistyötä kuntien ja hyvinvointipalveluiden näkökulmasta. Kunta nähdään vaihdanta- ja yhteistyösuhteessa toimintaympäristöön ja järjestöt ovat osa kunnan toimintaympäristöä. Tarkastelussa on, miten ja miksi yhteistyötä tehdään kuntien ja järjestöjen välillä muuttuvassa toimintaympäristössä. (Möttönen 2002, 112–115.)

Samaan aikaan kun pohditaan vastuita palveluiden tuotannosta, kansalaiset elävät polari-soituvassa yhteiskunnassa, jossa epätasa-arvoisuus kasvaa sosiaalisten ryhmien ja alueiden välillä. Ilkeät ongelmat (päihde- ja mielenterveysongelmat) (Sotarauta 1996) kasaantuvat tietyille ihmisille. Ilkeä ongelma on syiden, seurausten ja oireiden kimppu, jolla ei ole selkeää alkua eikä loppua. Niiden lopullinen ratkaiseminen on vaikeaa, samoin vastuullisten osoittaminen. Ongelmaa on käsiteltävä monesta suunnasta, eikä rationaalinen, suora ote riitä. (Sotarauta 1996, 118–119.)

Haasteisiin vastaamiseksi tarvitaan Möttösen (2002) mukaan sektorijaot ylittävää yhteistyötä, joka pystyy paremmin vastaamaan haittoihin muuttuneessa toimintaympäristössä. Syrjäytymiskehityksestä johtuviin ongelmiin tarvitaan uusia toimintatapoja ja kunnan palveluja täydentäviä muotoja. Möttönen määrittelee kolmannen sektorin järjestötoimijat kunnan palvelukenttää täydentäviksi uusiksi toimijoiksi, ei niitä korvaavaksi, kuten esimerkiksi uusliberalistinen ajattelu näkee kolmannen sektorin roolin. Uudet yhteistyömuodot järjestöjen ja kunnan välillä ovat verkostomaista toimintaa ja resurssi tuottaa kuntalaisille hyvinvointia. (Möttönen 2002, 116–117.) Tutkimuksen tapaus Sovatek pyrki yhdistymällä kahdesta säätiöstä sektoreiden välisen yhteistyön lisäämiseen, joka on tendenssi (Virtanen ym. 2011, 9).

2.2.1 Julkisen ja järjestösektorin yhteistoimintamalli

Päihdepalvelujärjestelmän sisällä on hyvä olla erilaisia vaihtoehtoja erilaisille kuntoutujille. Uudenlaiset toimintamallit ja osaamisen yhdistäminen yhteistyöllä helpottavat kuntoutujan hakeutumista palvelun piiriin. (Soininen & Sulkko 2004, 6.) Erilaiset yhteistoimintamallit, joissa eri tahot yhdistävät voimiaan ja palvelujaan ovat lisääntyneet vuosittain vaihteesta maailmalla (Babor ym. 2010, 218) ja Jyväskylässä tästä on paikallinen esimerkki Sovatek-säätiö, tämän tutkimuksen tapaus.

Jyväskylässä ja Joensuussa toimiva Sovatek-säätiö kuuluu päihdehoidon erityispalveluihin (ks. esim. Mäkelä & Aalto 2013, 48). Se muodostettiin loppuvuonna 2010 silloisista Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiöstä ja niin ikään Jyväskylässä toimineesta Työvalmennussäätiö Tekevästä. Jussi Suojuus (2010) mukaan säätiöt yhdistyivät,

koska kokivat muun muassa asiakkaidensa olevan osin päällekkäisiä. Työvalmentautujilla on usein päihderiippuvuus, ja päihdekuntoutuja tarvitsee monesti työvalmennusta. Sovatekin organisaatio on itsessään kiinnostava tutkimuksen kohde, sillä se on julkisen sektorin ja alojen paikallisten järjestöjen yhteistoimintamalli. (Suojasalmi 16.6.2010.) Sovatekin perustajajäsenenä on niin paikallisia kuin valtakunnallisiakin päihde- ja työvalmennusjärjestöjä, Jyväskylän ja Joensuun kaupunki, Muuramen ja Laukaan kunnat sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Sovatek tuottaa Jyväskylän lakisääteiset erityistason päihdepalvelut. Se tarjoaa erilaisia avo- ja laitoshoitopalveluita päihderiippuvaisille ja peliongelmaisille (Sovatek 2012). Toimintaa ja palveluiden järjestämistä ohjaavat ostopalvelusopimukset ja taustalla kuntayhtymän rahatilanne. Sovatekin (2012) mukaan päihdekuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja arviointi tehdään asiakkaan kanssa yhteistyössä hänen läheistensä, viranomaisten sekä muiden palveluntuottajien näkemykset ja resurssit huomioiden. Eri tahot osallistetaan kuntoutukseen pääpainon säilyessä asiakkaassa. Käytännössä voimasuhteet ja roolit muodostunevat painotukseltaan erilaisiksi asiakkaiden fyysisistä ja henkisistä voimista riippuen.

2.2.2 Asiakkaan kohtaaminen kuntoutuksessa

Kuten Baborin ym. (2010) myös Olavi Kaukosen (2004, 42) mukaan päihdekuntoutus on taloudellisesti, sosiaalisesti ja inhimillisesti kannattavaa, vaikka osa vaikeasti alkoholiriippuvaisista asiakkaista jatkaisi päihteiden käyttöä yksittäisen kuntoutusjakson jälkeen. Mitä moninaisempia ovat asiakkaiden ongelmat, sitä monitahoisempia ja kokonaisvaltaisempia on tukitoimienkin oltava. Päihdeongelman hoidossa tärkeää on nopea hoidontarpeeseen vastaaminen, välitön hoitoon pääsy ja matala kynnyks hakeutua hoitoon tarvittaessa. Ratkaisevassa asemassa on usein työntekijän ja asiakkaan kohtaaminen ensikosketuksena palvelusta. Jokaisessa asiakaskohtaamisessa tai -tilanteessa toteutuu tai sulkeutuu asiakasta arvostava työtapa (Laitinen & Kemppainen 2010, 138). Parhaimmillaan asiakkaan ja työntekijän suhde voi muodostua kahden asiantuntijan kumppanuudeksi, jossa yhteistyötä tehdään tasavertaisina löytäen ratkaisun asiakkaan tarpeeseen (Pietiläinen & Seppälä 2003, 27; Juhila 2006).

Antti Särkelä (2001, 118) näkee asiakasta autettaessa tärkeänä tämän syyllisyyden ja ahdistuksen tunteiden jakamista ja läpielämistä pois lohduttamisen sijaan. Sosiaalityöntekijät päihdepalveluissa ja vertaistuen muodot (esimerkiksi AA, A-Kilta, tutkimuksen kohde Sovatek) vastaavat tähän inhimillisen kohtaamiseksi tulemisen tarpeeseen. Puhumisen ja vuorovaikutuksen kautta saadaan selville, mitä asiakas toivoo ja haluaa sekä, millaisiin elämäntavan muutoksiin tämä on valmis. Todellisuudessa mennään paljon palvelun ehdoilla, missä rahoittajan ja johtamisen määrittämät ajan ja toimintamallien raamit vaikuttavat asiakkaan kohtaamiseen.

Yhteiskunnan ja päihdehuollon asiantuntijoiden myönteinen ja kärsivällinen suhtautuminen sekä ihmisenä kohtelu on potilaille ja asiakkaille tärkeää (ks. myös Koski-Jännes 1998, 231; Virtanen ym. 2011, 20). Kielteinen ja kärsimätön suhtautuminen on yksi suurimpia ongelmia (Pakkasvirta ym. 2009, 39–41). Toiminta voisi edetä enemmän asiakkaiden ehdoilla ammattilaisten vankalla tuella. Tällaiseen malliin sopii Juhilan (2006) vuorovaikutuksessa rakentuva suhde, jossa eri suhteiden tasapaino löytyy arjessa. Välimuotoina ovat osallisuutta korostava kumppanuussuhde, jossa palvelu ottaa asiakkaan osalliseksi, sekä ei niin velvoittava huolenpitosuhde, jossa vapautta toimia jää ammattilaiselle ja asiakkaalle. Yhteistyö, joka rakentuu kumppanuudelle, voidaan nähdä asiakaslähtöisenä työskentelytapana (Pietiläinen & Seppälä 2003, 27).

2.3 Asiakkaan rooli kuntoutuksessa

Asiakaslähtöisyys-termin käyttööntulo ja kuntoutuksen paradigmanmuutos ovat tuottaneet painotuksen yksilön ja tämän ympäristön väliseen vuorovaikutukseen, kuntoutuksen asiakaslähtöisyyteen sekä kuntoutussuunnitelman merkitykseen kuntoutuksessa aiemman yksilöön kohdennettujen toimenpiteiden sijaan. (Mattila-Aalto 2013, 403.) Asiakas ja asiakasnäkökulma ovat perinteisesti olleet melko näkymättömiä Suomen järjestelmäkeskeisessä kulttuurissa, mutta ovat jälleen uudella tavalla sosiaalityön keskustelujen kohteena tavoiteltaessa asiakaslähtöistä työskentelyä (Pohjola 2010, 19). Järjestöjen toiminta on perinteisesti hyvin asiakaskeskeistä, asiakkaan (kansalaisen, jäsenen) tarpeista ja eduista lähtevää (Virtanen ym. 2011, 9).



Kuvio 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19).

Asiakkaalla tarkoitetaan kansalaista, jonka kanssa ammattilainen ja palvelujärjestelmä toimivat ja, jonka asemaa pyritään parantamaan (Hokkanen 2013, 57). Asiakaslähtöisyyteen liittyy olennaisesti käsitys asiakkaasta ja hänen asemastaan, oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan, jotka käytännössä toimivat kuntoutuksessa ennemmin lähtökohtaisena periaatteena kuin lopputulemana (Piirainen 1999, 7; Työntekijähaastattelut 9/2012). Käsite asiakaslähtöisyys tarvitsee selkeyttämistä, jotta se voisi toteutua käytännön työssä (Pietiläinen & Seppälä 2003, 27) ja, jottei se sekoittuisi sosiaali- ja terveyssektorilla kuluttajan ja kansalaisen käsitteisiin (Virtanen ym. 2011, 15). Pohjolan (2010, 46–47) mukaan käsitettä edelsi asiakaskeskeisyyden termi, joka ei nostanut asiakasta auttamissuhteessa toimivaksi subjektiksi riittävän vahvasti. Vuosituhannen vaihteessa siirryttiin asiakaskeskeisyydestä pikku hiljaa asiakaslähtöisyyteen, kun laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan (22.9.2000/812 Finlex 2013).

Yleensä asiakaslähtöisyys liitetään laadun ja yleiseen palveluiden parantamiseen, mitä kautta termi kytkeytyy sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen sekä ulkoistamis- ja yksityistämiskeskusteluun. Hyvien, asiakasta tukevien palveluiden perustaksi nähdään järjestelmäkeskeiset markkinoistumisen periaatteet: tuotanto, resurssit, kilpailu ja valvonta (Laitinen & Pohjola 2010, 13). Pohjola (1997, 267) näkee asiakaslähtöisyyden

kokonaisvaltaisena "kaikkena tarvittavana tukena" asiakkaille, jotta he voivat toteuttaa tulevaisuuden suunnitelmiaan. Evers ym. (1997) suosittelevat määrittelemään asiakaslähtöisyyden voimaantumisella sekä yksityisellä ja kollektiivisella osallistumisella esimerkiksi suoraan päätöksentekoon. Näiden tulee poiketa asiakastyytyväisyyslomakkeiden täyttämistä ja laadun määrittelyn tulee jatkua laajalla joukolla. (Evers 1997, 2.)

Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41) linjaa asiakkaan osallisuudesta omaan hoitoonsa asettaen vaatimuksia asiakkaan huomioimisesta sekä tämän subjektiudelle tilan ja vastuun antamisesta. Tällä pyritään edistämään päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Palveluista linjataan, että ne tulee järjestää henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella ensisijaisesti avohuollon toimenpitein niin, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Pohjola (2010, 57) kysyy, kuka määrittelee, milloin asiakkaan subjektiutus toteutuu ja kenen määrittelemillä tavoitteilla. Suomalaisen sosiaalipolitiikan periaatteena oleva voimaantuminen on jotain enemmän kuin asiakaslähtöisyyttä, mikä konkretisoi asiakkaiden äänen kuulemisen ja sille paikkojen luomisen palveluissa (Toikko 2006).

Tarkoituksena asiakaslähtöisyyden korostamisella lienee taata paremmat palvelut tulevaisuudessa, mutta periaatteen toteutuminen vaatii paljon paitsi palveluilta myös asiakkailta. Asiakkaan aseman korostuminen on siirtänyt vastuuta palveluiden käyttäjille itselleen, kansalaisille (Virtanen ym. 2011, 16; Hokkanen 2013, 56). Asiakkailta vaaditaan aktiivista roolia - oma-aloitteisuutta ja toimintakykyä - mikä ei kaikille palveluiden piiriin tulijoille ole itsestään selvä asia (Piirainen 1999; Kettunen & Möttönen 2011, 57). Asioiminen vaatii tiettyjä kykyjä, joita moniongelmaisilla asiakkailla ei välttämättä ole (Kettunen & Möttönen 2011, 62). Asioimisen kyvyt korostuvat avomuotoisuuteen painottuvassa palvelutarjonnassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20). Avohoidossa käydään pitkään ja se tuntuu työtappoisen soveltuvan sitoutumiseen, asioimiseen ja sosiaalisuuteen (esimerkiksi ajanvarauskäytännöt) pystyville asiakkaille (Kaukonen 2004, 49).

Päihdeongelmallisille tyypillistä on usein erilaisten ongelmien kasautuminen. Huono-osaisimmilla päihdeongelmallisilla on vieläpä riski jäädä riittävien palveluiden ulkopuolelle muuttuvilla markkinoilla (Kaukonen 2004, 55), sillä heillä omien etujen valvonta ja taidot

asioita palvelussa ovat vaillinaisimmat. Kaipion (2004, 36) mielestä yksilölliset tarpeet ja tilanteet tulee ottaa huomioon hoitomuodon valinnassa ja hoitosuunnitelmassa, sillä päihderiippuvuuden hoidossa ei ole olemassa kaikille sopivaa muotoa. Yksilöllinen tuki on tarpeen oikean hoidon ja tehokkuudenkin nimissä. Jos asiakaslähtöisyys haastaa asiakkaat, ei se ole itsestään selvää myöskään ammattilaisille. Minna Mattila-Aalto (2013, 403) kysyy, miten asiakkaan toimijuudelle annettaisiin parhaiten mahdollisuus rakentua hoitoon hakeutumisen alussa tehtävässä kuntoutussuunnitelmassa ja, miten kerätä tieto kuntoutujan sitoutumisen edellytyksistä. Jotta asiakas voi sitoutua palvelun tavoitteisiin, hänen tulee asiakaslähtöisyyden nimissä ymmärtää, mihin tarpeisiin ne vastaavat (Vilén, Leppämäki, Ekström 2002, 52). Tarpeiden määrittelyssä asiakkaalle konkreettisempaa olisi tavoitteen sijaan suunta-sanan käyttö (Pohjola 2010, 45).

Enää asiakkaita ei nähdä niinkään toimenpiteiden kohteina, vaan kuntoutus painottaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta, asiakaslähtöisyyttä ja suunnitelman merkitystä. Edelleen vaarana on, että asiakkaat ohjataan organisaation olemassaoleviin ja sen kannalta edullisiin kuntoutusmuotoihin kartoittamatta ihmisen todellisia edellytyksiä sitoutua niiden tavoitteisiin. Haasteena on, että asiakkaan näkemyksiä tärkeämpää on edelleen toiminnan toteuttamisen hyväksi havaitut käytännöt ja stereotyyppiset näkemykset päihdeongelmien käyttäjistä. Ennen kuin asiakas voi rakentaa kuntoutussuunnitelmaa tai osallistua sellaisen tekoon, hänen on löydettävä syy, miksi alkaa ratkaista päihdeongelmaansa. Ulkopuolelta tuotetut suunnitelmat ja velvoitteet ovat hyödyttömiä, jos kuntoutujan omat perustelut niiden puolesta puuttuvat. (Mattila-Aalto 2013, 403–404.)

Organisaatioiden tulee miettiä, miten toteuttaa asiakaslähtöisyyttä omilla resursseillaan (Työntekijähaastattelut 9/2012). Palvelun järjestäjän ja rahoittajan on ratkaistava, miten asiakaslähtöisyyttä toteutetaan työntekijöiden ja asiakkaiden välillä (Piirainen 1999, 10) sekä suhteessa organisaatioon. Gabrielle Verbeek (1997, 132) pukee näiden kolmen tahon intressien vuorovaikutuksen kolmioksi, jossa kaikkien intressien erilaisuus voi aiheuttaa ristiriitoja. Asiakkaiden toiveet eivät välttämättä kohtaa ammatillisia normeja. Tilanne vaikeutuu entisestään, jos asiakkaan toiveet eivät vastaa organisaation työskentelyrutiineja. Verbeek kysyy, milloin hoito on hyvää: silloin, kun asiakas saa pyytämänsä vai, kun ammattilainen saa annettua parhaaksi katsomansa. (Verbeek 1997, 130–132.) Verbeekin kanssa samaa pohtivat Sovatekin työntekijät (Työntekijähaastattelut 9/2012).

Jotta päihdeongelmaisen kuntoutuminen olisi mahdollisimman pysyvää ja kokonaisvaltaista, asiakkaan oma osallistuminen kuntoutukseen on tärkeää. Asiakkaan roolia pyritään edistämään monin tavoin esimerkiksi korostamalla osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden subjektiivista nostavia toiminnan periaatteita. Mattila-Aallon (2013) mukaan kuntoutuksen kokonaisuutta tarkasteleva päihdehuollon sosiaalityö voi näkökulmansa avulla ratkaista asiakkaan sitoutumiseen liittyviä ongelmia ja edistää asiakkaan toimijuuden laajentumista muuhun elämään palvelun ulkopuolella. (Mattila-Aalto 2013, 404.) ”Ihminen itse on oman elämänsä toimija ja sen paras asiantuntija”, mistä syntyvä asiakkaan arjen asiantuntijuus tekee hänestä elintärkeän osan palveluprosessia (Pohjola 2010, 27).

Subjektiivisuuden oppiminen palvelussa vahvistaa toimintakykyä todennäköisesti myös palvelun ulkopuolella. Pohjola (1997) näkee tärkeäksi ihmisen tarkastelun kokonaisuutena, jotta ihminen saa muutkin elämänalueensa kuntoon päihdeongelman lisäksi. Kuntoutuksessa yksilöitä ja heidän toimijuuttaan tulee tarkastella psyykkisen ja sosiaalisen kautta vuorovaikutuksellisissa prosesseissa unohtamatta fyysisyyttä. Tällainen ihmisenäkemyks korostaa kokonaisvaltaisen tuen tarvetta. (Pohjola 1997, 265–266). Kokonaisvaltaisen tuen tarjoaminen edellyttää asiakkaan sitoutumisen perusteiden huolellista jäsentämistä. Tämä on hidasta työtä, eikä organisaatioiden toimintatavoissa ole edellytyksiä tällaiseen asiakaslähtöiseen työhön tehokkuuden ja nopeuden vaatimusten keskellä (Mattila-Aalto 2013, 404; Työntekijähaastattelut 9/2012). Asiakaslähtöisyys on käytännön kuntoutuksessa lähtökohta ja periaate, mutta sen toteutuminen tapahtuu työn mahdollistamissa rajoissa.

2.4 Alkoholin ongelmakäytöstä toipuminen prosessissa

Alkoholin ongelmakäytöstä toipumiseen luodaan raamit ja resurssit valtion alkoholipolitiikalla ja päihdehuollolla. Erilaiset hoitomuodot kohtaavat monenlaiset kuntoutujat. Päihteidenkäytön syynä on usein erilainen pahoinvointi, jolloin käyttöä ehkäisevänä voidaan nähdä hyvinvoinnin lisääminen ehkäisemällä ja korjaamalla huonovointisuutta - käytännössä tarjoamalla esimerkiksi tukiverkkoja (ks. Sulkunen, Rantala, Määttä 2003, 108–113). Tyypillisin ongelmakäyttäjät ei ole totuttu ”rantojen mies”

vaan tavallinen työssäkäyvä ihminen, jonka liiallinen juominen alkaa vaikuttaa muuhun elämään. Ongelma voi kehittyä pitkäänkin ennen hoitoon hakeutumista. Silloinkin toipujan oma tahto kuntoutua voi olla vielä löytymättä haastavien muutosten edessä.

Taulukossa 1 (ks. 2.0) kuvatun riskikäytön lopettaminen vaatii tiedonsaantia terveyshaitoista ja -riskeistä. Muutos on vaikea, mutta ammattilaisten ja läheisten tuella sekä sopivien keinojen löydyttyä mahdollinen. Haitallista käyttöä ei nähdä varsinaisesti sairautena, mutta lopettaminen vaatii ammattilaisten tuen. Jos lopettaminen ei onnistu, voidaan epäillä riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on vaikein alkoholin ongelmakäytön muoto, johon liittyy juomisen hallitsemattomuus ja kykenemättömyys haittojen estämiseen, vaikka yrittäisi. Edellä kuvattu jako helpottaa riskien kartoittamista ja sopivan hoidon löytämistä, vaikka luokat eivät käytännössä aina ole selkeitä. Käyttäjät voivat liikkua luokkien välillä ja käytön yksilöllisten piirteiden takia ongelman määrittely yksiselitteisesti ei useinkaan ole mahdollista. (Aalto 2013, 7–9.) Asiakkaan ja kuntoutumista tarjoavan tahon välille voi syntyä ongelmia silloin, kun palvelut pyrkivät selvään ja yhdenmukaiseen kohteluun, joka ei huomioi asiakkaiden yksilöllisiä tilanteita (Pirainen 1999, 11).

Päihdeongelma ja sen hoito ovat uudenaikaiseen elämään oppimisen ongelma (Kaipio 2004, 39) ja sinänsä suuri haaste kenelle tahansa, vaikka addiktiosta vapautuminen merkitsee usein elämänlaadun olennaista parantumista (Koski-Jännes 1998, 230). Yksilöiden välisen ainutlaatuisuuden ja toipumisen polkujen yhteisten piirteiden ohessa kullekin reitille on löydettävissä erityisiä piirteitä, jotka ovat ominaisia juuri sille tavalle toipua. Käytännön hoitotyössä hoitoa kohdennettaessa ja alkoholistin toipumispääoman arvioimisessa on syytä tarkastella asiakkaan muutosvalmiutta, alkoholiongelman vaikeustetta, pystyvyysodotuksia ja uskomuksia hoidon merkityksestä omalle toipumiselle. Hoitoon hakeutuminen on järkevää tulkita asiakkaan tosiasialliseksi tarpeeksi saada tukea omalle toipumiselleen. (Kuusisto 2010, 9.)

Kuusiston (2009, 37) mukaan merkittävä asia toipumisen alulle ja jatkossa juomisen hallinnalle on, että ihminen pystyy myöntämään itselleen, ettei selviä yksin riippuvuuden kanssa. Koski-Jännes (1998) huomauttaa, että riippuvuudesta irtautuminen vaatii tiedon, että on riippuvainen. Tämä muistuttaa itselle myöntämistä, mutta aloite voi tulla myös oman itsen ulkopuolelta. Riippuvuudelle on oma kriteeristönsä (ks. 2.0), mutta käyttö

voidaan kokea ongelmaksi ja avuntarve myöntää ilman kriteerien täyttymistäkin. Samalla hetkellä otetaan ensimmäinen askel toipumisen tiellä. Hoitoon hakeutuminen osoittaa myönteisyyttä hoitoa kohtaan, mikä on väline käsitellä omaa päihdeongelmaa. (Kuusisto 2009, 32–34.)

Toipumisen onnistumista ennakoivat omien verkostojen laatu ja riippuvuuden voimakkuus (Saarnio 2004, 287–299). Hoidon kyky vastata yksilöllisiin tarpeisiin nähdään rajallisena -virallisiin hoitokontakteihin rajoittuvana (Kuusisto 2010, 273-274). Yksilön oma verkosto ja elämä hoidon ulkopuolella tulevat tällöin merkityksellisiksi. Ruisniemi (2006) liittyy päihderiippuvuudesta toipumiseen minäkuvan ja identiteetin muutoksia, jotka viittaavat kokonaisvaltaiseen muutokseen. Muutoksen alkupiste on AA-laisissa toipumiskertomuksissa usein pohjan saavuttaminen (Hänninen & Koski-Jännes 1999, 1840). AA-toimintaan osallistuneita miehiä 1950-luvulla tutkinut E.M. Jellinek kehitti hevosenkenkä-kuvioisen mallin (u-muoto), jonka mukaan alkoholismi johtaa progressiivisena sairautena kohti pohjaa. Varrella on useita toipumisen mahdollisuuksia ennen saavutettavaa pohjakosketusta (Myllyhoito 28.10.2014). Hoidon avulla hevosenkengän toinen puoli johtaa pinnalle ja raittiuteen. Malli ei ota huomioon, missä järjestyksessä toipujat kulkevat eri vaiheiden kautta. (Mäkelä R. 1998, 156–157.) Mallia soveltaa esimerkiksi Myllyhoito (28.10.2014).

Koski-Jännes (1998) esittelee riippuvuudesta irtautuneiden tarinoita, joissa itse kukin on keskeisessä asemassa riippuvuutensa määrittelyssä. Jonkun toisen riippuvuus ei välttämättä toiselle täytä riippuvuuden merkkejä. Myös jokin taho, esimerkiksi Anonyymit alkoholistit (AA) voi antaa ”diagnoosin” eli tiedon riippuvuudesta. 'Alkoholisti' on nimi koetulle pahalle ololle, minkä ymmärtämisen jälkeen termistä ja tilasta voi alkaa irtautua juomisen hallintaan. On tärkeää sisäistää, että alkoholismi on pysyvä sairaus, vaikka alkoholista pääsisikin eroon, mikä on hyvin AA-lainen näkemys. Koski-Jänneen (1998) informanteja yhdisti alkoholin välttely, mutta elämä muutoksen jälkeen sisälsi retkahduksia. Muutoksessa tärkeää riippuvuudesta irtautumisessa oli käyminen AA-ryhmissä, sosiaalinen vuorovaikutus ja omien ajattelutapojen muokkaus. (Koski-Jännes 1998, 105–106, 227–228.)

Muutos on prosessimainen. Siinä erilaiset vaiheet ja tapahtumat kietoutuvat toisiinsa. Tämä tapahtuu vähitellen tai nopeampana erilaisten elämäntapahtumien ohjaamana muutoksena.

Toipumisreitti määrittyy toipumistapahtumassa, mutta sitä kohti kuljetaan eri tavoin ja muutos on eriasteisesti sattuman ja tarkoituksenmukaisen harkinnan tulos. (Kuusisto 2010, 276; Väyrynen 2012, 272; Myllyhoito 28.10.2014.) Muutokseen vaaditaan kypsymistä ja se tapahtuu toipumisen pitkällä oppimispolulla, joka on kullakin hyvin omannäköisensä (Kuusisto 2010, 216, 278). Matka tuottaa lisääntyneitä kykyjä ja itsetuntemusta selviytyä ongelmallisista tilanteista. Yleisesti käytetty muutosta ymmärtävä työkalu on Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemalli, jossa riippuvuudesta toipumista kuvataan esiharkinnan, harkinnan, valmistelun, toiminnan ja ylläpidon kautta (ks. esim. Kuusisto 2010, 35–38; Terveyskirjasto 2014b).

Toipuminen ylipäänsä vaatii erilaisen asenteen muodostumista. Kaikilla toipujilla merkityksellisinä asioina toipumisessa voi pitää psyykkisiä prosesseja kuten muutoksia ajattelutavassa ja pystyvyysodotuksissa. Voidaan puhua oman suhteen muuttumisesta alkoholiin nähden, mikä heijastuu pystyvyysodotusten muutoksena. (Kuusisto 2010, 64.) Muutokseen liittyvät arvostavampi kokemus itsestä, persoonallisen identiteetin vahvistuminen, elämänhalun ja itseluottamuksen lisääntyminen ja myönteisempi suhtautuminen muihin (Ruisniemi 2006, 144–145, 238–241, 245–246). Muutoksessa hallintaan on olennaista psyykkinen siirtymä, käänne tai uuden näkökulman kiteytyminen suhteessa omaan elämään hoidon ulkopuolella. Joillekin muutos oli oman riippuvuuden tajuaminen, toiset tajusivat riippuvuutensa vasta jälkikäteen, jolloin havainto auttoi pysymään valppaana ja välttämään retkahduksia. (Koski-Jännes 1998, 229.)

Addiktiivisen toiminnan lopettaminen merkitsee perustavanlaatuisia murrosta elämässä, mihin liittyvät muutokset arvoissa ja minäkäsityksessä (Koski-Jännes 1998, 229–230). Osa joutuu työskentelemään juomisen lopettamisen ja muutoksen ylläpidon kanssa enemmän, mutta tien päässä odottaa parhaimmillaan toipuminen, tyytyväisyys arkeen raittiina ja ihmisarvoinen elämä (Kaipio 2004, 37; Kuusisto 2010). Alkoholin käytön hallinta saa aikaan kehämäisiä vaikutuksia, joiden myötä mahdollistuu paluu sosiaaliseen ja arjen osallisuuteen. Elämänlaatu paranee kaikilla elämän osa-alueilla. (Kuusisto 2010, 273-274.)

Toipuminen on mahdollinen, vaikka vähän tunnettu pitkäaikainen prosessi, joka ei yleensä etene suoraviivaisesti. Sitä on edellä kuvattu myös muutoksena ja riippuvuudesta vapautumisena. Toipumisessa riippuvainen on osallinen ja vapautuu ongelmansa yläpuolelle (Best, Gow, Taylor, Knox, White 2011). Toipuminen itsessään on huonosti

määritelty termi ja siksi ongelmallinen (Laudet 2008, Kuusisto 2010). Prosessia kuvaa ennemmin jatkuvuus kuin tiettyyn hetkeen rajoittuva virstanpylväs (Best et al. 2011). Päihteistä irrottautuminen voidaan nähdä prosessina, jossa retkahdukset, pitkä tie ja toistuva hoito kuuluvat asiaan. Olennaista prosessissa ovat päihdekuntoutujan sitoutuminen ja toimijuus (Mattila-Aalto 2013).

Vasta kun juominen ja koetut negatiiviset seuraukset nousevat hyötyjen rinnalle tai ohi, toipuminen nousee vaihtoehdoksi juomisen jatkamiselle. Päihdekuntoutuminen voi käynnistyä, kun toipuja kokee käyttökierteen katkaisun riittävän arvokkaana asiana oman toimintakykynsä palautumiselle. (Kuusisto 2010, 36, 276.) Teela Pakkasvirran (ym. 2009) mukaan riippuvaisia voi heidän oman kertomansa mukaan auttaa vain, jos he itse antavat auttaa itseään - suurin osa on mielestään itse vastuussa elämästään. Heitä voi auttaa prosessissa ja kieltäytymään päihteistä esimerkiksi juttelemalla tarpeista. Hyödyllisimpiä ovat psykologinen ja sosiaalinen apu sekä muutokset omassa fyysisessä tilassa. (Pakkasvirta ym. 2009, 39–41.)

Prosessi vaatii kriittistä itsereflektiota, jossa korostuvat kertomisen ja vertaistuen merkitykset (Törmä 2011, 212.) Mattila-Aalto (2013) lisää päihdekuntoutukseen hakeutumisen ja siihen sitoutumisen perustoiksi henkilökohtaisen kokemuksen toimintakehyksestä, yhteisen kommunikoinnin ja muut henkilöt, joilla on vastaavia ongelmia, pyrkimyksiä ratkaista ne tai asiantuntemusta päihdesuuntautuneesta elämäntavasta. (Mattila-Aalto 2013, 398–399.) Sosiaalisella elämäntilanteella eli hoidon ulkopuolisella seuralla, tekemisellä (Lahti & Pienimäki 2006, 137) ja arjen rutiineilla on merkitystä. Ne auttavat sietämään toipumisen hallinnan haasteita. Saavutettava raitis minäkuva auttaa pysymään erossa juomisesta (Holmberg 1995).

Henkilökohtaisuudesta huolimatta päihdekuntoutujien perustelut toipumiseen sitoutumisesta ovat samankaltaisia. Toipumisen ylläpidossa tärkeitä ovat työläinäkin sosiaaliset suhteet, joita päihdekuntoutus tarjoaa. (Best et al. 2011; Mattila-Aalto 2013, 398–400). Toipumisen monia tapoja yhdistää käyttäjän vapauttaminen syyllisyyden tunteesta. Toipumisessa tapahtuu muutos käyttäjän suhteissa toisiin ihmisiin ja käyttäjä voi oppia olemaan sosiaalinen, itsenäinen, kertomaan tunteistaan, saamaan hyväksyntää ja ottamaan vastuuta (Hänninen & Koski-Jännes 1999, 1840.) Lisänä lääkehoito voi parantaa psykososiaalisen hoidon tehoa (Hyytiä & Alho 2009, 84).

Toipumistyötä hidastaa päihteiden väärinkäyttöön liittyvä moraalinen painolasti, mikä näkyy yleisimmin retkahduksina. Ne kasauttavat käytön negatiivisia seurauksia, joita toipumiseen tarvitaan. Kuusisto (2010) näkee retkahduksissa tien avautumisen oman itsen tuntemiselle, mikä puolestaan avaa mahdollisuuden pysyvämpään raittiuteen. Myös Mattila-Aalto (2013) näkee tämän päihdehuollon yhden suurimman pulman eli kuntoutuksen toistuvan keskeytymisen ja käytön uusiutumisen osin hyvänä asiana. Päihdeongelman uusiutuminen tuo ihmiset yhä uudestaan palvelun piiriin, jolloin päihdekuntoutujan uran prosessimainen rakentaminen tulee mahdolliseksi. (Mattila-Aalto 2013, 398–399.)

3 VERTAISTUKI

Edellä on esitelty alkoholiongelmaa sekä siitä toipumisen tapoja ja piirteitä. Sosiaalinen verkosto, osallisuus ja itsemäärääminen ovat merkittävässä roolissa alkoholiongelmasta toipumisessa ja siksi niitä erityisesti tukevat hoitomuodot, vertaistuki ja yhteisöhoito, ovat esillä tässä luvussa. Luvussa tarkastellaan myös niiden roolia osana vapaaehtoistoiminnan ja ammatillisen palvelun järjestämisen kenttiä.

Vertaistuesta tuli vakiintunut sosiaali- ja terveysalan toimintamuoto 1990-luvun puolivälistä lähtien, mitä siivitti pitkälle professionalisoitujen hyvinvointipalveluiden kylläntymisvaihe (Hyväri 2005, 214, 216). Tätä ennen hyvinvointivaltion erikoistuneen ammatillisen auttamistyön palvelujärjestelmän rakentamisvaihe asetti vapaaehtois- ja vertaistoiminnan toisarvoiseen asemaan (Hokkanen 2003, 255). Sittemmin niukentuneet resurssit ovat edistäneet keskustelua hyvinvointivaltion hoitamien, alkujaan kansalaisyhteiskunnassa syntyneiden ja hoidettujen tehtävien, järjestämisestä osittain kansalaisjärjestöjen tuella (Toikko 2006, 15). Hyvinvointipalveluiden järjestämisessä etsitään vaihtoehtoisia tapoja tuottaa ja/tai toimia rinnakkain yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa (Nylund 1996, 194; 2005, 195). Muutokset hyvinvointipolitiikassa ovat tuoneet vapaaehtois- ja vertaistoiminnan näkyväksi uudella tavalla. Muidenkin kuin julkisten toimijoiden vastuunkantoa odotetaan kansalaisten tarvitseman tuen aikaansaamiseksi sekä kokonaisvaltaisen avun ja yhteistyön osajan luomiseksi. (Hokkanen 2003, 255.)

Järjestöjen toiminta nähdään yhtenä mahdollisuutena julkisten palveluiden vähentämiseksi, mikä on saanut kansalaiset, päättäjät ja tutkijat keskustelemaan ammattilaisten ja vapaaehtoisten työnjaon vastuista ja velvollisuuksista (Nylund & Yeung 2005, 13). Harri Vertio (2003, 59) kutsuu tätä vastuun uusjaksi sosiaalisten ja yhteiskunnallisten instituutioiden kesken. Eri sektoreilla kansalaisten asiantuntijuuden merkitys on kasvanut. (Vertio 2003, 59.) Vertaisohjaamisen levittämiseksi on käynnissä esimerkiksi valtakunnallinen Avita kaveria – ryhdy vertaisohjaajaksi -hanke (Kansalaisareena 14.10.2014). Tarkoitus on oikean suuntainen, mutta suhteutettuna julkista sektoria alas ajavaan yhteiskuntapolitiikkaan tästä juontuu pelkoja ammatillisen työn vajeiden korvaamisesta vapaaehtoistyöllä. Toistaiseksi vapaaehtoiset toimivat useimmiten perhettä,

sukulaisia tai ystäviä muistuttavissa rooleissa. (Laimio & Välimäki 2011, 19.) Tällöin he täyttävät oman paikkansa suhteessa ammatilliseen työhön täydentäen palvelujärjestelmää erityisesti hiljaisen tiedon asiantuntijoina (Vertio 2003, 61; Omaiset mielenterveystyön tukena ry 2006 Aution & Rauhalan 2010, 17 mukaan).

Vapaaehtoistoiminnan muotona vertaistuki ei ole ollut täysin irrallista virallisesta palvelujärjestelmästä (Hyväri 2005, 217). Pitkästä historiasta huolimatta vertaistuen legitimitetti julkisen järjestelmän osana ei ole aivan selvä. Vertaistukiryhmän tarjoamaa apua on esimerkiksi vaikea hyväksyä lääkehoidon vaihtoehdoksi. Lisäksi toiminnassa syntyvät kehitysideat auttamisjärjestelmän kehittämiseksi voivat kadota ammatillisuuden vastuiden sekaan. (Hyväri 2005, 218, 228.) Toimijoiden yhteistyön selkeyttämiselle on tarve varsinkin, kun vertaisuuteen perustuva toiminta on vahvistunut sosiaali- ja terveysalalla vuosituhaten vaihteesta. Tästä voidaan päätellä ihmisillä olevan tarve kokemusten jakamiseen ja tiedon saamiseen muilta samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta. Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavimman ryhmän, eli päihteidenkäyttäjien, vertaisuudesta on kuva poissuljettuina yhteiskunnasta. (Nylund 1996, 194; 2005, 195.) Kuva ei täysin vastaa todellisuutta (ks. luku 5).

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyöryhmä (2009) nostaa esiin kokemusasiantuntijuuden merkitystä ja roolin kasvattamista palveluissa. Entiset ja nykyiset toipujat voivat antaa tukea sekä auttaa kehittämään ja parantamaan toipumisen palveluita (Best et al. 2011) vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeisiin. Ammatillisuuteen liittyvät työn periaatteet, tavat ja teoriat ovat asiakkaan apuvälineitä, eivätkä normatiivisia ohjenuoria (Hyväri 2001, 286). Kun ammattilaiset ja kokemusasiantuntijat vuorovaikuttavat, molemmat voivat hyötyä dialogin kautta (Hyväri 2001, 286; Vertio 2003, 59–61). Asiakaslähtöisyyden yhtenä kriteerinä voidaan pitää tarpeisiin vastaamista. Asiakaslähtöisyyden tavoitteluun kuuluva palveluiden laadun ja vaikuttavuuden arvioiminen on lisääntynyt viime vuosina myös järjestöissä, ja myös vertaisuuden hyötyjä pyritään mitallistamaan. Eri toimintojen vaikuttavuuden arvioinnissa on erilaiset haasteensa, jotka tulisi ottaa huomioon toiminnan luonteen ja erilaisina arviointikriteereinä. Joillakin toimialoilla, kuten vertaistuen tuloksellisuuden arvioinnissa, on paikallaan Murron (2003, 69) mukaan ottaa huomioon pehmeämmät kriteerit. Näitä ovat esimerkiksi ihmisten subjektiiviset kokemukset, elämän inhimillisyyden korostaminen ja suuremman kurjuuden ehkäiseminen.

Tämän vuosituhannen tutkimusteemoja sosiaali- ja yhteiskuntatieteiden vertaistuen koulukunnassa ovat olleet esimerkiksi arvot, kohtaaminen, osallisuus, vaikuttaminen, vastavuoroisuus, voimaantuminen ja yhteisöllisyys (Nylund 2005, 197). Vertaisryhmien laadullinen tutkimus on syventänyt vertaistuen, vastavuoroisuuden ja kokemusten ymmärrystä (Hyväri 2001). Pohjoismaissa on tutkittu useimmiten alkoholiriippuvuusryhmiä (AA-ryhmät) sekä fyysisten ja psyykkisten sairauksien ryhmiä (Nylund 2005, 199). Tässä luvussa halutaan tarkastella vertaistukea ja sen voimaa erilaisissa ryhmissä, mukaan lukien alkoholiongelmaiset.

3.1 Vertaistuen käsite

Vapaaehtoisuus ja vertaisuus ovat molemmat auttamisen muotoja. Vapaaehtoisuus voidaan erottaa vertaisuudesta siten, että vapaaehtoisuus perustuu mukana olevien ihmisten erilaisiin lähtökohtiin ja vertaisuus samankokeneiden ihmisten kohtaamiseen (Hokkanen 2003, 254) ilman valmiita asiakasrooleja tai muita identiteettimäärittäjiä (Hyväri 2005, 214). Vertaistuella tarkoitetaan ”kohdattujen vaikeuksien, kuten sairauksien, menetysten ja vaativien elämäntilanteiden keskinäistä jakamista“ vertais-, vertaistuki- (Hyväri 2005), itseapu-, läheis-, keskinäisen tuen tai oma-apuryhmissä (Nylund 1996; 2005, 196).

Vertaistuki nähdään usein jonkinlaisena sosiaalisena tukena tai sen erityismuotona, joka pohjautuu kokemukselliseen tietoon (Stengård 2007, 166; Jantunen 2008, 20), tasavertaisuuteen sekä omaehtoiseen ja yhteisölliseen tukeen. Tuki ilmenee ihmisten, joita yhdistää ”jokin sosiaalisen tuen tarvetta lisäävä ja yhteiskunnan poikkeavaksi määrittelemä kohtalonyhteys”, kesken. (Vuorinen 1998, 147 Aution & Rauhalan 2010, 17 mukaan.) Vertaistukiryhmä tarkoittaa toisten tukemiseen ja auttamiseen tähtääviä vastavuoroisia suhteita, joissa yhdessä käsitellään osallistujien samankaltaisia kriittisiä tai kriisiytyneitä elämäntilanteita omakohtaisia kokemuksia ja tunteita jakamalla (Hyväri 2005, 215; Nylund 2005, 203; Stengård 2007, 166; Jantunen 2008, 20). Ryhmät voidaan nähdä poliittisina, koska osallistujat määrittelevät itse puheenaiheensa ja vuorovaikutuksensa tavat (Hyväri 2005, 222). Luonteestaan huolimatta vertaistukea ei tule pitää terapiasuhteena, jossa ajallinen kesto ja osallistujien roolit ovat ennalta määrättyjä (Hyväri 2005, 219).

Vertaisryhmä on muita laajempi käsite ja voi tarkoittaa sellaista vertaistoimintaa, jossa tuki ja auttaminen eivät ole yhteisöllisyyden ydin. Niissä kriittisiä ja kriisiytyneitä elämäntilanteita käsitellään yhdessä ja samalla voi syntyä ystävyyssuhteita. (Hyväri 2005, 214–215.) Vertaisryhmä on käytäntöyhteisö (engl. community of practice), joka vastaa osallistuvien tarpeisiin (Hakkarainen, Palonen, Paavola 2002, 448–464). Oma-apuryhmäläisiä yhdistää yhteinen ongelma tai elämäntilanne. Ryhmäläisiltä löytyy halu jakaa kokemuksiaan, minkä avulla pyrkii ratkaisemaan tai lieventämään omaa ongelmaansa ja elämäntilannettaan (Nylund 1996, 194). Tarkoitus on jakaa kokemuksia, saada tukea itselle ja auttaa muita, eikä keskittyä vain omaan tilanteeseen (Nylund 2005, 203; Kuusisto 2009, 38). Yksilölliset edut toteutuvat ryhmän avulla, kun ryhmä puskuroi esimerkiksi päiheteetöntä elämänhallintaa uhkaavia ympäristön elementtejä sivummalle (Mattila-Aalto 2013, 400, 402).

Vertaisuuteen kuuluvat vahvasti yhteisyys ja jakaminen sekä erilaisuuden kunnioittaminen (Hokkanen & Astikainen 2001, 51–52). Vertaisryhmä voi toimia tukena jaksamisen ja elämän mielekkyyden säilymisen kannalta esimerkiksi pitkittyneessä sairaudessa, laajentamalla sosiaalista verkostoa (Stengård 2007, 166). Vaikeassa elämäntilanteessa ryhmä voi olla äärimmäisen tärkeä paikka, johon kokoonnutaan ajoittain vaihtamaan näkemyksiä. (Vilén 2002, 272–274). Tapaamisista voidaan sopia spontaanisti vertaisten kesken tai järjestää säännöllisesti esimerkiksi kerran viikossa tai kuukaudessa. Osallistujat voivat olla ennestään keskenään tuttuja tai tuntemattomia. (Nylund 2005, 203.) Toimintaa kuvaa taustalla oleva ajatus sosiaalisen tuen tarjoamista mahdollisuuksista muutokseen sosiaalisella oppimisella.

Vertaistukiryhmä voi olla hyvä kehys elämäntapojen ja identiteetin muutokselle (Koski-Jännes 2004, 62 Kotovirran 2009, 174 mukaan). Jaettujen kokemusten kautta rakentuu silta yksityisen ja julkisen väliin, jota pitkin yksityisen ihmisen kokemuksellinen ääni pääsee kuuluviin. Tästä avoimuudesta syntyy kokemustodellisuutta. (Hyväri 2005, 222, 224.) Negatiivisena ääripäänä osallistujien yhteinen kokemusmaailma ja me-henki voivat liikaa korostuessaan peittää saman kokemuksen ilmenemisen erityispiirteet (Hokkanen 2003, 267) ja haitata avun saamista ryhmästä. Sosiaalisen tuen tausta-ajatus toimii oma-apuryhmille, vertaistuelle yleensä sekä nk. Minnesota-ryhmille ja Anonyymeille alkoholistelle. Näissä ryhmissä raitistuneiden alkoholistien läsnäolon uskotaan antavan kuntoutujalle myönteistä perspektiiviä tämän omaan alkoholi-ongelmaan.

Myönteinen perspektiivi voi ilmetä esimerkiksi intona ja kasvaneena itseluottamuksena, joita Randall Collins (2001) näkee seuraavan yksilön tuntemasta ryhmäsolidaarisuudesta ja tunteellisesta energiasta (*emotional energy*) yhteisöllisyydessä. Yhteisöllisyyttä voi syntyä tietynä aikana suosituksen ryhmän fyysisissä kokoontumisissa ja ryhmäläisten jaetussa tietoisuudessa yhdistävästä huomion kohteesta (esimerkiksi AA ja päihdeongelma). Kulloisenkin suosituksen ryhmätoiminnan menestys on rajallinen huomioiden sosiaalisten liikkeiden elinkaaren rajallisuuden. (Collins 2001, 28, 41.)

3.1.1 Ammatillisuuden ja vertaisuuden suhde

Vertaistoimintaa voidaan järjestää vapaaehtoisuuden tai ammatillisuuden pohjalta, millä viitataan lähinnä toiminnan järjestäjän tai vetäjän statukseen. Perinteisesti vapaaehtoistoiminta, myös sen vetäminen, ajatellaan antamiseksi, josta tekijän ei kuulu saada mitään. Tämä ajattelu on hiljalleen muuttumassa ja myös vapaaehtoisten jaksamisesta ja edellytyksistä tehtäväänsä pidetään parempaa huolta esimerkiksi keskustelemalla heidän motivaatiostaan, kouluttamalla heitä tehtäväänsä ja tarjoamalla työnohjausta. (Laimio & Välimäki 2011.) Vapaaehtoiselle ohjaajalle vertaisryhmän vetäminen on suuri vastuu, johon tulee saada tukea.

Eila Jantunen (2008, 52) ja Anne Laimio (11.3.2013) näkevät ohjaajan mukanaolon vertaistoiminnalle merkittävänä asiana. Paitsi tukea ja ohjausta, ryhmältä voidaan kaivata viihtyvyyttä ja yhteisöllisyyttä. Näiden synnystä vastuun voi viime kädessä antaa ammattilaisille (päihdeyksiköissä) (Juhila 2006, 131–132). Vertaisuus on ihmisten välisessä kanssakäymisessä niin vahva muoto, että sitä tulee arvostaa. Siitä tulee myös tuntee vastuuta ainakin näkemyksellisellä organisoimisella (Hokkanen 2003, 267.) Ohjaaja voi vähimmillään vastata yhteydenpidosta helpottaen muiden vastuuta kokoontumisista (Nylund 2005, 203).

Kun ammattilainen menetelmiseen on mukana, vertaistoimintaa voidaan kutsua psykososiaaliseksi hoidoksi (Aalto 2013b, 57). Hannu L. T. Heikkinen ja Rauno Huttunen (2008) löytävät vertaisuudessa eri tasoja. Eksistentiaalisella tasolla henkilöiden suhde on

symmetrinen eli samalla tasolla. Episteeminen taso kuvaa sisällöltään erilaisia tietoja, taitoja ja kokemuksia, jolloin suhde on epäsymmetrinen. Juridis-eettisellä tasolla jollain osapuolella voi olla enemmän lakeihin ja säädöksiin perustuvaa vastuuta. (Heikkinen & Huttunen 2008, 212.) Kyösti Raunio (2009) näkee sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän velvollisuudeksi käyttää asiantuntemustaan siten, että asiakas oppii näkemään omat vahvuutensa ja kehittymismahdollisuutensa huolimatta lähtökohtaisesti eri tasoisista suhteista. Antamalla asiakkaan käyttöön resursseja ja avaamalla mahdollisuuksia tämän ymmärrys omasta tilanteestaan kasvaa, mikä auttaa molempia etenemään. (Raunio 2009, 109.) Ammatillisen tuen antaminen onnistuu hyvin dialogisen työotteen kautta (ks. Vilén 2002, 87).

Ammattilaisten ja vertaisten roolien ja vastuiden pohtiminen on tärkeää niiden selkeyttämiseksi. Yksi jäsentämisen tapa on vastayhteisöllisyys, jolla voidaan nähdä kyky luoda hyvinvointipalveluissa kulttuurinen ja kielellinen kosketuspinta marginaaliinkin joutuneiden kanssa (Niemelä 2003, 119–120). Hyväri (2001) näkee tavassa merkittävänä kokemuksen politiikan (yksilöllisistä kokemuksista yhteisesti/yhteisöllisesti jaettu tulkinta), minkä Jorma Niemelä (2003, 119) haluaisi nähdä otettavan huomioon sosiaalipolitiikan toteutuksessa. Vertaistukitoiminnassa omat kokemukset ovat arvokkaita ja jopa rinnasteisia ammatillisen osaamisen kanssa, mutta tasavertaisuuden toteutumiseksi tulee tehdä jatkuvasti työtä (Hyväri 2005, 219). Myös vertaistukeen voi liittyä epädemokraattisuutta (Stengård 2007, 166). Vastayhteisössä eroja tuottavat tekijät ammattilaisten ja sivuun jääneen asiakasryhmän välillä voidaan ylittää. ”Vastayhteisöt ilmentävät uutta monipuolisiin vuorovaikutussuhteisiin perustuvaa hyvinvointiyhteisöllisyyttä”. (Hyväri 2005, 228.)

3.1.2 Vertaistuki apuna

Kirjallisuus kuvaa vertaistukea ihmisen omaa voimaa kasvattavana toimintana ja kuntoutumismuotona muiden vastaavassa tilanteessa olevien tai olleiden avulla. Tuki voi vastata kuntoutujien tarpeisiin monella tavalla ja olla siten asiakaslähtöistä. Vertaisuus kasvattaa yksilön voimia selviytyä erilaisista kriiseistä ja tuottaa muutosta (ks. esimerkiksi Jantunen 2008; Ketokivi 2009; Laimio 2011; Salonen 2010). Vertaistuella vapaaehtoistoiminnan muotona on voimaa tehdä murroksia ja muutoksia tarjoamalla

yksilöille ja yhteisöille merkityksiä sekä antamista ja saamista (Nylund & Yeung 2005, 13). Vaikka tavallisten ihmisten mahdollisuudet auttaa toisiaan elämänkriiseissä tulee nähdä mahdollisuutena (Mönkkönen 2005, 299), liian suuren vastuun antaminen vapaaehtois pohjaiselle toiminnalle on vaarallista. Julkisen päihdehuollon rinnalla vertaisryhmätoiminnan voimavaroina ovat kokemuksellisuus ja yhteisöllisyys (Törmä 2011, 213), jotka eivät korvaa ammatillista apua.

Kohtaamisissa toisten kanssa voi havaita muissa samankaltaisia piirteitä kuin itsessä. Havainnot ovat tärkeitä, jotta ihminen voi pitää yllä kuntoutumisessa tarpeellista motivaatiota ja positiivisia tunnetiloja (Vilén 2002, 272–274). Ryhmä tarjoaa samankaltaisten seurassa sosiaalisia suhteita, joissa Susanna Hyvärin (2005, 220–224) mukaan mahdollistuu muutos identiteettiä työstämällä. Aiemmin omaksuttuja käsitystapoja itsestä voi tutkia ja tarvittaessa muuttaa tarkastelemalla omia ja toisten kokemuksia sellaisina kuin ne ovat. Kokemukset hyväksytään uuden identiteettityön perustaksi ja osaksi elämänhistoriaa. Tosiasioiden tunnustamisen avulla voidaan päästä irti asiakkuusleimasta. (Hyväri 2005, 221–224; Juhila 2006, 132.)

Subjektin kehittymisen ja voimaantumisen kannalta tärkeää on kokemus osallisuudesta. Osalliseksi tullaan vertaistuen avulla prosessissa, jossa avaimena ovat luottamus, osallistava kanssakäyminen, ryhmään kuulumisen tunne, uusien tulijoiden vastaanottaminen ja vuorovaikutuksessa oleminen. Vuorovaikutuksessa tärkeää on keskinäisen välittämisen osoittaminen, kokemusten jakaminen puhumalla, kokemushistorian tarkastelu ja arjessa tukeminen. (Jantunen 2008, 54, 59, 75–76; Kotovirta 2009, 22–23, 163, 165.) Paulo Freiren voimaantumisteoriassa (*empowerment*) kriittisen tietoisuuden kasvu ja dialogi ovat avaimia auttamaan ihmisiä ajattelemaan, näkemään, puhumaan ja toimimaan itsensä hyväksi (Freire 1972). Hän haastaa ihmiset uskaltamaan olla vapaa eli ajattelemaan itse ja ammattilaiset tukemaan tätä kasvu.

Vertaistuen tuloksena voimaantuminen voi ilmetä tilan löytymisenä omille kokemuksille, kanssaeläjänä olemisen mahdollistumisena sekä luottamuksena omiin mahdollisuuksiin (Jantunen 2008, 4). Kati Wilska-Seemer (2005, 255–273) on tutkinut voimaantumista vammaisten naisten vertaisryhmissä ja kartoittanut sosiaalista, psyykkistä ja käyttäytymisen voimaantumista Marc Zimmermanin (1995, 582–593) yksilön psykologisen voimaantumisen ideoiden mukaisesti. Psykologinen voimaantuminen

tarkoittaa hallinnan tunteen ja hallintamotivaation kasvamista psyyken tasolla. Juha Siitosen (1999) määrittelemä sisäinen voiman tunne puolestaan vapauttaa omia voimavaroja. Sosiaalista voimaantumista vertaisryhmän avulla on lisääntynyt kokemus- ja asiantuntijatieto, kehittynyt vuorovaikutustaito, itseilmaisu ja uudet tuttavat. Psykkistä voimaantumista ovat yhteenkuuluvuus, itsetunnon ja oman identiteetin vahvistuminen (vammaisuus, naiseus). Käyttäytymisen voimaantumista kuvaa toiminta vertaisryhmässä omien tavoitteiden edistämiseksi, puolensa pitäminen ryhmän ulkopuolella ja omien asioiden hoitamisessa. (Siitonen 1999.)

Terttu Munnukka, Irma Kiikkala ja Katri Valkama kuvaavat äitien voimaantumista koetun vertaistuen kautta (2005, 246). Jaettu tuki antaa voimaa, tunnetta selviytymisestä sekä vahvistaa itsenäistä ja omaehtoista toimintaa. Ryhmien keskusteluissa yhdistyvät kokemuksellinen ja tieteellinen tieto ymmärryksen ja käytännöllisen tiedon antamiseen ja saamiseen. Hyvärin (2005) mukaan toiminta tulee merkittäväksi, kun kokemuksia ei ainoastaan kerrota tai tunnusteta, vaan ne jaetaan vuorovaikutteisessa kohtaamisessa. Henkilökohtainen kokemus luovutetaan toisten käyttöön, jolloin toiselta vaaditaan eläytymistä tilanteeseen – muuten kokemuksen jakamista ei tapahdu. Jotta vertaistuessa voidaan luoda auttavia suhteita, tarvitaan jaettu tila, jossa aktiivinen osallistuminen on mahdollista. (Hyväri 2005, 225.)

3.2 Vertaistuki alkoholiongelmasta toipumisessa

Alkoholinkäyttöä on tutkittu paljon ja vertaistukea jonkin verran, mutta näitä yhdessä vähän (ks. Liite 6 Hakujen tekeminen). Alkoholiongelman kentällä ollaan siirtymässä riippuvuuskeskeisyyden orientoimasta sekä kliinisistä ja sosiaalisista interventioista tiedonkäyttöön, joka perustuu elettyyn elämään ja pitkän toipumisen tuomaan tietoon. Erityistä tässä muutoksessa on ei-kliinisen vertaistuen rooli apuna tai vaihtoehtona erikoistuneelle ja ammatillisesti ohjatulle riippuvuushoidolle. (White, Evans, Arthur 2014.) Vertaisryhmä tarjoaa sosiaalisen piirin, jossa ymmärretään riippuvuuden luonne, kokemuksiin perustuva tuki ja neuvonta (Mäkelä & Aalto 2013, 52). Vertaisryhmät vähentävät tunnetta olemisesta yksin erilainen tai vaikeassa elämäntilanteessa (Törmä 2011, 166). Samalla itsetunto, ymmärrys tilanteesta ja elämänlaatu kohentuvat (Nylund

2005, 200).

Suurimmat toimijat vertaistuen järjestäjinä päihdekentällä ovat AA ja A-Kilta. AA:n toveriseuraa yhdistää halu lopettaa juominen ja A-Kiltalaisia päihdeongelmaton elämäntapa (ks. Kotovirta 2009). Näiden kahden tunnetuimman vertaistoimintaa päihderiippuvaisille järjestävän yhdistyksen ero ei ole suuri. (Mäkelä & Aalto 2013, 53.) A-Killan historia liittyy A-Klinikan asiakasyhdistykseen, mutta nykyisellään se toimii irti yhteydestään ammatilliseen hoitojärjestelmään (Kuusisto 2009, 38–39), kuten AA:kin. AA tarjoaa turvaa, jatkuvuutta ja moraalista tukea (Koski-Jännes 1998, 27). Riippuvuuden toteaminen yhdessä AA-ryhmässä käymisen kanssa johtaa todennäköisesti täysraittiuteen. Raitistuneille tyypillistä on raitistuminen pakon edessä tai, ettei alkoholiongelmaa todellisuudessa ollutkaan. (Saarnio 2009, 16; ks. myös Koski-Jännes 1998.) Myös Minnesota-malli voidaan lukea ”suurten” toimijoiden joukkoon. Se tunnetaan Suomessa nk. Lapuan mallina. Mainituissa käytetään myös henkilökohtaisia tukihenkilöitä.

Vertaisyhteisöjä tarvitaan, koska ne tukevat ihmisten selviytymistä ja lievittävät tai ratkaisevat voimavaroina (Nylund 1996, 194; 2005a, 195). ”Vertainen vertaiselle” voi olla riippuvaisten mielestä riittävää ja hyvää hoitoa (Pakkasvirta ym. 2009, 39–41). Vertaistuen merkitys näyttää syntyvän pitkälti yhteisen tavoitteen ympärille ja AA:ta kuvataan ”ryyppyporukan korvikkeena” (Kuusisto 2010, 246), joka antaa sosiaalisen verkoston vanhan tilalle, mutta pitää kiinni vanhan elämäntavan ihannoinnista. Onnistuvaan toipumiseen AA:n avulla vaikuttaa koettu riippuvuuden ongelma-aste, mutta on vaikea ennustaa, kenelle toiminnasta on hyötyä. On tärkeää, että hoito vastaa tarvetta. Ominaista AA:n vertaistuelle on vahva osallistuminen ja sitoutuminen. (Kuusisto 2010; 39–41, 65.) Ne ylläpitävät valppautta ja auttavat löytämään elämään sisältöä, jossa addiktion tuoma turva, lohtu ja unohdus käyvät tarpeettomiksi. (Koski-Jännes 1998, 233.)

Monien tutkimusten mukaan AA yhdistettynä viralliseen hoitoon voi aikaansaada merkittäviä vaikutuksia ja yksinkin se on parempi kuin ei interventiota ollenkaan (Walsh 1991; Ouimette 1999; Babor ja Del Boca 2003 Baborin ym. 2010, 220 mukaan). Samaa vahvistaa Kotovirran (2009) väitös huumeriippuvuudesta Nimettömissä huumeriippuvaisissa ja lisää rinnalle tarvittavan myös virallista hoitojärjestelmää. (Kotovirta 2009, 5; Jantunen 2008, 53.) Kotovirran (2009) huumeriippuvuudesta toipumista tutkinut väitös kertoo Nimettömät huumeidenkäyttäjät vertaistoimintaan

perustuvan ryhmän toimintaohjelman mukaisen elämäntavan noudattamisen tuovan muutoksia persoonassa, elämänasenteessa ja toimintatavoissa. NA:n toimintaohjelman noudattaminen poistaa huumeriippuvaisen pakkomielen käyttäen huumeita, mikä mahdollistaa raittiuden. Raittius huumeista tuo puolestaan mielekkyyttä ja mahdollistaa muita asioita: elämänhalun kasvamisen, ihmisen itsensä voittamisen, uskalluksen olla ja hyväksyä oma itsensä ilman häpeää. Raittius tuo myös tasapainoisen tunne-elämän ja tunteiden hallinnan. (Kotovirta 2009, 160–163.)

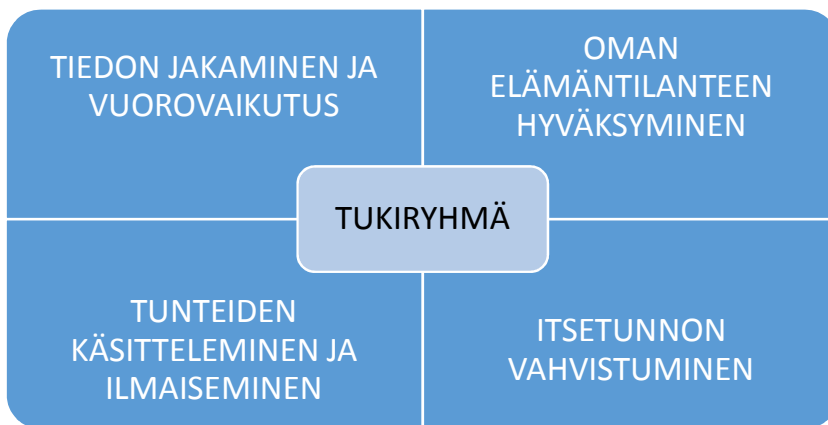
Kuusiston (2010) tutkimuksen alkoholiongelmasta toipuvat vertaisryhmäläiset (n=51) pitivät vertaisryhmiä niinkään merkittävänä omaan toipumiseensa vaikuttavina tekijöinä. He ovat raitistumishetkellä tai pian sen jälkeen aloittaneet itsensä hoitamisen vertaistuen piirissä ja jatkaneet sitä pitkään. Osa on ryhmiin osallistumisen sitemmin lopettanut, mutta he korostavat edelleen niiden merkitystä raitistumiselleen. Vertaistuen ja ammattiavun kautta toipumisen erottaminen toisistaan on hankalaa. Molemmat ovat erityistason palveluita, joiden käyttäjillä on kosketus molempiin. Karrikoiden vertaistuen avulla toipuneilla ajattelutavan muutos kiteytyy ajatukseen ”Yksin en onnistu, vaan tarvitsen apua ja voin sitä saada”. Professionaalisen hoidon piirissä olleiden asiakkaiden ajattelutapa kiteytyy ajatukseen ”Pystyn itse onnistumaan, mutta hyödynnän ne keinot, jotka ovat tarpeen”. Spontaanisti toipuneilla ajatus muutostilanteessa on: ”Olen valmis muutokseen ja teen sen”. (Kuusisto 2010; 75, 282.)

Päihdehuollossa keskeiset päihdeongelman, riippuvuuden, päihdesairauden ja siitä toipumisen, päihdehuollon vertaissuhteiden ja sisäisen kasvun vaatimukset, voivat asettaa asiakkaalle kovia sitoumuksia ja tehtäviä – ammattilaisen näkökulmasta turvallisia rooleja ja velvoitteita. Tällainen normien mukaan toimiminen voi viedä kuntoutujan kehittymiseltä tarvittavan tilan. Toisaalta pakot auttavat kuntoutujia etsimään päihteetöntä elämäntapaa tukevia asioita kuntoutuksen piirin ulkopuolelta jättämättä piiriä. Suurin osa elämästä kuuluu palvelun ulkopuolella, joten ”siviilissä” toipumista tukevat tekijät ovat kuntoutujalle tärkeitä. Tähdätessään päihdeongelman ratkaisuun palvelu, myös vertaistoiminta, voi sivuuttaa arkisessa elämässä tarvittavan tuen ja jaksamisen. Tällaista tukea on silloin löydettävä ihmisen omasta verkostosta, palvelun ulkopuolelta. Arkikäytännössä konkreettinen toiminta rajoittuu suurelta osin henkilökohtaisen päihdeongelman ratkaisemiseen ryhmätoimintana (Mattila-Aalto 2009, 127; 2013, 399–400, 402). Ihmisen muu elämä, suurin osa siitä, on palvelun ulkopuolella (Työntekijähaastattelut 9/2012).

3.2.1 Vertaistuki käytännössä

Aiemmissa luvuissa on viitattu alkoholiongelmaisiin marginaalisena ryhmänä, jossa elävien ihmisten ääni ei yleensä pääse kuuluviin. Koettu marginaalisuus antaa riippuvaisille yhteisiä elämäntilanteiden ja ongelmien kokemuksia, mitä vertaistuessa voi hyödyntää omaksi ja muiden avuksi esimerkiksi alkoholiongelmasta toipumisessa. Kokemukset yhdessä niihin liittyvän toisen tiedon kanssa tekevät riippuvaisista keskenään vertaisia (vrt. Hänninen ym. 2005).

Vertaistuen käytännön esittelyksi seuraavassa on erikoistuneen tuen malli vammaisten päihdeongelmaisten tukiryhmän elementeistä. Hyvin toimivassa ryhmässä tapahtuu toipumista edistäviä prosesseja, jotka tukevat ihmisen selviytymistä arjessa. (Jokela & Komu 2009, 92.) Mahdollisuus toisten tukemiseen puhumalla samaa kieltä, antamalla ja saamalla tukea vahvistavat elämänhallinnan tunnetta ja omaa selviytymisuskkoa (Stengård 2007, 166). Kuvio 3 kokoaa vertaistuen antamaa apua, jota on käsitelty tämän luvun alaluvuissa.



Kuvio 3. Tukiryhmän toipumista edistävät tekijät (Jokela & Komu 2009, 92).

Vertaisryhmä voi olla esimerkki toimivasta kuntoutusmuodosta, joka vastaa asiakkaista ainakin osan tarpeisiin (ks. esim. Kuusisto 2010). Vertaistoiminnan luonnetta muokkaavat ryhmän taustalla ensinnäkin yhdistävän asian yleisyys ja hyväksyttävyys. Toisekseen vertaisryhmään tullessa olevan elämäntilanteen akuuttius tai kesto. Kolmanneksi ryhmän

toiminnan organisoitumisen tapa (säännöllisyys, vetäjän olemassaolo, yhteydenpito tapaamisten välillä). (Hokkanen 2003, 268.) Asiakkaat hoitavat toisiaan omia kokemuksia jakamalla, toisia kuuntelemalla ja tulemalla kuulluksi - jopa ilman ammattiapua (Törmä 2011). Selvin päin pysyttelyä tukee moni asia toipumisen eri vaiheissa: kuntoutus, vertaistuki, liikunta, rukoilu, tukihenkilön apu. Keskeistä niille on, että itsensä hoitaminen syrjäyttää juomisen. (Törmä 2011, 183.)

3.2.2 Yhteisöhoito alkoholismien hoidossa

Esimerkkinä erilaisista hoidoista ja toipumisen tavoista tässä esitellään lyhyesti yhteisöhoito vertailukohtana vertaistuelle. Yhteisöhoito on yleinen termi monenlaiselle hoidolle, jonka tuottajina on toimijoita eri sektoreilta. Kaipion (2004) mukaan yhteisöhoitolla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa on yhdistetty perinteiset yksilölliset menetelmät vertaistukeen. Siinä yhteisö ja hoidettavat sopivat pelisäännöistä, keskinäisestä auttamisesta ja vertaisryhmäpalautteesta. (Kaipio 2004, 39.) Vuonna 1791 perustettu Yorkin retretti näytti vahvasti suuntaa nykyiselle yhteisöhoitolle. Retretin piirteitä olivat (mielisairauden) parannettavuus, myönteinen, kunnioittava ja palkitseva metodi, laitoksen pieni koko ja runsas henkilökunnan määrä. (Murto K. 1997, 13–14.)

Yhteisöhoito käyttää koko yhteisöä hoidollisten, kasvatuksellisten ja kuntoutuksellisten tavoitteiden saavuttamiseen. Hoitoon kuuluu fyysinen (esim. tilat) ja sosiaalinen (esim. tavat) ympäristö, joka painottaa terapiaa, kuntoutusta ja/tai kasvatusta. Rosemary Boisvertin ym. (2008) vertaistuettu yhteisöohjelma käytti interventionaan osallisuutta keskittyen toipujien itsemääräämisoikeuteen. Tällä saatiin positiivinen vaikutus toipumiseen riippuvuudesta ja kodittomuudesta. Seuraavassa tarkastellaan USA:ssa kehitetyn Minnesota-mallin suomalaista Myllyhoito-sovellusta.

Minnesotalaiset käsitykset alkoholismien hoidosta ja kuntoutuksesta:

1. Alkoholismi olemassaolon myöntäminen on edellytys hoidolle ja kuntoutukselle.
2. Alkoholismi on sairaus, joka ei ole ihmisen hallinnassa, eikä oire jostakin muusta.
3. Alkoholismi ei ole kenenkään syy, eikä syyllisiä etsitä.
4. Alkoholismi on sairautena monitahoinen. Riippuvuudesta johtuvat terveydelliset,

taloudelliset, sosiaaliset ja psyykkiset seuraamukset.

5. Hoitoontulomotivaatio ei vaikuta hoidon tuloksiin (vapaaehtoisuus vs. pakkohoito).
6. Hoidon kohteena on alkoholistin lisäksi tämän lähiyhteisö, joka on osaltaan ylläpitänyt alkoholismia. Asennemuutos alkaa yhteisöstä. (Kettunen ja Leppänen 1994, 11–12.)

Myllyhoidon pyrkimyksenä on vertaistuella saavutettava raittius. Ehkäpä tunnetuin vertaisuuteen pohjautuva hoitomuoto on Anonyymit alkoholistit (AA), jossa entiset päihdeongelmaiset tarjoavat myönteisiä roolimalleja raittiutta edistävinä samaistumiskohteina. (Holmberg 1995, 330.) Molemmat hoitomuodot näkevät alkoholismin sairautena, toisin kuin tutkimuksen tapaus, jonka toiminnan perustana ei ole näin selkeää sairauteen viittaavaa määrittelyä.

Kuten Boisvert (ym. 2008) myös Maria Ahmaoja (2006) käsittelee yhteisökuntoutuksen näkökulmasta päihteidenkäyttäjien itsemääräämistä ja osallisuutta, jonka hän näkee autonomiana ja persoonallisena vaikuttamisena. Yhteisökuntoutus lähtee hänen mukaansa siitä, että päihteidenkäyttäjällä on oikeus ja velvollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon sekä oman päihdekuntoutuksen suunnitteluun. Tärkeimpänä tavoitteena on päihteidenkäyttäjän kannustaminen osallistumiseen ja osallisuuteen. Niiden kautta päihteidenkäyttäjällä on mahdollisuus kokea olevansa osallisena omassa elämässä. Kuntoutukseen hakeutuessa päihteidenkäyttäjät ovat olleet osallisena ainoastaan päihteiden käyttöä ylläpitävässä ja tukevassa ympäristössä, jolloin elämän mielekkyyden löytäminen uudestaan päihteiden käytön lopettamisen jälkeen saattaa olla vaikeaa. Sosiaalisen verkostoitumisen myötä osallisuus saattoi kasvaa, ja asioihin pystyi paremmin vaikuttamaan. (Ahmaoja 2006, 5–59.)

3.3 Asiakkaat ja vertaisryhmät palvelukentällä

Luvun alussa viitattiin uusien palveluiden tuotantomuotojen kehittämisen tarpeeseen, jotta niukentuvilla resursseilla voidaan taata kansalaisille riittävät ja tarkoituksenmukaiset toiminnot. Laki sosiaalihuollon asiakkaan aseman parantamisesta (22.9.2000/812, Finlex 2013) pyrkii osaltaan selkeyttämään asiakkaan ja ammattilaisen (palvelun tuottajan ja

rahoittajan) vastuita ja rooleja tässä keskustelussa. Ohjaavana periaatteena on esimerkiksi asiakaslähtöisyyden monitulkintainen lähtökohta, jossa tavoitteina ovat ainakin laadun parantaminen, palveluiden saatavuus, asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen ja kokemustiedon hyödyntäminen (Kettunen & Möttönen 2011).

Laki asiakkaan oikeudesta ja asemasta säädettiin vuosituhannen alussa. Asiakkaan aseman vahvistamiseksi on keskityttävä yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven periaatteeseen, kokemusasiantuntijoiden asemaan ja vertaistukeen, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöön ottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin ja toimeentuloturvaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 17). Käytännön toteuttamisessa asiakaslähtöisyyden määrittely voi toimia lain toteuttajana. Vuokon (1997) mukaan asiakaslähtöisyys on muutakin kuin kuuntelemista. Asiakaslähtöinen palvelu nimittäin huomioi, mitä asiakas haluaa. Asiakaslähtöisyys huomioi asiakkaan, organisaation tavoitteet ja yhteiskunnan tarpeet: selvälle kohderyhmälle on helppo nähdä sen tarpeet. (Vuokko 1997, 9-15.)

Mieli 2009 työryhmä ehdottaa yhdenvertaisuutta palveluihin pääsyyn, yhden luukun periaatetta, matalaa kynnystä sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottamista mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (Sosiaali- ja terveysministreiö 2009, 14). Ehdotus kahdeksan on, että ”palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15). Toimiva palvelutarjonta vastaa asiakkaan ja rahoittajan tarpeisiin.

Asiakkaan asema hyvinvointipalveluiden järjestelmässä on murrosvaiheessa. Asiakas saatetaan vieläkin mieltää historian tuotoksena erilaisena ja puutteellisena verrattuna omillaan pärjäävään ihmiseen. Avun tarvitsija kohdataan edelleen helposti ongelmansa kautta. Tähän kuvaan on vaikea sovittaa näkemys ihmisestä, joka on subjekti ja oman elämänsä asiantuntija. Hyvinvointipalvelun alueella tarvitaan uudenlaista asiakaslähtöistä palvelumuotoilua. Se merkitsee asiakkaan tasavertaista osallisuutta ja heidän asiantuntemuksensa käyttöä palveluiden suunnittelussa. (Pohjola 2010, 71, 73.) Tällöin tarpeelliseksi tulevat suhteet asiakkaiden ja ammattilaisten välillä (ks. esim. Juhila 2006, 137–138, 147) sekä virallisten ja ei-virallisten toimijoiden yhteistyön kehittäminen (Toikko

2006, 14).

Hoidon tai palvelun toteuttamiseen tasavertaisena kumppanina osallistuva asiakas kokee palvelun asiakaslähtöisenä (Virtanen ym. 2011, 20). Vertaistoiminnan kehittäminen voi olla osa kansalaislähtöisten palveluiden rakentamista eri sektorit yhdistävänä kumppanuusverkostona (Hyväri 2005, 230). Jotta asiakas voi olla tasavertainen kumppani ja, jotta vertaistukijoiden ja ammattilaisten yhteistyö pääsee ammatillisuuden ytimeen, asiakassuhteissa oleva valta tulee tehdä näkyväksi ja käsitellä (Hyväri 2005, 231). Arvoperusta on ihmisarvoisuudessa. Asiakas ei ole passiivinen toiminnan kohde, vaan asiakkaan omassa elämässä kerryttämä asiantuntemus tekee hänestä palveluprosessissa työntekijän vertaisen. (Virtanen ym. 2011, 19.) Kokemustietoa ja ammatillista tietoa yhdessä päihdepalveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa on hyödyntänyt Päihdehuollon Valtakunnallinen yhteistyöryhmä Päivyt 1990-luvulta alkaen. Eri toimijoiden dialogi ja yhteistyö on tuonut toipuvat ammattilaisten rinnalle mukaan palveluiden tuottamiseen ja kehittämiseen. Tämä on luonut pohjaa asiakaslähtöisille ja asiakkaan arkiset kokemukset huomioiville hoitokäytännöille. (Andersson ym. 2011, 71.)

Erilaiset vertaistoiminnan muodot hyödyntävät ja antavat tilaa hiljaiselle tiedolle, asiakkaiden omalle asiantuntemukselle (ks. Hänninen, Karjalainen, Lahti 2005; Kuusisto 2010; Kotovirta 2009; Törmä 2011) osallistua palveluiden tuotantoon. Käytännössä tämä tarkoittaa monenlaisia asiakkaita osallistavia, kuuntelevia ja vastuuttavia toimintatapoja. Asiakaslähtöisyyden avulla asiakas voi päästä enemmän osalliseksi päihdetyötä ja omaa toipumistaan. Käytännön kuntoutustyössä vertaistuki hyödyntää kokemusten maailmaa, jota voi olla kellä tahansa ilman ammatillista osaamista ja siitä saatavaa apua voidaan hyödyntää ammatillisen avun rinnalla. Ammatillisille vertaistuen ja hiljaisen tiedon hyödyntäminen tuo lisää työkaluja. Juhilan (2006) mukaan päihdeikäyttäjien marginaalissa eläneet tietävät kokemuksen kautta nk. hiljaista tietoa päihde-elämästä, koska he ovat katsoneet elämää läheltä. Virallinen tieto ja järjestelmän hallinta puolestaan katsovat elämää etäältä. Tällöin asiakaslähtöisyys työn lähtökohtana tuo asiakkaiden elämisen paikkojen tiedon ammatillisille. (Juhila 2006, 105–106.) Ammatilliset voivat toimia paitsi tiedon antajina ja paikalle kutsujina myös tiedon saajina ja kehittyvinä ammatillisina. Toimiessaan toimintatapa voi hyödyttää kaikkia osapuolia.

4 TUTKIMUS ALKOHOLIONGELMASTA TOIPUMISESTA

Tutkimuksen aiheena oli alkoholiiongelmaasta toipuminen. Tarkoituksena oli selvittää, miten alkoholiiongelmaiset etenivät ongelman huomaamisesta hoitoon, juomisen hallinnan saavuttamiseen ja ylläpitämiseen. Käytin pääsääntöisesti termiä alkoholiiongelma, jolla asiakkaat ja työntekijät tutkimukseni tapauksessa itseään ja asiakkaitaan pääsääntöisesti kuvasivat. Lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys-termin tulo julkisiin palveluihin, millä tarkoitettiin tässä tutkielmassa ihmisen omaa subjektiivista palveluissa. Kirjallisuudessa asiakaslähtöisyyteen liitetään monia näkökulmia, jotka ovat usein palveluntuottajan ja kohdistuvat palvelun laadun arvioimiseen. Tässä tutkimuksessa laatua arvioivat tarpeiden tyydyttymisenä alkoholiiongelmaiset itse. Tutkimuksessa ei käytetty palautekyselyä, joka on yksi tavanomaisimmista laadun arvioimisen keinoista.

Tutkimuksen tapauksena oli alkoholikuntoutusta tuottava Sovatek-säätiö, joka tuottaa Jyväskylän lakisääteiset erityistason päihdepalvelut. Tässä keskityttiin organisaation riippuvuuskuntoutustyöryhmän luoman kuntouttavan avohoitoryhmän (AVOT) alkoholi-asiakkaiden äänen esiin tuomiseen. AVOT-ryhmää vetävät ammattilaiset ja aineisto osoitti ryhmän toiminnassa olevan vahvoja vertaistuellisia piirteitä. Asiakashaastattelut kuvasivat selviytymistä juomisen dominoimasta maailmasta juomisen hallintaan vertaistuen ja ammatillisen tuen avulla. Palvelun tarjoaman tuen lisäksi asiakkaan toipumiseen vaikuttivat sosiaaliset taidot ja muu elämä arjessa.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten vertaistuki auttaa hallitsemaan juomista?
- 2) Miten vertaistoiminnallisuutta hyödyntävä AVOT-ryhmä vastaa asiakkaiden tarpeisiin?
- 3) Millainen merkitys vertaistuella on alkoholiiongelmaiselle?

Toisessa kysymyksessä tutkimuksen orientoitumiskehyksenä toimiva asiakaslähtöisyys näkyy selvimmin. Kvalitatiivinen tutkimus on Tiina Silvastin (2014, 34) mukaan hyvä hahmottaa aineiston keruun ja aineiston analyysin menetelmiksi. Anselm Straussin ja Juliet Corbinin (1990, 17) mukaan laadullisessa tutkimuksessa keskeistä ovat ihmisten elämät ja tarinat. Tutkimusmenetelmänä aineistonkeruussa oli teemahaastattelu, joka toi

alkoholiongelmaisten asiakkaiden ääntä kuuluville palveluiden ulkopuoliseen maailmaan. Aineistolla tutkittiin alkoholin dominoimasta elämästä selviytymistä sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti ja teoriaohjaavasti. Analyysin syventämiseksi aineistosta muodostettiin Straussin ja Corbinin (1990) koulukunnan grounded theory -menetelmää soveltaen aineistopohjainen teoria alkoholiongelmaista toipumisen prosessista, joka esitellään analyysin tuloksissa alaluvussa 5.5. Tässä luvussa esitellään tutkimuksen kohde, aineiston keruu ja siinä käytetyt menetelmät sekä aineiston analyysi menetelmineen.

4.1 Haastateltavien kuvaus

Tutkimukseen haastateltiin asiakkaita Sovatek-säätiön kuntouttavasta avohoitoryhmä AVOTista, joka esitellään alaluvussa 5.2. Kyseiseen ryhmään päädyttiin keskusteluissa säätiön henkilökunnan kanssa lähtökohtana tutkia asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmista. Tutkimuksen rajaamiseksi keskityttiin alkoholiasiakkaisiin rajaten huumeapuoli pois tutkimuksesta.

Informantit olivat yhtä lukuunottamatta pitkällä kuntoutumisprosessissaan ja kaikki hyvin tiedostavia omista haasteistaan alkoholinkäytössä. Kaikilla oli pitkä ja erilainen tausta alkoholin dominoimasta elämästä sekä kuntoutumisen poluista. Tästä huolimatta heitä yhdisti halu jakaa tarinansa: kertoa ja tulla kuulluksi. Informantteja yhdisti haastatteluhetkellä selvin päin olo, eli he olivat viettäneet pitemmän selvän jakson kuukausista vuosiin. Lisäksi heitä yhdistivät alkoholiongelma sekä AVOT-ryhmässä käyminen ja sen auttavaksi kokeminen. Informantit eivät vastanneet kuvaa juupoista julkisilla paikoilla, vaan heillä ongelmaa ei erottanut päällepäin, vaikka takana saattoi olla hyvinkin pitkä ”juopotteluhistoria”. Kokemusta oli erilaisten palveluiden käytöstä. Asiakkaista kuusi seitsemästä oli käynyt Sovatekissa tai sen edeltäjissä (A-Klinikka, Päihdepalvelusäätiö) katkaisuhoidoissa Jyväskylässä yhden tai useamman jakson. Lisäksi oli käyty hoidontarpeenarvioinneissa, kuntoutumiskursseilla, Minnesota-mallin suomalaisissa versioissa esimerkiksi Myllyhoidossa ja Anonyymien alkoholistien tapaamisissa. Kuusi haastateltavaa oli haastatteluhetkellä käynyt AVOTissa 1-2,5 vuotta ja he kävivät siellä edelleen. Yksi oli vasta aloittanut noin kuukausi ennen haastattelua.

Kaikki asiakkaat lupautuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti AVOT-ryhmän ohjaajille esittämäni pyynnön perusteella. Otin aluksi rekrytointikirjeellä sekä tutkimuksen tiivistelmällä yhteyttä ohjaajiin, jotka lukivat ne ryhmän tapaamisessa toukokuussa 2012. Halukkuudestaan haastateltaviksi ilmoitti ensin enemmän asiakkaita kuin tavoitemääräni oli. Varsinaiset ilmoittautumiset kerättiin tästä viikon kuluttua seuraavassa tapaamisessa, jolloin ohjaajat tallettivat kuuden vapaaehtoisen puhelinnumerot minulle välitettäväksi. Seitsemäs haastateltava saatiin soittamalla edellisellä kerralla kiinnostuksensa ilmaiselle ryhmäläiselle. Sain halukkaiden puhelinnumerot käyttööni ohjaajilta ne asianmukaisesti noutaen ja niistä tarkasti huolehtien. Haastatteluajat sovin henkilökohtaisesti jokaisen kanssa puhelimitse. Vastaanotto puheluun oli aina ystävällinen ja jopa innostunut.

AVOT-asiakashaastattelujen lisäksi tein kaksi ryhmähaastattelua AVOT-ryhmää lähellä toimivalle Sovatekin työntekijöiden moniammatilliselle riippuvuuskuntoutustyöryhmälle syksyllä 2012. Ryhmähaastatteluissa oli paikalla useita haastateltavia samaan aikaan ja tavoitteena oli keskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista (Eskola 1998, 98). Alkuperäisenä tarkoituksena oli valottaa analyysillä asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Asiakasaineiston alustavan analyysin myötä tutkimuksen fokus tarkentui vertaistukeen ja juomisen hallintaan, mikä siirsi työntekijähaastatteluiden roolin aineistosta lähteeksi.

4.2 Haastattelurunko

Kun alkuperäiset tutkimuskysymykset olivat muotoutuneet osana tutkimussuunnitelmaa, tuntui luontevimmalta kerätä aineisto teemahaastattelumenetelmällä. Luonnostelin tutkimuskysymysten pohjalta kolme haastatteluteemaa ja niiden ympärille jokaista teemaa tarkentavat kysymykset (Liite 3), joiden tarkoitus oli tarvittaessa helpottaa tilanteiden muodostumista menetelmän onnistumista tukeviksi keskusteleviksi hetkiksi. Keskustellut teemat olivat asiakasprosessi, asiakkaan huomioiminen ja palveluiden kokonaisarviointi. Niiden muotoilemisen pohjana käytin asiakaslähtöisyyden periaatteita. Haastattelurunko väljentyi aineiston keräämisen prosessin aikana antamaan tilaa ja valtaa informanteille.

4.3 Teemahaastattelu menetelmänä ja haastattelujen toteutus

Jari Eskolan (1998), Sirkka Hirsjärven ja Helena Hurmeen (2000, 42) mukaan haastattelu on eräänlaista keskustelua, jossa tutkijan aloitteesta ja johdattelemana käydään läpi tämän etukäteen määrittelemät aihepiirit. Haastattelu eroaa keskustelusta päämäärähakuisuudessaan ja tähdätessään ennalta suunnitellun tiedon keräämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 42), mikä käytännössä toteuttaa valtasuhdetta: tutkijan ohjaavaa valtaa suhteessa informanttiin (Silvasti 16.9.2014). Jotta sain toteutettua tavoitteen asiakkaiden äänen esiinnostamisesta, tilanteiden tuli olla vapaamuotoista keskustelua. Tämän luomiseksi päädyin teemahaastatteluihin (ks. Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22-56.)

Valtasuhteen perinteisessä toteutumisessa tutkijan etukäteen muotoilemat kysymykset ohjaavat informantteja. Teemahaastattelun teemat kuvaavat käsiteltävien asioiden listaa, jossa ei ole valmiita kysymyksiä, kun taas puolistrukturoidussa on kaikille samat kysymykset avoimilla vastausvaihtoehdoilla, eli käytännössä ilman niitä (Eskola 1998, 85–86). Ensimmäisissä haastatteluissa päädyin olosuhteiden ohjaamana puolistrukturoituun menetelmään, jota väljensin teemahaastatteluiksi aineiston keruun edetessä. Huomasin, että puolistrukturoitu loi turvalliset raamit edetä tilanteessa, mutta rajoitti informantin liikkumavaraa.

Etukäteen muotoilemani teemat eivät käytännössä toimineet kaikilta osin: ne eivät esimerkiksi olleet sellaisia, joihin informantit pystyivät vastaamaan (ks. Eskola & Vastamäki 2001, 36). Eskolan (1998) mukaan erona strukturoituun haastatteluun teemahaastattelun menetelmästä puuttuu kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemat varmistavat samojen asioiden käsittelyn eri haastateltavien kanssa ja jäsentävät runsasta litterointiaineistoa lähestyttävämmäksi (Eskola 1998, 87–88). Jokaisessa teemahaastattelussa käsiteltiin kolme etukäteen luonnosteilemani teemaa kullekin haastattelulle luonnollisessa järjestyksessä. Haastattelut toteutettiin yhtä lukuun ottamatta Sovatekin tiloissa, asiakkaille luontevassa ympäristössä, mikä toteuttaa Eskolan (1998, 92) suosituksia. Yksi haastattelu tehtiin informantin kotona liikkumisvaikeuksien vuoksi.

Tässä tutkimuksessa informantit ottivat ohjat omiin käsiinsä ja osoittivat integriteettinsä kertomalla oman tarinansa, jonka he halusivat jakaa. Annoin informanteille enemmän

valtaa viedä keskustelua ja luovuin suvereenista tutkijan vallastani etukäteen muotoiltuine kysymyksineen. Teemahaastattelun avoin muoto sallii Eskolan (1998) mukaan informantin vapaamuotoisen puheen ja sen nähdään edustavan vastaajaa itseään. Avoimuudesta huolimatta teemahaastattelu asettaa avoimeen haastatteluun verrattuna tiukemmat rajat. (Eskola 1998, 87–88.) Lopputulemana keskityin asiakkaiden kertomuksiin ja käytin haastattelurunkoa keskustelun rajoina.

4.4 Haastattelujen arviointi

Informantit pystyivät tarkastelemaan suhdettaan palveluihin vaivatta, koska heillä oli pitkä historia alkoholiongelman kanssa eläen ja eri kuntoutumisen tapoja kokeillen. Joukkoon mahtui monenlaisia alkoholin käyttäjiä. Osalla oli alkoholiongelman lisäksi useampi ongelma ratkottavana, mikä osoitti otoksen heterogeenisyyttä ja vahvisti alkoholiongelmaisten joukon monimuotoisuutta. Alkoholiongelma ei ole vain tietyn kansanryhmän haitta, vaan laaja ongelma, jonka voidaan katsoa koskettavan jokaista suomalaista lähipiirit mukaan lukien.

Haastattelujen kulku oli sujuvaa alun jännittyneisyyden kadottua. Informantit olivat motivoituneita ja halukkaita jakamaan avoimesti näkemyksiään ja kokemuksiaan alkoholin dominoimasta maailmasta. Puhe tuli yleensä helposti, juttu lähti luistamaan ja myös aiheesta pysyttiin yleensä hyvin. Usein aiheesta poikkeamat toimivat siltoina ja johdattaen keskustelua teemasta toiseen. Näin jokaiselle haastattelulle muodostui oma rakenteensa, joka heijasteli informantin persoonaa. Haasteena oli runsaasta kokemuspohjasta fokusoida keskustelu tilanteessa tutkimuksen kannalta relevantteihin uomiin ja huomata haastatteluiden tiimellyksessä se, mikä on olennaista. Samalla haasteena oli ohjata keskustelua sopivasti niin, että informantti pysyi teemojen rajoissa jättäen samalla tilaa teemojen venyttämiseksi ja toipujien tarpeelle puhua. Toisinaan meitä oli haastatelussa kaksi laivan kapteenia ohjaamassa keskustelua. Tarkentavien kysymysten oikea-aikaisuus oli myös haaste. Liian pitkälle venyttäminen saattoi johtaa unohdukseen puolin ja toisin, mutta liian nopea heitto taas katkaista informantin ajatuksen kokonaisuudesta. Apuna toimi perinteinen muistiinpanopaperi, johon mieleen juolahtaneet kysymykset saattoi kirjata myöhempää käyttöä varten keskeyttämättä puhujan ajatusta.

Haastateltavien tyyli kertoa ja vastata kysymyksiin poikkesivat paljon toisistaan. Eroina informanttien välillä oli tapa käsitellä teemoja: toinen kertoi paljon taustoja ennen varsinaista teeman käsittelyä, kun taas toinen kertoi näkemyksensä suoraan. Väljästi vastaavat tuottivat paljon keskustelua ja aineistoa teemoissa polveillen. Suoraan vastaajat reagoivat vain annettuun kysymykseen, eivätkä laajentaneet kertomustaan ilman tarkentavia apukysymyksiä, jolloin niistä tuli tarpeellisia. Tarkentavissa kysymyksissä oli joukossa sellaisia, jotka osoittautuivat epärelevanteiksi tai sopimattomiksi haastattelujen kontekstiin, joten ne jäivät työn edetessä vähälle huomiolle. Pääosin kysymykseni vaikuttivat sopivilta siten, että noin puolet haastateltavista kertoi vastauksia luonnollisesti ja oma-aloitteisesti osana näkemyksiään ja kokemuksiaan. Nämä kysymykset sopivat selvästi osaksi haastatteluissa rakentuneita henkilökohtaisia tarinoita.

Vähemmistönä olleet napakoiden vastausten antajat edustivat harkittua puhetyyliä, jolla he pyrkivät pysymään napakasti aiheessa. He vastuuttivat haastattelijan viemään keskustelua antaen valtaa tutkijalle. Haastattelijan kannalta tällainen tyyli vei haastattelua rivakasti eteenpäin, eivätkä vastaukset jättäneet juuri tulkinnan varaa, mutta keskustelun synnyttäminen oli haasteellista. Tulkitsen, että näille informanteille joutuisa vastaaminen oli mieluisaa, koska aihepiirin asiat olivat heille hyvin jäsentyneitä pitkästä pohdinnasta ja kokemuksesta johtuen. Vaikuttimena puhetyyleille voidaan nähdä myös henkilökemioiden kohtaaminen. Lyhyessä haastatteluajassa tunteminen ja luottamus jäivät hyvin pinnalliseksi. Lisäksi keskusteluihin voidaan nähdä vaikuttaneen haastattelijan kokemattomuus alkoholiasioista sekä iän ja sukupolvikokemusten erot, vaikka sellaista tunnetta en kokenut itse tilanteissa. Jälkeenpäin asiaa tarkasteltuani minulla oli osassa haastatteluja hetkittäin olo, että minulle ei kerrottu asioita, joita en osannut kysyä. Laveammin keskustelijoiden kanssa tällaista tunnetta ei syntynyt.

Enemmistöä edustivat lavecisti juttelevat informantit. Opin nopeasti varmistamaan, että annoin tarpeeksi tilaa informantin mielestä nousevalle puheelle teemoista keskustellessamme. Monet käyttivätkin tämän tilan mielellään ja valottivat kokemusmaailmaansa esittämieni kysymysten ulkopuolelta. En kokenut tarpeelliseksi rajoittaa rönsyilevää puhetta heti, sillä se toi elävää kuvausta tapauksista ja niiden kontekstista. Toipumisprosessi ja siinä pärjääminen olivat selvästi opettaneet haastateltavia reflektoimaan omaa toimintaansa. Toisaalta tarve puhua omasta tilanteesta ja tietty terapian tarve näkyivät ulosannissa niin, että ajoittain haastattelut olivat paitsi informatiivisia myös

terapian tyyliin pohdiskelevan itsereflektoivia. Jotkut sanoivat lopuksi, että haastattelun keskustelu oli ollut heille avuksi ja tuonut uutta näkökulmaa. Asiakkaalle kokemus saattoi olla terapeuttinen, mutta tiedostin oman roolini tilanteen kasassa pitävänä tutkijana, en terapeuttina.

Haastattelutilanteet olivat hyviä aineiston keruun onnistumisen kannalta. Menetelmänä yksilöteemahaastattelu kunnioitti herkkää aihepiiriä ja toipumisprosessin keskellä olevaa informanttia yksilöllisellä keskustelulla. Teemahaastattelun avoin muoto salli kunkin persoonan ja äänen esiintulon, mikä oli tärkeää tutkimuksen tavoitteen kannalta. Kuitenkin avointa haastattelua tiukemmat rajat olivat puhelioiden yksilöhaastateltavien kanssa tarpeen. Asiakkaan äänen pääsemiseksi esiin he saivat suhteellisen vapaasti kertoa käsiteltävien asioiden piiristä omia kokemuksiaan. Näin he tarkensivat tutkimuskysymyksiä ja muovasivat tutkimuksen viitekehystä.

Tilan osalta turvallisuus ja luontevuus toteutuivat hyvin (ks. Eskola & Vastamäki 2001, 27–29), mikä tasapainotti haastattelun aloittamiseen ja uudessa tilanteessa oloon liittynyttä herkkää ja jännittyntä tunnelmaa sekä tilanteen vallan jakamista asiakkaiden kanssa. Keskustelu itsessään on herkkä tilanne ja tässä aiheessa käsiteltiin paljon arkoja asioita, joiden kertominen ulkopuolisille herättäisi useimmissa häpeän tunnetta. Informanteille tämä ei tuntunut tuottavan ongelmaa, minkä ansiosta sain aineistooni paljon ensikäden tietoa aihepiirin tuntevien kokemusasiiantuntijoiden kertomana. Tilanteissa hain asetelmaa, jossa asiakkaiden tarinat saivat keskeisen roolin tutkimuksen keskiössä. Näen, että haastattelutilanteen ja konkreettisen tilan osalta asetelma oli onnistunut. Haastattelujen toteutus AVOTin käyttämissä tiloissa ja tutkimuksen asetelma teemoineen vaikuttivat osaltaan asiakkaiden kokemukseen haastattelusta auttavana prosessina ja siihen, miksi he ymmärsivät tilanteen jopa terapeuttisena kokemuksena. Informantit myös esiintyivät aineistossa vahvalla integriteetillä, mikä ohjasi viitekehysten tarkentumista alkuperäisestä suunnitelmasta. Viitekehysten muuttumisesta matkan varrella koen informanttien äänen päässeensä kuuluville.

4.4.1 Haastatteluaineiston kuvaus ja arviointi

Seitsemän yksilöteemahaastattelua toteutettiin kahden viikon aikana kesä-heinäkuussa 2012 ja niistä kertyi aineistoa 35 litteroitua sivua yhden rivivälillä, kirjasinkoolla 12. Haastattelut kestivät hieman vajaasta tunnista puoleentoista riippuen siitä, minkälainen aikataulu oli ja, miten nopeasti informantti eteni puheenvuoroissaan teemojen välillä. Keskustelut nauhoitettiin, mihin pyysin luvan jokaisen haastattelun aluksi. Litteroin aineiston käyttäen puhekieltä jättäen pois small talk-keskustelunpätkät keskustelujan alusta, jotka käsittelivät tutkimusaiheen kannalta epärelevanttejä aiheita, mutta toimivat tunnelman rentouttamiseksi. Säilytin aineistossa äänenpainon muutokset kuten huudahdukset ja äänenkorotukset. Litteroidun aineiston lisäksi aineistonani olivat omat muistiinpanoni, jotka tein haastattelujen aikana kertomuksista ja tilanteissa mieleen nousseista asioista. Aineistoa kertyi määrällisesti ja sisällöllisesti riittävästi.

Jokainen informantti kertoi historiastaan palvelujärjestelmän asiakkaana, mihin lomittuivat kokemukset eri hoitomuodoista ja elämisestä päihdeidenkäyttäjänä osana yhteiskuntaa. Jokaisella oli oma tapansa käsitellä päihdeongelmaansa, jokainen kuitenkin avoimesti ja jopa suorasukaisesti. Taustakertomuksina kerrottiin esimerkiksi läheisistä, lapsuudesta, nykyisestä ja entisestä parisuhteesta tai päihdeongelman asemasta yhteiskunnassa. Tarinoiden fokus oli alkoholiongelmassa ja toimivassa kuntoutusmuodossa, joista muodostui etukäteen ennakoimaton analyysin ydin.

4.4.2 Tutkijan roolin arviointi

Anna-Kaisa Kuusisto-Arponen (2007) pohtii tutkijan roolin muutoksia konfliktitapaustutkimuksessa, jossa tutkija liikkuu ulkopuolisen roolista tulkitsijaksi. Kuusisto-Arponen näkee tutkijan ulkopuolisuuden haasteena, mutta myös hyvänä asiana. Haasteena on tasapainoilla paikallisten toimijoiden, kokemusten ja mielipiteiden välillä samalla oman roolin neutraaliuden säilyttäen. Toiseus tuottaa lisätyötä tutkimusaiheeseen perehtymisen vaiheessa ja tutkimusta suunnitellessa, mutta Kuusisto-Arponen kokee ulkopuolisuuden olevan myös hyödyksi. (Kuusisto-Arponen 2007, 243–244.) Asemani säätiön ulkopuolisena henkilönä vältti joidenkin näkökulmien itsestänselvyyden tuottaen keskusteluihin uusia aiheita. Tietoani ja ymmärrystäni tutkimuksen kohteesta olisi

parantanut osallistuminen AVOT-ryhmän kokoontumiskerralle, mutta se jäi kutsusta huolimatta toteuttamatta. Myös eri hoitomuotojen parempi tuntemus etukäteen olisi parantanut haastattelurungon muotoilemista, mukanaoloani keskusteluissa ja niissä fokuksen ylläpitämistä päihdehuollon kentällä. Ulkopuolisuuteni päästi informanttien asiantuntemuksen esiin.

Tutkijan ja tapauksen välille on tärkeää rakentaa aktiivinen tutkimussuhde (Kuusisto-Arponen 2007). Suhteelle keskeisiä tekijöitä ovat luottamuksellisuus, tutkijan ulkopuolisuus ja saadun informaation palauttaminen tutkimustuloksina. Ne määrittelevät, millaiseksi tapaustutkimus muodostuu. On pidettävä huoli haastateltavien anonymiteetista, ja tutkimuksen eettisyyden aspekteista, missä toimin asiakkaita kunnioittavasti. Luottamuksen luominen oli tärkeää, sillä olin tiedonkeruussa vapaaehtoisesti osallistuvien informanttien hyväntahtoisuuden varassa. Tutkijan on myös pystyttävä vastaamaan uskottavasti esitettyihin kysymyksiin, esimerkiksi kuka tutkimusta tukee Sovatekissa. (Kuusisto-Arponen 2007, 232.) Tähän saatoin vastata, että olin saanut tutkimusluvan säätiön johtoryhmältä ja nimetä henkilöt, jotka olivat auttaneet minua tutkimussuunnitelmavaiheessa.

Haastattelujen aluksi tein selväksi oman asemani säätiön ulkopuolisena henkilönä, opinnäytettä tekevänä opiskelijana. Itsestäni kertomalla lievensin alussa vallinnutta jännittyneisyyttä vieraiden ihmisten kohdatessa tarkoituksenaan keskustella toisen osapuolen elämän rankoista kokemuksista. Huomaavaisella käytökselläni osoitin kunnioitukseni informantteja kohtaan ja kohtasin heidät kuin kenet tahansa uuden tuttavuuden, josta tiesin etukäteen vain nimen, käynnit AVOT-ryhmässä ja nykyisen selvin päin olon. Luottamuksen saavuttaminen on taitolaji, jota aiheen herkkyyks vaikeutti. Joidenkin informanttien kohdalla aistimani puheen rajautuminen saattoi johtua heidän pohdinnastaan, olenko heidän luottamuksensa arvoinen. Ehkä aiheesta puhuminen ei ollut niin helppoa kuin millainen vaikutelma minulle annettiin.

Teemahaastattelumenetelmän avoimuus sopi hyvin pyrkimyksiini asiakkaiden äänen esiin tuomisesta. Toisinaan keskustellut aiheet olivat niin rankkoja, että kävi inhimillisesti mahdolltomaksi säilyttää tutkijan neutraali asenne ja ottaa mukaan myös ”ystävän” otetta. Jos asiakas kertoi esimerkiksi saamastaan epäasiallisesta kohtelusta, reaktioni olivat toisinaan aidosti yllättyneitä: ”Niinkö?” Huudahduksia on hyvä välttää, mutta

informanttien kertomukseen on hyväksyttävää eläytyä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 117). Ulkopuolisen roolini säilytin siten, etten arvostellut tai ottanut kantaa, mikä oli kussakin tilanteessa oikein tai väärin. Pyrin kuitenkin osoittamaan sopivassa määrin myötäelämistä asiakkaalle esimerkiksi mm-kommenteilla ja silmiin katsomalla. Tietty eläytyminen heidän kokemaansa oli mielestäni paitsi inhimillistä myös olennaista, jotta sain asiakkaat luottamaan minuun aroista asioista keskusteltaessa. Eläytyminen ja oikeanlaisen kysymisen tavan löytäminen ovat tärkeitä, jotta haastattelu etenee miellyttävästi ja haastateltava säilyttää motivaationsa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 102). Eläytyminen auttoi tekemään tarkentavia kysymyksiä tiedostaen kyvyttömyyteni auttaa, paitsi kuulevana tutkijana. Asiakkaita motivoi terapeutin kokemus sekä ajatus tiedon kulkeutumisesta alkoholikuntoutuksen ulkopuoliseen maailmaan opiskelijan kautta.

Tutkimuksen tekemisessä on mukana aina henkilökohtainen ulottuvuuskin, mikä on nykyisin sallittua myöntää, mutta henkilökohtaisen kädenjäljen näkyminen ei tarkoita hyvästejä tieteellisille tai eettisille periaatteille. Minun oli omassa tutkimuksessani huomioitava päihdepalveluiden toimintakulttuuri ja kieli. Lisäksi oli pohdittava, teenkö tutkimusta säätiön kanssa tekemisissä olevista ihmisistä, heidän kanssaan vai heitä varten Ulkopuolisuudessa minun oli varottava nk. riistäjän leimaa, mikä tarkoittaa tutkittavien mielikuvaa, että teen tutkimukseni vain omaa menestystäni tutkijana ajatellen (Kuusisto-Arponen 2007, 232, 238–240.)

Keskustelujen kulkua helpottivat asiakkaiden pitkä historia asiakkuudessa ja juomisessa sekä niistä puhumisen kyky ja halu. Tutkijana ymmärsin nopeasti vetäytyä ulkopuolisen havainnoijan rooliin ja antaa tilaa asiakkaille johdattaa keskustelu alkoholinkäyttöön, kuntoutumisen vaiheisiin ja haasteisiin. Samalla luovuin omista tarpeistani noudattaa puolistrukturoitua haastattelurunkoa napakoiden vastausten antajien haastattelukokemusten ja oman epävarmuuteni usuttamana. Näin pidin tilanteen koossa, mutta vältin ”riistäjän” leiman ja tavoitin aikeeni antaa asiakkaiden äänen kuulua.

Aineiston keruun alussa, kahden ensimmäisen haastattelun perusteella näin jo, mikä toimi ja mikä ei. Esimerkiksi teeman 3 (ks. Liite 3) kysymykset saadusta kohtelusta tai hoidon jatkuvuudesta huolehtimisesta eivät tuntuneet istuvan haastatteluihin, joista luopuessa annoin informanttien painottaa AVOT-ryhmän tarkastelua ja palveluiden merkitystä alkoholistin elämässä. Niinpä korvasin teeman 3 kysymyksen ehdotuksista palveluiden

kehittämiseksi palveluiden merkityksen tiedusteluksi. Samoin toimin oikea-aikaiset palvelut ja neuvot kanssa. Havaitsin sen liian yksityiskohtaiseksi ja asiakasprosessiin keskittyväksi, joten jätin sen vähälle huomiolle kahden ensimmäisen haastattelun jälkeen. Mielenkiinnon kohteen oli enemmän henkisen hyvinvoinnin kuin mekaanisten suoritteiden tarkastelu.

4.5 Analyysimenetelminä sisällönanalyysi ja grounded theory sekä analyysin alku

Analyysi on monivaiheista aineistoon tutustumista ja sen kertoman tiedon jäsentelyä. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa vastataan aineistosta ”nouseviin kysymyksiin” (ks. Eskola 1998), joka käytännössä tarkoittaa sitä, että tutkija poimii relevantit kohdat (Silvasti 2014, 38). Joidenkin tutkijoiden mukaan aineistoa ei tule analysoida, vaan kuvata tarkasti esimerkiksi redusoimalla (Strauss & Corbin 1990, 21). Ennen varsinaista analyysia tutustuin aineistoon litteroimalla ja lukemalla sen läpi useaan kertaan, jolloin pyrin havaitsemaan vain sen minkä näin. Pyrin tiedostamaan tutkijan mahdollisen sokeuden uusille asioille (ks. Strauss & Corbin 1990, 75). Havaitsin asiakkaiden tarinoiden teemojen kietoutuvan alkoholiongelmasta toipumisen ympärille. Toipumisen määrittelemiseksi päätin ottaa analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin, jossa olennaista on havaita, tunnistaa ja eritellä eri ilmiöitä koodaamalla (Silvasti 2014, 37) ja teemoitteleamalla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Käytin aineiston analyysissä soveltaen sisällönanalyysia sekä Straussin ja Corbinin (1990) koulukunnan grounded theory-menetelmää (GTM), joka jakautuu kolmeen analyysi- ja koodausvaiheeseen. Niitä nimitetään aineiston avoimeksi, pitkittäiseksi ja valikoivaksi koodaukseksi.

Toimin analyysissä ensin aineistolähtöisen ja myöhemmin teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti. Aineistolähtöisellä menetelmällä muodostin aineistosta teoreettisen kokonaisuuden, johon aikaisemmilla tiedoilla ja teorioilla ei tullut olla vaikutusta. Teoriaohjaava analyysi ei voinut kytkeytyä suoraan teoriaan, mutta saattoi tukeutua siihen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–100.) Alustavan analyysin jälkeen aloin seurata sisällönanalyysissä redusointi-, klusterointi- ja abstrahointi-menetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113, 117–118.) Redusointia voidaan kutsua myös koodaamiseksi, joka

on aineiston mikroanalyysiä eli jäsentämistä tai luokittelua (Silvasti 2014, 38–39). Siinä aineisto puretaan osiin eli koodataan myöhemmin analyysissä tehtävää uudelleen rakentamista varten, jota kutsutaan aksiaalikoodaukseksi (Strauss & Corbin 1990, 96). Tässä vaiheessa minulla oli paljon koodeja, jotka kuvasivat aineistoa yksityiskohtaisesti. Niistä siirryin induktiivisesti yksittäisestä yleiseen ilmaisuun, jolloin teoria ohjaa lopputulosta analyysin edetessä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–100; vrt. Silvasti 2014, 43).

Grounded theoryllä tarkoitetaan niin ikään induktiivisesti johdettua teoriaa edustetusta ilmiöstä ja tutkimusalueesta (Strauss & Corbin 1990, 23). Menetelmällä voidaan tarkoittaa aineistopohjaista teoriaa, joka syntyy tutkimuksen tuloksena. Tai analyysimenetelmää, jonka avulla aineiston tuloksena syntyy sisällöllinen teoria, jota voidaan edelleen kehittää tarkastelemalla tutkittavan ilmiön prosessiaalisuutta. (Luomanen 2010, 351, 356.) Prosessi liittyy grounded theory -menetelmän käyttöön analyysissä olennaisesti, jotta ajassa ilmenevä toiminta voidaan yhdistää ja huomata olosuhteiden muutokset (Strauss & Corbin 1990, 157).

Analyysin syventämiseksi päätin ottaa avuksi grounded theory -menetelmän (GTM) soveltamisen, jotta voisin tarkastella teemoista muodostuvaa toipumisprosessia eri tavalla kuin sisällönanalyysi antaa myöten ja hahmottaa toipumiseen myönteisesti vaikuttavia merkityksiä. Eri analyysimenetelmien käyttäminen samassa tutkimuksessa voi tuoda tarkennusta tutkimuksen tuloksiin. Myös esimerkiksi Kuusisto (2010, 104) pyrki tutkimuksessaan grounded theoryn seuraamiseen, mutta sovelsi toipumisen prosessiin soveltuvaa sisällönanalyysiäkin. GTM pyrkii redusoimaan aineiston käsitteiksi eli tiivistämään aineiston ytimen käsiteltäviin kokonaisuuksiin (Kuusisto 2010, 105). GT-menetelmä jakaantuu karkeasti toisiinsa limittyviin avoimen, pitkittäisen ja valikoivan koodauksen analyysivaiheisiin (Luomanen 2010, 356). Analyysin alussa, avoimen koodauksen vaiheessa, hain aineistosta erityisiä merkityskokonaisuuksia, joita Straussin ja Corbinin koulukunta nimittää kategorioiksi. Kategorisointi on saman ilmiön konseptien ryhmittelyä ja myöhemmin muodostettavan teorian peruskiviä (Strauss & Corbin 1990, 65, 74). Tässä tutkielmassa käytän kategorioista nimitystä teema. Teemat ovat olennaisia sisältöjä, joista informantit puhuvat.

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa käytin aineistolähtöistä analyysiä erottaakseni aineistosta analysoitavat teemat. Alustavan teemoittelun jälkeen siirryin tarkempaan

työhön, jolloin luin aineistoa läpi ja alleviivasin sekä poimin olennaisia aineiston sisältöjä kuvaavia lauseita. Nimitän lauseita koodeiksi, joita etsimällä redusoin aineistoa sisällönanalyysin aineiston pelkistämisen -periaatteen mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110). Poimin kustakin haastattelusta parhaiten sisältöä kuvaavat olennaiset lauseet eli koodit omaksi tiedostoksi Aineiston pelkistäminen, jossa aineisto tiivistyi 17 sivuksi. Jokaisen poimitun lauseen jatkoksi kirjoitin sanan tai lauseen kuvaamaan niitä kootummin ja käsiteltävämmin teemoittelun pohjaksi. Näin aineisto tuli olennaisilta sisällöiltään tiivistetyksi lyhyiksi analyysiyksiköiksi, joita saattoi tarkentaa ja teemoitella.

Teemoittelua voidaan kutsua myös aineiston ryhmittelyksi eli klusteroinniksi analyysiyksiköittäin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Teemojen muotoutuessa yhdistelemällä koodeja joukoiksi, pyrin muodostamaan teemat niin, että kaikki aineiston oleellinen tieto sopi niiden alle. Pääosin sisällönanalyysissä etsitään aineistoa yhdistäviä tekijöitä, mutta poikkeuksillakin on paikkansa löydöksiä rikastuttavina ja tarkentavina huomioina (Mäkelä K. 1990, 45). Tässä aineistolähtöisessä vaiheessa muotoutuivat yläteemat ja niiden alle yksityiskohtaisemmat alateemat, mikä on esitetty alaluvussa 4.6. Aineistosta erottui selvästi asiakkaiden tarinoiden ydin, että ja miten AVOT-ryhmän vertaistoiminnalliset piirteet auttavat heitä hallitsemaan juomista. Teemoja yhdistäväksi yläkategoriaksi muodostui ongelmasta toipuminen, minkä alle mahtui suurin osa koodeista ja niitä laajemmista teemoista. Harkinnan jälkeen jätin muutamia teemoihin sopimattomia koodeja pois tutkimuksesta, jotta keskittyminen tutkimuskysymysten kannalta olennaisimpaan informaatioon olisi helpompaa (ks. Silvasti 2014, 45).

Aineiston sisällön ohjatessa tutkimusta toipumiseen ja vertaistukeen, luin tutkimuskirjallisuutta näistä aiheista ja jatkoin analyysiä teoriaohjaavan analyysin keinoin (ks. Silvasti 2014, 39–44). Tutkimuksen periaate, mitä asiakkaat kertoivat, säilyi tärkeänä analyysia ohjaavana lähtökohtana. Teoriaohjaavassa analyysissa tarkensin koodeja kuvaavia nimityksiä edelleen muodostaen koodeja laajempia aihepiirejä eli teemoja, jotka kokosivat aineiston sisällön uudella tavalla (Silvasti 2014, 44–45). Teoriaohjaava analyysi vahvisti teemoja yhdistäväksi yläkategoriaksi alkoholiuongelmasta toipumisen, jolloin tutkielman fokus kääntyi asiakaslähtöisyydestä avokuntoutusryhmän toipumisessa tarjoamaan tukeen. Teoreettisen viitekehyksen ohjaamana aineistosta hahmottui alkoholiuongelmasta toipumisen prosessimaisuus, jonka osoittamiseksi asetin teemat toipumisen vaiheita kuvaavaan järjestykseen. Ylimmäksi muodostui alkoholiuongelmasta

toipumisen prosessin teema, jonka alle toipumisprosessin muut vaiheet uusina asiakokonaisuuksina asettuivat (Silvasti 2014, 45).

4.6 Analyysin vaiheet

Alustavan analyysin ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin aineiston pelkistämisen eli koodauksen jälkeen ryhmittelin analysoitavat yksiköt eli aineiston olennaisuuksia kuvaavat lauseet sopiviksi teemoiksi (taulukko 1.). Pelkistettyä aineistoa oli 9 sivua sisältäen muutamia suoria lainauksia aineistosta. Teemojen ryhmittely kolmeksi vielä nimettömäksi yläteemaksi näyttää aineiston olennaiset osat, joista toipumisen prosessimaisuus alkoi hahmottua kolmen vaiheen kautta.

Taulukko 1. Aineiston aineistolähtöinen sisällönanalyysi: kolme alkoholiongelmasta toipumisen vaihetta.

Vaihe 1.	Alkoholiongelma	Tavoitteet
	Juomisen hallinta	Raittius
Vaihe 2.	Hoitoon hakeutuminen/ohjautuminen	Häpeänkynnys
	Hoidon saatavuus	Muut esteet selviytymiselle
	Hoito ei toimi	Työntekijän asenteen merkitys
	Ongelman itselle myöntäminen	Raittiutta ja selviytymistä alkuun edistävät tekijät
	Raittiutta ja selviytymistä ylläpitävät tekijät	Toive/tarve
Vaihe 3.	AVOT-toiminnan piirteet	Minnesota-hoidon piirteet
	Hoidon merkitys ja vaikutus	Ryhmäläisten toimijuus
	Aktiivisuus ja subjekti	Sitoutuminen ja vapaaehtoinen osallistuminen

Taulukossa 1 kuvatuista teemoista kukin edustaa yhtä analysoitavien yksiköiden eli ryhmiteltyjen lauseiden joukkoa. Teemojen suuri lukumäärä johti niiden yhdistämiseen ja nimien muokkaamiseen analyysin jatkon helpottamiseksi. Teemoista raittius, muut esteet selviytymiselle, raittiutta ja selviytymistä alkuun edistävät tekijät (hoidon alussa), raittiutta ja selviytymistä ylläpitävät tekijät (katkon jälkeen), toive/tarve, ryhmäläisen toimijuus sekä aktiivisuus ja subjekti sisällytettiin muihin teemoihin.

Teoriaohjaavan analyysin vahvistamana ylimmäksi muut yhdistäväksi teemaksi muodostui alkoholiongelmasta toipumisen prosessi, kuten kuvattu alaluvussa 4.5. Tämä ylin teema auttoi aineiston abstrahoinnissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113), jossa koko teemojen joukko aseteltiin sopivien yläteemojen alle ja, jolla muodostettiin perusta grounded theory -menetelmän käytölle (ks. Luomanen 2010, 364–366). Nimesin yläteemat alkoholiongelmasta toipumista aineiston pohjalta kuvaaviksi katsomillani tavoilla ja ne muodostavat otsikot analyysin tulokset esittelevissä alaluvuissa 5.1–5.4. Yläteemojen nimitykset ja niiden tarkka sisältö elivät analyysin edetessä. Kaikki niiden alle soveltunut aineisto otettiin mukaan analyysiin. En käytä yläteema-sanaa taulukoissa, joissa niitä kuvaavat teemat.

Esittelen analyysin teon tarkemmin AVOTin toiminnan piirteet –yläteemasta (taulukko 2). Analyysin edetessä teeman painoarvo kasvoi sen monimuotoisen, runsaan ja keskeisen sisällön vuoksi. Teema oli iso kokonaisuus, jonka lähemmän tarkastelun helpottamiseksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen jaoin sen kahtia yläteemoiksi AVOTin rakenteet ja Muuta tärkeää. Analyysia kirjoittaessani yläteemat tarkentuivat teemoiksi AVOT-ryhmän rakenne ja AVOT-ryhmän toimintatapa (ks. 5.2 ja 5.3), jotka ilmensivät aineistoa paremmin.

Taulukko 2. AVOTin piirteet -teeman sisällön jakaminen aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen teemoiksi AVOTin rakenteet ja Muuta tärkeää.

Teemat	Alateemat
AVOTin rakenteet	Alkoholiriippuvuus ja mielialan vaihtelut yhdistävät
	Sisälle ryhmään
	Yhteishenki, ryhmään kuuluminen
	Ryhmä opettaa – oppi sosiaalisesta
	Ryhmässä saa
Muuta tärkeää	Työntekijöiden rooli
	Erot muihin vastaaviin
	Vapaaehtoinen osallistuminen ja omaehtoisuus
	Sitoutuminen
	Selviytymistä edistävät tekijät
	Tuen tarpeesta
	Hoidon merkitys ja vaikutus

Jatkoin analyysia ja teemoille sopivimpien paikkojen ja nimien etsimistä. Teemoittelun muokkaamisella päädyin taulukossa 3 esitettävään jaotteluun, joka toimii analyysin (luku 5) pohjana. Taulukossa 3 aineisto mahtuu vaivattomasti teemojen alle, kuten sisällönanalyysissä on tärkeää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113) ja teemat kuvastavat keskeisesti aineiston sisältöä.

Taulukko 3. Alkoholiongelmasta toipuminen. Analyysin rakenne.

Teema ja toipumisen vaihe 1.	Alateemat
Alkoholin ongelmakäyttö ja hoitoon hakeutuminen	Alkoholin ongelmakäyttö
	Hoitoon hakeutuminen – ongelmakäytön (ja avuntarpeen) myöntäminen – hoidon saatavuus – häpeä

Teema ja toipumisen vaihe 2.	Alateemat
AVOT-ryhmän rakenne	Ryhmän rakenne ja säännöt
	Työntekijöiden rooli

Teema ja toipumisen vaihe 3.	Alateemat
AVOT-ryhmän toimintatapa	Vapaaehtoinen osallistuminen – puhuminen – ryhmässä saa ja antaa hyvää oloa – sitoutuminen
	Yhteinen ongelma yhdistää
	Erottuminen muista toimijoista

Teema ja toipumisen vaihe 4.	Alateemat
Tavoitteena juomisen hallinta: elinikäinen prosessi	Alkoholiongelmaisen tavoitteet – Selvin päin oleminen – Elinikäinen prosessi
	Juomisen hallinta – Arjenhallinta – Vuorovaikutus mahdollistajana

Analyysin rakenne kertoo juomisen hallinnan mahdollistumisen prosessista. Seuraavassa jatkan aineistosta tehtyjen tulkintojen vaiheiden esittelyä grounded theoryllä, jolloin aineistosta etsitään tapauksia ja ehdotetaan yhteyksiä niiden välille (Luomanen 2010, 352). GTM:n avoin koodaus on aineiston purkamisen, tutkimisen, vertailun, käsitteellistämisen ja kategorisoinnin prosessi (Strauss & Corbin 1990, 61), jossa aineistosta irrotetaan ja nimetään oleellisia tutkimusongelmaan liittyviä merkityskokonaisuuksia eli kategorioita. Luokitukset syntyvät tutkijan vertaillessa löytämiään käsitteitä ja huomatessa niiden liittyvän johonkin tiettyyn ilmiöön tai asiantilaan. (Luomanen 2010, 356–360). ”Tällöin samaan asiaan viittaavat käsitteet liitetään yhteen ja nimetään yhteisellä, hiukan abstraktimmalla nimellä yhdeksi teemaksi” (Strauss ja Corbin 1990, 61).

Pitkittäiskoodauksessa etsitään yhteyksiä avoimessa koodauksessa muodostettujen kategorioiden tai teemojen välillä. Aineisto kootaan uudestaan, kun teemojen välille luodaan yhteyksiä. Esimerkiksi näin voi tehdä yhdistämällä kausaaliset edellytykset, ilmiön, kontekstin, toimintaan vaikuttavat tekijät, toimintastrategian ja seuraukset. (Strauss & Corbin 1990, 97; Luomanen 2010, 356, 360–364.) Taulukossa 4 aineistosta on etsitty pitkittäiskoodaukseen sopivia yläteemoja ja niitä havainnollistavia alateemoja aineiston analyysin rikastuttamiseksi ja toipumisprosessin paremmaksi havainnollistamiseksi soveltaen Straussin ja Corbinin paradigma-mallia (1990, 99–107). Malli auttaa etsimään yhteyksiä ja muotoilemaan yksittäiset kategoriat mahdollisimman tarkasti ja tiheästi (Luomanen 2010, 361). Pitkittäiskoodaus on syy-seuraus-mallinen, joka ei ota huomioon sisällönanalyysissä vahvasti esiin tulleita toipumisen jarruja ja takapakkeja kuten häpeää, retkahduksia, sopimatonta hoitoa (väärä hetki tai toimimaton asiakkaan/ työntekijöiden asenne).

Taulukko 4. Pitkittäiskoodaus aineistossa Straussin ja Corbinin paradigma-mallin mukaan (1990, 99–107).

Pitkittäiskoodauksen käsitteet	Teema/ kategoria	Alateema/ -kategoria
Kausaaliset edellytykset	Elämäntilanne: syy juoda Taipumus: mahdollisuus juoda	– Yksinäisyys – Muiden ongelmien pakeneminen – Oma tai työporukan tapa
Ilmiö	Alkoholin ongelmakäyttö	– Liikakäyttö – Alkoholi dominoi elämää – Alkoholihaitat
Konteksti	Hoitoon hakeutuminen	– Haittojen kärjistyminen – Omasta tai lähipiirin aloitteesta hoidon tarpeen toteaminen – Hoitoon hakeutuminen – Välitön hoito – Retkahdukset – Alkoholiongelman myöntäminen – Kuntoutumisen prosessin alku
Toimintaan vaikuttavat tekijät	Kuntoutumismuodon rakenne ja toimintatapa	– Yksilöllisesti toimivan kuntoutumismuodon löytäminen (esim. tässä tutkielmassa erilaiset laituskuntoutukset (mm. Minnesota), erilaiset kurssit, AA, AVOT). – Vertais- ja ammatillinen tuki – Lähipiirin ja oma voima
Toimintastrategia	Elinikäinen prosessi	– Saavutetun juomisen hallinnan ylläpito itselle sopivalla tavalla (esimerkiksi alkoholiongelman käsittelyllä AVOT-ryhmässä) – Vapaaehtoinen osallistuminen – Sitoutuminen
Seuraukset	Juomisen hallinta	– Juomattomuuden pitkä kesto – Juomattoman arjen mahdollistuminen – Juomisen hallintaa tukeva arki

GTM:n viimeisessä vaiheessa eli valikoivassa koodauksessa aineistosta tehtyjä havaintoja liitetään yhteen aineistopohjaiseksi teoriaksi. Tämä tapahtui suhteuttamalla muut kategoriat ydinkategorian ympärille ja kokoamalla aineistolähtöinen teoria juomisen hallinnan mahdollistumisen prosessista. (Luomanen 2010, 357, 364–366.) Aineistoa työstettiin pitkittäiskoodauksen tapaan, mutta ylemmällä tasolla (Strauss & Corbin 1990, 116). Teoria esitellään analyysin lopuksi alaluvussa 5.5 Juomisen hallinnan mahdollistumisen prosessiteoria. Teoria hahmottaa alkoholiongelmasta toipumisen eri vaiheet.

4.7 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen havainnot ovat johtolankoja, joita tarkastellaan tietystä teoreettisen viitekehyksen määrittämästä näkökulmasta (Alasuutari 1995, 31, 69). Aloitin tutkielman teon kokoamalla teoreettista viitekehystä asiakaslähtöisyydestä alkoholipalveluissa. Tutkimuksen aineisto ohjasi tutkimuskysymysten ja viitekehyksen suuntautumisen ja tarkentumisen aineistolähtöisen otteen mukaisesti toipumiseen, jolloin asiakaslähtöisyys jäi taustalle orientoivaksi näkökulmaksi asiakkaiden tarpeista. Viitekehyksen uudella rakentamisella vertaistuen merkityksen fokuksella alkoholiongelmasta toipumisessa en halunnut vertailla eri hoitomuotojen paremmuutta, vaan nostaa esiin asioita, jotka informanttien tarinoissa liittyivät juomisen hallintaan. Informantit eivät edustaneet niitä, jotka kokivat, ettei AVOT-ryhmän kaltainen vertaistukea ja ammatillista tukea yhdistävä ryhmä sovi heille.

Tutkin haastattelujen sisältöä, en muotoa (Alasuutari 1995, 73), ja siksi päädyin sisällönanalyysiin. Aineistolähtöinen yhdessä teoriaohjaavan analyysin kanssa ohjasi tulosten kokoamista asiakkaiden ääntä kunnioittavasti. Straussin ja Corbinin mukaan tieto on kerättävä ja esitettävä niin, että ”informantit puhuvat puolestaan” (1990, 21). Syvemmän informaation saamiseksi päätin soveltaa grounded theory -menetelmää. Vaikka tutkielman tulokset muodostuvat tietyssä ryhmässä kerrotuista tarinoista ja otos on pieni, tulokset ovat sovellettavissa muuallekin. Sallimalla informanttien integriteetin aineiston keruu- ja analyysivaiheissa vältin analysoimasta aineistoa vain teoriaa tukevasti ja annoin aineiston ”puhua”. Koherentin tutkimuksen tekemiseksi toisille asioille on pakko antaa enemmän tilaa kuin toisille, mihin pyrin priorisoimalla laajan AVOTin piirteet -alateeman

sisältöä. Nämä seikat osoittavat, että pystyin matkalla irrottautumaan ennakkoletuksista, mikä on tutkielman laadun kannalta tärkeää (ks. Silvasti 2014, 45–46). Valitut menetelmät tukivat tutkimuksen tarkoitusta asiakkaiden äänen esiin saattamisesta. Laadullisella tutkimusmenetelmällä asiakkaiden ajatukset ja aiemmat kokemukset oli mahdollista tuoda esiin syvällisemmin kuin määrällisellä tutkimuksella. Kvantitatiiviset menetelmät esimerkiksi kyselylomakkeella eivät olisi saaneet esiin informanttien vahvaa integriteettiä. Tällöin tutkimuksen fokus poikkeaisi toteutuneesta.

Tutkimus keskittyi asiakkaiden alkoholiongelmaan huomioiden perinteisten alkoholiongelmaisten olemassaolon sekakäyttäjien lukumäärän kasvusta huolimatta. Informantit saattoivat välillä käyttää rinnalla esimerkiksi unilääkkeitä, mutta eivät aina päähtyäkseen. Heidän pääkäyttönsä oli alkoholissa ja mukana oli muita haasteita eri elämänalueilla lähisuhteista mielenterveyteen. Alkoholiongelman tutkimuksellinen rajaaminen irti muusta elämästä ei tuntunut järkevältä, koska toipuminen edellyttää kokonaisvaltaista tukea ja palvelun ulkopuolisen elämän olemassaoloa. Niinpä analyysiin liitettiin alkoholinkäyttöön ja toipumiseen liittyviä seikkoja myös muilta elämänalueilta. Valitut menetelmät auttoivat käsitteellistämään toipujien kokemuksia systemaattisesti, minkä tuloksena analyysin tulokset kuvaavat alkoholiongelmaisten toipumisen todellista maailmaa. (ks. Luomanen 2010, 368–369.) Informantit olivat rohkeita ja sinuja alkoholiongelmansa kanssa, josta he lähtivät kertomaan saadakseen puhua aiheesta itselleen ja ulkomaailmalle. Asiakkaiden laaja ja pitkältä ajalta kertynyt kokemusasiantuntijuus käytöstä, asiakkuudesta ja toipumisesta tukivat tutkimuksen ja aineiston luotettavuutta.

5 JUOMISEN HALLINNAN MAHDOLLISTUMINEN PROSESSISSA

Tässä analyysissä juomisen hallintaan saaminen on kuin Kaipion (2004), Kuusiston (2010) ja Bestin (et al. 2011) määritelmä päihteistä irrottautumisen prosessista. Se muistuttaa Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemallia ja Jellinekin käyrää. Prosessin mahdollistumiseen kuuluvat omakohtainen pitkä tie, retkahdukset, toistuva hoito ja muutokseen kypsyminen, joiden lopuksi voidaan tavoittaa toipuminen ja ihmisarvoinen elämä (Kaipio 2004, 37; Kuusisto 2010, 216). Lopputulokseen pääsemisen reittejä ja kuntoutumisen muotoja on monia. Matkalla toiset joutuvat työskentelemään juomisen lopettamisen ja muutoksen ylläpidon kanssa enemmän kuin toiset. (Kuusisto 2010, 216, 273–274.)

Alkoholiongelmaa pidetään usein sairautena, jonka päälletuloon ihmisen omat valinnat vaikuttavat. Toiset näkevät alkoholiongelman geneeissä olevana taipumuksena. Molempia typologioita löytyi aineistosta. Sairautena näkemiseen liittyy hoidon ulkoistaminen ammattilaisille, mikä on erilainen kuin aineiston piirtämä kuva kuntoutumisesta. Tässä luvussa toipumisesta käytetään nimitystä juomisen hallintaan saaminen. Sen saavuttamista ja ylläpitoa prosessin eri vaiheineen kuvataan seuraavissa alaluvuissa 5.1–5.5. Kuvauksen pohjana on luvussa 4 kuvattu aineisto alkoholiongelmaisten teemahaastatteluista ja niiden analyysi. Tässä luvussa käytetään ilmaisuvoimaisia sitaatteja haastatteluista kuvaamaan informanttien todellisuutta ja osoittamaan aineiston todistusvoimaa.

5.1 Alkoholiongelmakäyttö ja hoitoon hakeutuminen

TEEMAT	ALATEEMAT
Alkoholiongelmakäyttö	
Hoitoon hakeutuminen	<ul style="list-style-type: none">– Ongelmakäytön (ja avuntarpeen) myöntäminen– Hoidon saatavuus– Häpeä

Käytän tässä luvussa rinnakkain informanttien itse aineistossa käyttämiä termejä alkoholin ongelmakäyttö, liikakäyttö, päihdehakuinen ja alkoholiongelmainen. Termit havainnollistavat tunnistettua ongelmaa, mutta eivät ole yhtä sairauteen viittaavia kuin alkoholismi ja alkoholiriippuvuus. Ongelmista käytettävä termi ei ole tässä tutkimuksessa ydinasia. Tärkeää on tunnistaa ongelman olemassaolo, hakea ja saada apua, kuten Koski-Jännes (1998, 105–106) huomauttaa. Aineistossa ongelmaksi koettiin valtaväestöstä poikkeava tapa käyttää alkoholia, josta juontui muita haittoja.

Rankkuudeltaan alkoholin liikakäyttö on yksilöllinen ja vaihteleva kokemus. Eri ihmisille paljon voi tarkoittaa toisistaan suurestikin poikkeavia määriä. Liikakäytölle löytyi aineistosta monia syitä ja alulle panevia voimia. Juomiseen yhdistyivät tietynlaiset elämäntavat ja -tilanteet sekä tunteiden käsittely. Lähipiirin tai työporukan mukaansatempaava tapa juoda paljon, yksinäisyys, työstressin taltuttaminen, mielentilan vaihteluiden tasaaminen ja elämänhallinnan ongelmien ahdistus ajoivat informantteja juomaan. Siinä missä toisille juominen näyttäytyi osana elämäntapaa, toiset kokivat taipumuksensa siihen olevan synnynnäistä.

”(Alkoholi on) hermomyrky ja se tappaa aivosolut ja sillo se ihminen ei voi ajatella järkevästi ja työelämässä alkaa asiat menee ristiin ja pomojen kanssa ja kaikkien.” (A6)

Päihdehakuisuudesta huolimatta alkoholin käyttö koettiin raadolliseksi tilaksi, jossa ihmisen oma ja lähipiirin hyvinvointi olivat uhattuina ja, josta seurasi vastoinkäymisiä ja lisää ongelmia. Liikakäyttöön liittyi mielenterveydellisiä, taloudellisia tai sosiaalisia ongelmia ja haasteita, tai pitkälle mennessään kaikkia yhdessä (ks. Aalto 2013, Andersson ym. 2011). Monien samanaikaisten ongelmien olemassaolo ja ratkaisu edellyttivät kokonaisvaltaista tukea, koska ongelmien ratkaisu erillisinä oli vaikeaa. Pohjola (1997, 267) piti kokonaisvaltaisuutta asiakaslähtöisenä. Haasteiden vyyhtiä voidaan kutsua Sotaraudan (1996) tavoin ilkeäksi ongelmaksi, koska asiat kiinnittyvät tiukasti toisiinsa ja niistä on vaikea saada kiinni selvittämisen aloittamiseksi. Tämän tutkielman informanteilla oli kokemusta monenlaisista toisiinsa kietoutuvista haasteista kuten kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, asunnottomuudesta, työttömyydestä, avioerosta ja lastensuojelun asiakkuudesta alkoholiongelman lisäksi. Haasteiden hoitaminen vaati työskentelyä sekä palvelulta että asiakkaalta, jotta eheän arjen rakentaminen tuli mahdolliseksi. Aluksi apua

oli haettava.

Informantit kokivat tärkeäksi hoitoon pääsyn tarvittaessa, sillä hakeutumiselle oli aina hyvä syy (ks. myös Kuusisto 2010, 9). Byrokratiasta aiheutuva hoitopaikan odottaminen voi lykätä hoitoon pääsyä ainakin paikoitellen Suomessa (Halonen 2004, 217). Käytännössä katkopaikkojen rajallinen, ja vuosien mittaan pienentynyt, määrä hankaloittaa pääsyä tarvittaessa, ja voi olla onnestakin kiinni. Työntekijöiden mukaan hoitoa oli vuonna 2012 hyvin saatavilla mutta välttämättä kaikkia asiakkaiden toiveita ei voitu toteuttaa (Työntekijähaastattelut 9/2012), johtuen budjetin tuomista rajoituksista ja lain puitteissa kaupunkikohtaisista eroista palveluiden järjestämisessä ja tarjonnassa. Aineiston ja työntekijöiden mukaan toteutumattomat asiakkaiden toiveet liittyivät usein hoitomuotoihin, joita ei ollut saatavilla tai toiveisiin hoidosta, jolle ammattilaiset eivät nähneet standardin mukaista tarvetta. Standardeja olivat esimerkiksi riittävän akuutti tilanne, juomisputki tai suunnitelmallisuus. Tässä käytettiin vertausta, jossa hoidetaan havaitun tarpeen mukaan: ei lääkärikään laita jalkaa kipsiin, jos se ei ole poikki.

Hoitoon hakeutuminen, liikkeelle lähteminen ja vaativan kuntoutumisen aloittaminen ei ollut helppoa, sillä niissä tarvittava oman voiman käyttöönotto oli vaikeaa. Tämän seikan ymmärtäminen ei ole itsestään selvää toipujien piirin ulkopuolella, eikä aina edes päihdeammattilaisten joukossa (ks. Väyrynen 2012, 287; Hietala 2014, 44). Hoitoon hakeutumiseen kuuluivat informanteilla useat yritykset ja yksilölliset tarinat. Aina välillä joko itse, työpaikka tai perhe sai hakeutumaan. Liikkeelle panijana oli varsinkin ensimmäisillä kerroilla usein joku muu kuin alkoholiongelmainen itse, mutta oma-aloitteisuus kasvoi ajan mittaan. Kannustimina toimivat sekaisin olevat asiat tai heikko terveydentila.

Lisähaastetta hoitoon hakeutumiselle tuo, jos toipujalla ei ole lähtemisessä tukevaa ja kannustavaa lähiyhteisöä juomaporukan ulkopuolella. Sosiaaliset suhteet auttoivat informantteja hoitoon hakeutumisessa ja toipumisessa. Eräs informantti ilmaisi avun ilmenevän: ”(..) *tien etsimisessä pois alkoholin sumumaailmasta*” (A2). Myös Pakkasvirta ym. (2009, 39–41) sekä Lahti ja Pienimäki (2006, 137) ovat todenneet lähiyhteisön olevan merkittävä sitoutumiselle, toipumiselle ja sen kestolle. Informanteilla oli säilynyt rajuimmankin käytön aikana ja edellä kuvatuista moninaisista haasteista huolimatta sosiaalinen elinpiiri pääosin hyvänä. Monella heistä oli esimerkiksi työpaikka, perhe tai

ystäviä sekä oma kyky tarttua huonontuvaan tilanteeseen. Voidaan nähdä, että kontaktien säilyminen oli myös toipujan ansiota, joka ei ollut antanut asioiden mennä niin pitkälle, että kaikki ympäriltä kaikkonaisivat alkoholinkäytön tieltä. Sosiaalisten kontaktien säilyminen kertoi vahvasta lähipiiristä ja toipujan kyvystä korjata alkoholinkäyttönsä aiheuttamia ongelmia. Nämä seikat tekivät heistä hyväosaisempia kuin monet muut. alkoholiongelmaiset.

Ensimmäiset hoitokerrat eivät onnistuneet infomanteilla, jos asiakas ei pystynyt myöntämään ongelman olemassaoloa. Alkoholiongelmaiset olivat taitavia valehtelemaan itselleen ja ottamaan salaa, mikä hidasti toipumisen alkua. Kuusistokin (2009) on todennut, että itselle myöntäminen on avain toipumiseen, kun alkoholin kanssa on haasteita.

”Mä oli puol vuotta käyny (yksilötapaamisissa) ennen ku mä rupesin puhumaan oikeilla nimillä, koska (se) mulle oli hirveen vaikeeta. Et sit on päästy asian ytimeen.” (A3)

”(..) mä en tunnustanu et mulla on alkoholiongelma, mä menin sinne (hoitoon) niiku toisten mieliks. Ajattelin et samahan se on jos mä oon pari viikkoo sielä, se tuloshan oli äärimmäisen huono. Se kesti yllättävän kauan minulla, et tajusin kattoo peiliä, et vika on minussa ja minun asenteessa.” (A1)

Itselle myöntämistä vauhditti tavallisesti jokin kova kokemus, niin sanottu pohjakosketus (ks. myös Koski-Jännes 1998; Myllyhoito 28.10.2014; The Jellinek Curve 5.11.2014) tai tunne, ettei saanut pitkäksi venynyttä juomisputkea poikki enää omin voimin. Tätä tukee Kuusiston (2010, 36) havainto, että toipuminen nousee vaihtoehdoksi juomisen jatkamiselle vasta silloin, kun juominen ja koetut negatiiviset seuraukset nousevat hyötyjen rinnalle tai ohi. Käänteentekevää informanteille oli huomata, että vain viina saattoi viedä fyysisesti jalat alta ja oman elämän ympäriltä. Kuntoutujan oli itse nähtävä toipumisen positiiviset vaikutukset omaan toimintakykyynsä ja lähipiiriin, jotta kuntoutukseen osallistuminen motivoisi, minkä havaitsi myös Mattila-Aalto (2013, 398–402).

”Pitäs ymmärtää itekin, kuinka suurta vahinkoa tekee toisille, perheen sisällä omille lapsille. Ja monelle muulle lähiomaiselle.” (A1)

”(Hoito) taas autto vähän aikaa. Mä olin tommosen vähä vajaa kaks vuotta et mä en ottanu mitää. Sitte elämäntilanteet taas käänty sellaiseksi että se alkoholi rupes hallitsemaan mun elämää.” (A7)

Toipumisen prosessin alussa eri hoitomuodot sekä selvin päin olon ja juomisen jaksot

vaihtelivat vuosia, jopa vuosikymmeniä. Prosessin alkuun pääsyn suurimpina esteinä olivat erilaiset häpeän tunteet, joihin voimakkaalla tavalla liittyivät asiakkaiden tuntemukset omasta tilastaan sekä hoitoon hakeutumisesta mentaalisenä ja fyysisenä esteenä. Retkahdukset olivat informanteille tyypillisiä, kuten huomasi myös Kaipio (2004, 37) ja ne kuuluvat elämään muutoksen jälkeen myös Koski-Jänteen (1998, 227) mukaan. Niillä on tärkeä merkitys pysyvemmän raittiuden saavuttamiselle itsetuntemuksen kehittymisen myötä Kuusistonkin (2010, 276) näkemyksen mukaan. Palveluiden ja juomisjaksojen välillä aikansa kuljettuaan informanttien selvin päin olon jaksot pitenivät, kynnys avunhakemiseen madaltui ja kyky hakeutua hoitoon parantui palveluiden tultua tutuksi. Päihdeongelman uusiutuminen toi informantit yhä uudestaan kuntoutuksen piiriin, jolloin päihdekuntoutujan uran prosessimainen rakentaminen tuli mahdolliseksi. Niinpä kuntoutuksen toistuva keskeytyminen ja päihdeongelman uusiutuminen eivät ole pelkästään huonoja asioita. (Mattila-Aalto 2013, 398–399.)

”Ku harjoittelee tuota nesteyttämistä, ni siinä kypsyy.” (A2)

”Pitää vaan oppii ottaan apuu vastaan. (...) Mun pitää opetella sitä, ettei oo häpee hakee apuu.” (A4)

”(..) nyt ne muistaa mut, ne kattoo et taas mää tuun(..) (Työntekijän nimi) mulle sano lopullisesti, et ymmärrätsä, hienoo et sä tajusit taas hakee apua. Sillon mulla meni että huh, niinhän se tietysti on.” (A5)

Informantit kokivat, että monilla asioimiskerroilla erilaiset palvelut tulivat tutuiksi, niistä itselle toimivin löytyi ja motivaatio toipua kasvoi retkahdusten kautta. Hyödyistä huolimatta useat hoitoonhakeutumiset tuntuivat työntekijöistä haastavilta rajallisilla hoitoresursseilla (Työntekijähaastattelut 9/2012). Lopulta ratkaiseva, juomisen hallintaa tuova hoitoon hakeutuminen saattoi tapahtua monella tavalla: eri hoitomuotojen sekä Kuusiston (2010, 276) mukaan sattumien ja harkinnan varaisen etenemisen kautta. Merkittävää on avunhakeminen ylipäänsä, perusta muutokselle ja uuden identiteettityön käynnistymiselle (Hyväri 2005, 220–224).

Työntekijöiden mukaan resurssit olivat riittävät avun saamiselle. Tosin haasteita toipumiselle tuli, jos hoito ei toiminut ensimmäisellä kerralla. Työntekijähaastatteluissa (2012) kerrotun perusteella suunnitelmallisuus ja valmius hoidon hyödyntämiseen olivat tärkeitä. Muutosta oli itse haluttava ja lisäksi kyettävä suunnitelmallisuuteen. Hoitoa ei välttämättä saanut heti, eikä järjestelmä helpolla antanut toista mahdollisuutta. Palvelun

tarkoitus ei ollut toimia hetkellisenä oljenkortena ja pitkällä suunnittelulla haluttiin varmistaa asiakkaan pitkäjänteinen sitoutuminen. Esille tuli, että suunnittelua ja hoidontarpeenarviointia saattoi olla jo liikaakin niin, että kuntoutuksessaan etenemään valmiit kulkivat eri työntekijöillä kertomassa tarinaansa ja arvioituttamassa hoidontarvettaan. Tällöin kellekään ei ollut aikaa perehtyä kuhunkin asiakkaaseen ja kokonaisvaltaisen kuvan muodostamiseen riittävästi, kun asiakas ohjautui käymään monella eri työntekijällä. (Työntekijähaastattelut 9/2012.) Menettelyllä pyrittiin välttämään palvelun näkökulmasta niin sanottujen turhien hoitojen tarjoamista. Edellisessä alaluvussa huomattiin, kuinka ne todellisuudessa veivät informantteja eteenpäin (ks. myös Mattila-Aalto 2013, 398).

Tietoa palveluista oli hyvin saatavilla ja niihin oli nykyisin helppo tulla. Nykyinen Kyllön palvelupiste kokonaisuutena nähtiin matalan kynnyksen palveluna. Kynnys ja palveluun liittyvät häpeäntunteet olivat olemassa, mutta aiempia vuosia matalammalla. Kohtelu oli hyvää ja palveluun pääsi, kunhan astui ovesta sisään ja käyttäytyi kuten normaali ihminen. Saaatavuus tarvittaessa, inhimillinen kohtelu ja kumppanuudelle rakentuva yhteistyö voidaan nähdä asiakaslähtöisenä työskentelytapana ja palveluna (Pietiläinen & Seppälä 2003, 27; Virtanen ym. 2011, 21). Asiantuntijoiden ja yhteiskunnan kielteinen ja kärsimätön suhtautuminen on yksi suurimpia ongelmia (ks. myös Koski-Jännes 1998, 231; Pakkasvirta ym. 2009, 39–41; Virtanen ym. 2011, 20). Aiemmin häpeälliset kokemukset palvelusta, kuten sen fyysiset ominaisuudet ovisummeri ja luukulla asioiminen, olivat nostaneet kynnystä hakeutua hoitoon. Pahimmillaan hakeutumisesta oli jäänyt hirveä tunne, jossa Kyllöön menevät vain kaikkein toivottomimmat tapaukset. Nykyinen mahdollisuus hakeutua hoitoon promilleissakin nähtiin merkittävänä muutoksena aiempaan. Promillejen pois saaminen omin avuin ja yksin oli ollut vaikeaa. Hyvänä asiana nähtiin mahdollisuus saada lääkärintodistus, joka auttoi säilyttämään työpaikan ja sosiaalisen kiinnekohdan.

”(..) kynnys madaltunu nii paljo (..) tänne voi tulla, eikä tarvi pelätä (..) elkää ajatelko sitä et sen pitää joku nollaraja olla, vaan viekää se sinne nin siellä katotaan ja otetaan avosylin vastaan.” (A6)

Palvelut ja avun saaminen vaativat asiakkailta heidän mielestään hoitoon lähtemistä, sitoutumista sovittuihin aikoihin, pitkäjänteistä työskentelyä, päihiteettömyyttä, rehellisyyttä itselle ja muille sekä maksusitoumuksia. Palvelun ulkopuolelle ei kannattanut

missään nimessä jäädä häpeilemään, vaan astua sisään. Informantit viestittivät vahvasti, että häpeän tunteiden kanssa oli opittava elämään. Retkahduksenkin jälkeen tuli kyetä hakeutumaan uudestaan ja jokaista asiaa käsitellä toipumisen etenemiseksi. Niin ikään Hänninen & Koski-Jännes (1999, 1840) havaitsivat ratkaisevaksi tekijäksi avunsaamiselle nöyrytyksen ja menemisen AA-ryhmään. Avun merkitys oman elämän parantumiselle toimi motivoivana, kuten huomasi myös Mattila-Aalto (2013, 398). Hoidon tai avun saamisessa merkittäviä tekijöitä olivat asiakas itse sekä palvelu. Asiakkaan omalla vastuulla oli esimerkiksi hakea apua ylipäättään. Palvelun tehtäväksi jäi auttaa löytämään sopiva avun muoto (ks. Raunio 2009, 109).

”Kai se riippuu aika paljon ihmisestä itsestään, et lähteekö hakemaan sellasta apua.” (A7)

”Ihmisen pitää ymmärtää olevansa toimiva subjekti, eikä joku kosmisen myrskyn riepottelema hiukkanen (naurua). Ja se siinä nimenomaan on vaikeeta. Ei tietenkään ole helppoa sekään. (...) Tää on usein toistettu klisee, että itehän se on joka tippa juotu.” (A2)

5.2 AVOT-ryhmän rakenne

TEEMAT
Ryhmän rakenne ja säännöt
Työntekijöiden rooli

Juomisen katkaisun jälkeen alkoholiongelma oli selätetty fyysisesti ainakin osin. Sen jälkeen henkinen puoli kaipasi hoitoa, mihin AVOT-ryhmä saattoi vastata tukemalla, ymmärtämällä, keskustelemalla ja avartamalla päihdeongelmaa. (A1-A7.) AVOT-ryhmä oli perusrakenteiltaan kuntouttava avohoitoryhmä, joka oli kaikille avoin ja uskonnollisesti sitoutumaton. Ryhmä kokoontui Sovatek-säätiön alla Jyväskylän Kyllössä kerran viikossa kolmen tunnin ajan. (Sovatek 5.4.2012.) Kaikkineen AVOT-ryhmässä oli vaihtuvuutta, mutta jokaisella kokoontumiskerralla kävijöitä oli noin 20. Kävijöiden ikähaitari oli laaja, 18-60 vuotta, ja he edustivat kaikkia sosiaaliryhmiä. Ryhmän asiakkailta oli usein alkoholiongelman lisäksi mielenterveysongelmia tai huumetaustaa. AVOT syntyi alkoholiongelmaasta toipuvien asiakkaiden pitkäjänteisen puhekontaktin tarpeeseen

juomisen lopettamisen jälkeen. Ryhmä toimi esimerkiksi katkolta tuleville jatkopolkuna, johon saattoi tulla myös omatoimisen juomisen lopettamisen tai retkahdusten jälkeen. AVOT-ryhmä oli ensisijaisesti juomista hallitseva, eikä katkaiseva palvelu. (A1-A7; Työntekijähaastattelut 9/2012, Pirttijärvi 22.5.2014.)

Ainoana vaatimuksena ryhmään pääsyyllä oli, että tulija oli selvä ryhmään tullessaan, minkä varmistamiseksi jokainen tulija puhalsi alkometriin. Osallistuminen ryhmän toimintaan oli vapaaehtoista, maksutonta ja mahdollista niin kauan kuin kävijä halusi käydä. Toiminnalle koettiin tärkeäksi yhdessä sovitut pelisäännöt ja niiden noudattaminen. Kaikki ryhmässä puhuttu oli luottamuksellista ja toisten intymiteettiä tuli kunnioittaa, jotta puheen sisältö saattoi syventyä, kuten Jantunenkin (2008, 59) on huomannut. Lisäksi oli tärkeää saapua ryhmään sovittuna aikana. Kaikilla informanteilla juomisen tarinaan kuului useita hoitoon hakeutumisia monenlaisissa tilanteissa ja eri palveluihin, joko omasta tai muiden aloitteesta, ennen kuin kuntoutuksella oli saavutettu tutkimuksen teon aikainen pitkään kestänyt juomaton ajanjakso. (A1-A7; Valtonen 12.6.2012.)

AVOT oli haastatteluhetkellä toiminut nykyisessä muodossaan muutaman vuoden ja ryhmässä kävi edelleen jopa alusta asti käyneitä asiakkaita, jotka kokivat ryhmän auttavan (Valtonen 12.6.2012). Heistä oli muodostunut niin kutsuttu ydinryhmä, kuten informantit heitä kutsuivat. Ydinryhmä muodostui pitkään käyneistä ihmisistä, jotka edustivat vanhempaa ikäpolvea. Osa informanteista kuului ydinryhmään. Ryhmäläisten tuttuus keskenään teki käymisestä helpompaa. Hokkanen (2003, 262) näkee tällaisen ydinryhmän homogeenisyyden haastavaksi vetäjille, joiden tehtävä on pitää yllä suvaitsevaisuutta ryhmän sisällä. Jokaiselle AVOTin kerralle tuli uusia ihmisiä usein suoraan katkolta tutustumaan toimintaan, ja he toivat toimintaan dynamiikkaa toimimalla elävinä muistutuksina toipumisen polun alusta. Ydinryhmä kykeni Hokkasen kuvaamaan suvaitsevaisuuteen, koska informantit kokivat uusien tulijoiden vastaanottamisen mieluisaksi. Uudet tulijat toimivat uusina kuulijoina ydinryhmän kokemuksille, mikä koettiin hyödylliseksi, ja heidät otettiin mielellään vastaan.

AVOTissa toiset ydinryhmäläiset koettiin ystäviksi, joiden tapaamista odotettiin ja, joiden poissaolosta huolehdittiin, kuten myös Jantusen (2008, 70) masentuneiden vertaisryhmässä ja Hyvärin määritelmässä (2005, 214–215). Toisin kuin Jantusella (2008, 70), joka kuvasi vertaisista löytyneen uusia ystäviä, ystävyys AVOTissa tarkoitti yhteisöllisyyttä ryhmässä,

mikä ei ulottunut ryhmän ulkopuolelle tapaamisina. Ryhmän tarjoaman huolenpidon, tuen ja rohkaisun avulla osallistujan oma ymmärrys tilanteestaan selkiytyi, eikä se tuntunut enää ainutlaatuiselta tai toivottomalta entiseen malliin (Jokela & Komu 2009, 90).

Ryhmäläiset näkivät ryhmän kahden vetäjän ammattitaidon ja -avun olemassaolon merkittävänä toiminnalle. Työntekijöiden tärkeän roolin ovat todenneet myös Jantunen (2008, 52), Laimio (11.3.2013), Hokkanen (2003, 267), Nylund (2005, 203) ja Mattila-Aalto (2013, 398–399). Raunion (2009, 109) mukaan työntekijän velvollisuus on asiantuntijana auttaa asiakasta ymmärtämään paremmin oma tilanteensa, antaa tämän käyttöön resursseja ja avata tilaisuuksia löytää tuen avulla omia vahvuuksiaan ja kehittymismahdollisuuksiaan. Juhila (2006, 131–132) asettaa päihdeyksikössä viihtyvyydelle tärkeän yhteisöllisyyden synnyn ammattilaisten vastuulle. Näitä vaatimuksia vetäjät toteuttivat omalta osaltaan valmistellen, ohjaten, kuunnellen ja muihin palveluihin ohjaten. Informantit saivat työntekijöiltä tällaista odottamaansa ammattimaista otetta. He näkivät yhtä lailla merkittävänä työntekijöiden ammattitaidon valmistelevassa työssä, ohjausmahdollisuuden muihin palveluihin asiakkaiden tarpeiden mukaan kuin lisätiedon antamisen alkoholiongelmasta. Vetäjien koettiin paneutuvan ryhmän vetämiseen ja sitä arvostettiin paljon. Työntekijöiden mukanaolo piti ryhmää koossa ja tuotti kerroille hyvää sisältöä, jos asiakkailta ei sillä hetkellä ollut toiveita. Asiakkailta toivottiin toiminnasta palautetta.

Kävijät saivat osallistua kertojen aiheiden valintaan ja kulkuun, mutta vetäjät kantoivat suunnittelun ja organisoinnin päävastuun toteuttaen Hokkasen vaatimaa vastuuta ohjaten ryhmää näkemyksellisesti (Hokkanen 2003, 267). Yleensä vertaistukeen ei liity ammattimaista ohjausta, mutta sen tuli olla pitkäkestoista ja erityistarpeet huomioivaa (Jokela & Komu 2009, 90), millainen AVOT oli. Pitkäaikaista tukea saatettiin tarjota niin kauan, kuin asiakkaat kokivat tuen tarpeelliseksi. Informantit näkivät käyvänsä AVOT-ryhmässä ”toistaiseksi”, vaikka olisivat onnistuneet olemaan vuosia selvin päin. Ryhmän ympärillä tarjotut yksilötapaamiset olivat myös periaatteessa rajaamattomia ja muita palveluita oli mahdollista saada ryhmän vetäjien todettua tarpeen. Yksilötapaamisten etuna oli, että niissä uskalsi ja saattoi puhua asioista, joita ryhmässä ei kehdannut sanoa. Vetäjien pysyvyys teki heistä tutumpia, mikä auttoi kaikkia osapuolia. Aiemmin käytetyistä katkopalveluista oli kokemuksia, jossa eri kokemusmaailmat aiheuttivat väärinkäsityksiä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välille.

AVOT-ryhmän vetämisessä ammattilaiset antoivat Raunion (2009, 109) periaatteen mukaisesti asiakkaiden käyttöön resursseja, joita asiakkaat hyödynsivät parhaaksi katsomallaan tavalla yhdistäen mukaan omaa kokemusasiantuntijuuttaan juomisesta ja toipumisesta. Selkeät säännöt ja vetäjien koossa pitävä rooli mahdollistivat tämän, toisin kuin AA:n kokoontumisissa, informanttien kokemuksen mukaan. Toipuminen vaati asiakkaalta valtavaa pitkäjänteisyyttä, sillä alkoholiongelma ei korjaantunut ”yhdellä käynnillä”, vaan muistutti enemmän painonhallintaa saavutetun tilan ylläpidossa (ks. myös Best 2011). Niinpä palveluidenkin tuli olla saatavilla pitkän aikaa, jotta jatkuva tuen antaminen oli mahdollista. Tällöin törmättiin resurssien riittävyyteen (Työntekijähaastattelut 9/2012).

5.3 AVOT-ryhmän toimintatapa

TEEMAT	ALATEEMAT
Vapaaehtoinen osallistuminen	– Puhuminen – Sitoutuminen
Yhteinen ongelma yhdistää	
Erottuminen muista toimijoista	

AVOT-ryhmän toimintatapa kuvasi parhaiten vapaaehtoinen osallisuus. Ryhmään tulo, siellä tekeminen omien kykyjen mukaan oli omaehtoista, mikä sopii vertaisuuden ideaan (ks. Hokkanen 2003, 257). Kävijät vaikuttivat jokaisen ryhmäkerran kulkuun nostamalla alun kuulumiskierroksella akuutteja aiheita puheenaiheeksi, joihin muut ryhmäläiset ja vetäjät saattoivat tarttua. Tämä piirre teki ryhmästä poliittisen Hyvärin (2005, 222) näkökulmasta. Kuulumiskierroksen aikana jokaisella oli mahdollisuus kertoa kuulumisensa tai mieltä askarruttavat asiansa. Muut ryhmäläiset ja ammattilaiset kuuntelivat, kannustivat, antoivat palautetta ja neuvoja.

”No se (AVOT) on hieno, ku on siinä alussa kuulumiskierros tunti-1,5, jokaisella on aikaa, saa puhua niistä asioista mitä haluaa jakaa ja sit saa myös kannustusta, palautetta tai neuvoja niihin tilanteisiin. Se on mulla ollut hirveen tärkeä asia. Kun on aikalailta sanoja

ongelmia mielenterveyden ja sitte päihteiden alkoholikäytön suhteen. Et ei o mitenkään eriskummallinen ihminen, jos on mielialansa kans vähä vaikeuksia tai paljonkin sitte ku se on se alkoholi myös siinä kuviossa sitte tietää että siellä monella on sama tilanne.” (A4)

”Jos tuolla ulkomaailmassa on tosiaa varsinki nää äsken mainitsemani yksinäiset ihmiset, jotka ei välttämättä oo sen viikon aikana sen sanan sanaa vaihtanu kenenkään kanssa nin täällä on sitten kaltaistensa seurassa ja on nämä ohjaajat tukena.” (A2)

Kuulumiskierros varmisti kaikkien äänten tasavertaisen kuulemisen (Hyväri 2005, 222): jokaisella oli mahdollisuus puhua vuorollaan ainakin kerran viikossa ja kertoa kuulumisensa itselle tärkeistä asioista. Myös kulloisetkin ryhmän ja yksilön tarpeet tulivat parhaiten esille puhumalla. Tapa opetti ryhmäläisille toisten kuuntelemisen taitoa, sosiaalista vuorovaikutusta (Koski-Jännes 1998) ja jakoi tietoa muiden kävijöiden juomis- ja avunhakemiskokemusten sekä ammattilaisten tiedon pohjalta. Kokemukseen perustuva tieto koettiin arvokkaaksi myös Jantusen (2008, 58) tutkimuksessa.

Osallistujien mahdollisuus jakaa selviytymistarinoita omakohtaisista kokemuksista, kommentoida muiden kertomuksia, tehdä lisäkysymyksiä ja antaa neuvoja toisilleen yhteisöllisessä hengessä loi hyvää oloa ja opetti vuorovaikutuksen taitoja. Tämä toteutti Nylundin (1996; 2005), Hyvärin (2005), Stengårdin (2007, 166), Jantusen (2008, 30, 60) ja Kuusiston (2009, 38) näkemyksiä vertaistuen tarkoituksesta ja kasvatti Hyvärin (2001) kuvaamaa myönteistä identiteettiä, jota ryhmässä käyminen jo itsessään tuo. Vertaistuen tarkoitus on vastavuoroisella kokemusten jakamisella saada tukea itselle ja auttaa muita. Jantunen näki tämän sekä oikeuttavana että velvoittavana. Hyvä olo piti yllä juomisen hallintaa ja toimivaa arkea, jolloin sosiaaliset suhteet palvelun ulkopuolisessa elämässä saattoivat selviytyä toipumista tukevin tekijöinä, esimerkiksi avioliittona.

Puhuminen muiden samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa oli informanteille helppo ja hyödyllinen toipumista tukeva tapa ja tärkeäksi sen näkivät myös Jantunen (2008, 30, 61), Nylund (2005), Hyväri (2005) ja Törmä (2011, 183). Ääneen puhumaan oppiminen kehitti omien asioiden hahmottamista ja tunteiden hallintataitoja. Myös Kotovirta (2009, 160–163) havaitsi raittiuden tuovan tasapainoisen tunne-elämän ja tunteiden hallinnan. Asioiden sanoittaminen viilensi ja vähensi voimakkaita sisällä olleita tunteita helpottaen oloa ja juomisen hallintaa myös Jantusen (2008, 63) sekä Jokelan ja Komun (2009, 92) mielestä. AVOT-ryhmässä kokoontui joukko puhetaitoisia ja toipuvia

alkoholiongelman toipumisen asiantuntijoita. Kaikille puhuminen ryhmän toimintatapana ei sovi yhtä luonnostaan kuin informanteille, vaan vaatii aikaa ja opettelua. Erilaisia palveluita ja kuntoutumisen tapoja tarvitaan, jotta jokainen löytäisi sopivan (ks. Kuusisto 2010).

”(T)oimintatapahan on sellanen että jokainen puhuu ja ihmiset puhuu yleensä aina mielellään itsestään, ja ryhmä myöskin kuuntelee mielellään. (...) Ja sehän on niin kivaa tulla kaltaistensa kuulemaks ja saada kommentteja.” (A2)

”Enemmän saa kun rohkaistuu suunsa avaamaan.” (A2)

Ongelman luonteen ymmärrys, kokemuksiin perustuva tuki ja neuvonta kaltaistensa seurassa olivat avuksi myös Mäkelän ja Aallon (2013, 52) mukaan. Kokemusten jakamisen kautta voi rakentua yksityisen ja julkisen silta, jota pitkin yksityisen asiakkaan ääni voi päästä kuuluviin (Hyväri 2005, 224), kuten AVOT-ryhmässä tapahtui. Informantit kokivat, että puhumalla juomisen hallinnan kaikista haasteista he pystyivät saamaan ja antamaan enemmän itselleen ja toisille. Vanhat kävijät saattoivat jakaa omia kokemuksiaan aina uusille tulijoille kannustaen heitä siten eteenpäin ja saaden siitä hyödyllisyyden tunnetta itselleen. Toiminta oli hyvin vastavuoroista. Vertainen osoittaa omalla tarinallaan, johon liittyy onnistumisia ja takapakkeja, että muutos on mahdollinen (Hietala 2014, 46–47). Muita autettiin oman toipumisen näkökulmasta (ks. Nylund 1996).

”Kaikki käyvät ryhmässä, koska se auttaa heitä henkilökohtaisesti, muiden auttamisen takia siellä ei käydä, ymmärtäminen et tää on näin vakava asia.”(A7)

Menemisessä uuteen toimintaan on aina kynnys mennä, mutta kokeilemalla muutaman kerran voi selvittää soveltuuko kyseinen palvelu omiin tarpeisiin. Uusien tulijoiden ”koukuttuminen” eli sitoutuminen ryhmän toimintaan kesti noin 3-4 kertaa. Jos sen ajan maltoi käydä tutustumassa, jäi todennäköisesti sitoutuneeksi kävijäksi. Alussa uusi tulija saattoi kokea ihmetystä ryhmän toimintatavoista kuunnellessaan toisten tarinoita ymmärtämättä, mistä on kyse. Yksikin tutustumiskäynti madalsi kynnystä tulla tarvittaessa uudestaan ja mitä pidempään ryhmässä kävi, sitä helpompi ryhmään ja toimintatapaan oli sitoutua. Ydinryhmälle ryhmässä säännöllisesti käyminen oli tärkeä juomisen hallintaa tukeva tapa, jota he eivät halunneet lopettaa (ks. myös Mattila-Aalto 2013). Tällainen asiakkaan intensiivinen sitoutuminen toipumiseen ja jatkuva ryhmiin osallistuminen olivat

todella tärkeitä tekijöitä myös Koski-Jänteen (1998) ja Väyrysen (2012, 286) mielestä muutosta edistävinä tekijöinä.

”(AVOT sopii silloin), jos vaan haluaa apua omiin ongelmiinsa ni toden teolla haluaa muutosta elämäänsä, vertaistukea, et on tosissaan sen asiansa kanssa. Ei halua apua, ei se sellaselle sovi, ketään voi pakottaa, se on niinku oma valinta. Aluks ku munki piti alottaa (..) mäki vierastin hommaa, en tienny minkälainen se (AVOT) oli, sitte ku mä menin sinne mä tajusin et tää on mun juttu.” (A4)

”(..) kukaan ei lyöny lyötyä siinä tilanteessa.” (A4)

Ryhmässä käsiteltiin yhdessä ryhmäläisten ja ammattilaisten kesken alkoholiongelmaan liittyviä asioita matalalla kynnyksellä, mikä mahdollisti ryhmään tulon esimerkiksi häpeällisten retkahdusten jälkeen. Ryhmästä koettiin aina saatavan apua, ilman tuomitsemista. Ilmapiirin sallivuus ja kannustavuus helpottivat puhumista myös Jantusen (2008, 56) tutkimuksessa. Aineiston perusteella AVOT-ryhmä näyttäytyi toisiaan tukevana porukkana, jossa kaikilla oli erilaisista lähtökohdista huolimatta samankaltaiset haasteet juomisen hallinnassa. Kullakin oli omat yksilölliset rankat kokemuksensa, mutta tapaukset olivat keskenään erilaisia. Jokainen ryhmäläinen saattoi tuoda porukkaan oman itsensä sellaisena kuin oli, ja muut ymmärsivät kohdatut haasteet omasta kokemuspohjastaan. Toisia ymmärrettiin erilaisuudesta huolimatta. Saman havaitsivat myös Hokkanen ja Astikainen (2001), Hyväri (2005), Nylund (2005) sekä Jantunen (2008). Hyväri (2001) näkee jäsenten selviytymistarinoiden olevan merkittäviä yhteisön synnyssä. Ryhmä tuki toisiaan vaikeassa tilanteessa ja lisätukena toimivat ryhmän vetäjät. Kokemuksia jaettiin tarinoiden kautta ja ne synnyttivät AVOT-ryhmää.

”Siinä tulee tämmönen tietynlainen yhteenkuuluvaisuuden tunne siinä ryhmässä. (..)Voi niiku nähdä et ei tässä olla yksin tässä taistelussa vaan tässä voi porukalla tukea toinen toistaan.” (A7)

”(..) ei välttämättä näy ulkonäöstä, ei semmosta yhteneväistä, mutta me tiedämme heti mistä kukin puhuu.” (A5)

Ryhmässä käymisen kautta rakentunut yhteenkuuluvuuden tunne teki ryhmästä tiiviin, eikä ryhmässä kukaan ollut yksin ongelmansa kanssa: saman ongelman jakaminen helpotti puhumista vaikeista asioista, mikä palautti ja kasvatti itsensä kunnioittamista ja toiveikkuutta toipumisesta, kuten myös Hietala (2014, 46–47) on huomannut. Jantusen (2008, 60) mukaan syntyy ryhmään kuulumisen tunne, yhteishenkeä, kun huomaa muilla

olevan samankaltaisia vaikeuksia ja kokemuksia. Myös Törmä (2011, 166) havaitsi tärkeäksi tunteen, ettei ole ongelmansa kanssa yksin. Toipuja tarvitsee sosiaalista tukea pysyäkseen irrallaan päihteistä, varsinkin etsiessään motivaatiota muutokseen (Koski-Jännes 2008) ja siinä AVOT voi auttaa. Päihdekuntoutukseen hakeutumiseen ja sitoutumiseen vaikuttavat henkilökohtainen kokemus toimintakehyksestä, yhteinen kommunikointi, tuttuus ja muut henkilöt, joilla on vastaavia ongelmia, pyrkimys niiden ratkaisemiseen tai asiantuntemusta päihdesuuntautuneesta elämäntavasta (Mattila-Aalto 2013, 398).

”Itsekunnioituksenkin voi usein rakentaa uudelleen... juuri sitä tietä, että näkee niissä muissa itsensä.”(A2)

Hyvästä ilmapiiristä huolimatta ryhmäläiset olivat toisilleen vain hyvän päivän tuttuja. Ryhmä ja sen ihmiset olivat toisilleen selvästi tärkeitä, mutta heitä ei ollut tapana tavata aktiivisesti palvelun ulkopuolella. Siellä odotti oikea elämä, johon palvelussa tavatut ihmiset eivät kuuluneet kiinteästi. Ryhmässä käyminen muistutti harrastusta, jossa käydään tiettyyn aikaan tietyssä paikassa, mutta muuten sen ihmisiä ei nähdä. Yksi iltapäivä viikossa mahdollisti säännöllisten kävijöiden mukaan elämän ilman alkoholia, mutta palvelu oli vain osa arkea, kuten totesivat myös Pietiläinen ja Seppälä (2003, 26) sekä Työntekijähaastattelut (9/2012).

Asiakkaiden kokemuksissa muista kuntoutusmuodoista oli eroja verrattuna AVOT-ryhmään erityisesti asiakkaiden osallistumisessa ja vuorovaikutuksessa. Tunnetuin vertaistoimintaa selkeästi hyödyntävä toipumisreitti on Anonyymit alkoholistit (AA), jossa ei ole ammattilaisvetäjiä. Informanttien kokemusten mukaan AVOT-ryhmässä parempaa AA:hin verrattuna olivat puhumisen säännöt: yksi kerrallaan äänessä, jolloin toisten päälle ei voi puhua, kiroileminen on kielletty, eikä vanhoja ryppyreissuja muistella eli ”kuivanappailla”. Näiden sääntöjen puuttuessa AA:n vuorovaikutusta kuvattiin yksipuoliseksi puheeksi ja kuunteluksi AA:n toipumisaskeleissa edistymisestä. Hyvänä ja toivottavana asiana AVOT-ryhmään pidettiin käytäntöä henkilökohtaisista tukihenkilöistä, jollaisen jokainen AA:ssa saa.

AA:n ja AVOTin eroksi kuvattiin se, että AVOT oli yksi osa elämää, eikä täyttänyt sitä kokonaan. AVOT-ryhmäläisiä yhdisti myös pitkälle sama tavoite juomisen hallinnasta, jota

ryhmässä käsiteltiin. Kuusisto (2010, 246) näki myös yhteisen tavoitteen merkityksen, mutta erona hänen tutkimukseensa AVOTlaiset eivät nähneet ryhmäänsä ”ryyppyporukan korvikkeena”, kuten Kuusiston informantit. Nimenomaan AVOT-ryhmäläiset pitivät tärkeänä, että ryhmässä ei „kuivanappailtu“ eli muisteltu vanhoja juomisia. Eroksi Minnesota-malliin huomattiin vetäjät, jotka siellä olivat itse vertaisia, entisiä alkoholiongelmaisia. Ristiriitoja ilmeni eri hoitomuotojen välillä, sillä AA:ssa Sovatekin toiminta nähtiin pelkäksi lääkehoidoksi ja toimintaa kutsuttiin ”nappihoitolaksi”. Hoitomuodoilla oli omat kannattajansa ja kullakin omat periaatteensa. AVOTlaisille tärkeintä tuntui olevan asianmukainen saatava hoito ja kullekin sopivan hoidon järjestäminen tarpeen mukaan. Informantit olivat löytäneet parhaan avun AVOT-ryhmän toiminnasta, mutta he hyväksyivät muunkinlaiset polut.

”Turhaa hakea ainoaa oikeeta. Ollaan kuitenkin erilaisia ihmisiä. Täs on se vapaus et AVOT ei pakota käymää siellä vaa jos sä koet et siit on sulle henkilökohtasesti hyötyä, voit käydä siellä.” (A7)

Sovatekin olemassaolo koettiin ylipäättään todella tärkeäksi. Terveyskeskus yksinään ei olisi ollut riittävä avunantaja näille ihmisille.

5.4 Tavoitteena juomisen hallinta: elinikäinen prosessi

TEEMAT	ALATEEMAT
Alkoholiongelmaisen tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> – Juomisen hallinta – Elinikäinen prosessi
Juomisen hallinta	<ul style="list-style-type: none"> – Arjenhallinta – Vuorovaikutus mahdollistajana

Tässä tutkimuksessa toipumisella tarkoitetaan toipumisprosessia, joka on pitkä matka juomisen täyttämästä elämästä hallitun juomisen arkeen (ks. myös Best et al 2011). Monen kohdalla matka voi olla elinikäinen. Toipumisen onnistumista ennakoivat omien verkostojen laatu ja riippuvuuden voimakkuus (Saarnio 2004, 287–299). Kuusisto (2010, 277) näki, että asiakkaan odotukset ja uskomukset ennakoivat hoidon tuloksellisuutta enemmän kuin hoito itse.

”Se vaatii nimenomaan sen todellisuuden tajuamista, että sairaus on vakava ja lääkkeet on kovat, valmista ei tule hetkessä, jos koskaan.”(A2)

Informantti kuvasi edellisessä lainauksessa tilaansa sairaudeksi toisin kuin tämän tutkielman lähtökohta oli. Myös Koski-Jänteen (1998, 105–106) mukaan oli tärkeää sisäistää, että alkoholismi on pysyvä sairaus, vaikka alkoholista pääsisikin eroon. Tämä määritelmä kuvaa enemmän muita tutkielmassa kuvattuja vertaistoimintaankin nojaavia toipumismuotoja. Best et al. (2011) näkee toipumisen mahdollisena, mutta ennemmin jatkuvana prosessina kuin hetkellisenä virstanpylväänä, mikä kuvaa tämän tutkielman aineistoa parhaiten. Usein kirjallisuudessa käytetty raittius tarkoittaa tässä samaa kuin juomisen hallinta.

Toipumisen ollessa pitkällä ja juomisen matkaa taitettuna vuosia ja vuosikymmeniä, informantteja yhdistävä tavoite oli juomisen hallinta, mutta myös kohtuukäytön kannattajia oli. Kohtuukäyttö jakoi aineistossa mielipiteitä, mutta se näytti toimivan toisilla. Ongelmallisen alkoholinkäytön rajasta on kerrottu tässä tutkielmassa alaluvuissa 2.0, 2.1 ja 5.1. Ryhmäläisten yhteiset intressit tavoitteista muodostuivat keskeisiksi heidän elämässään, kuten myös Hokkanen (2003, 257) on todennut. Kohtuullinen käyttö mahdollisti esimerkiksi juhlahetkinä kilistykseen osallistumisen, mikä ei herättänyt huomiota muissa juhlijoissa samalla tavalla kuin osallistumattomuus olisi tehnyt. Toisilla kohtuukäyttö ei tule kysymykseenkään: alkoholia joko käytetään tai ei. Palvelu hyväksyi molemmat näkemykset ja tuki yksilön omaa tavoitetta.

Voitettuaan alaluvussa 5.1 kuvatut alkoholiongelmaisen ja hoitoon hakeutumisen haasteet, liikakäyttäjän oli suhteellisen helppo saavuttaa juomisen hallinta itselle soveltuvalla hoidolla. Monelle toipumisen alkuna toimi katko, missä ihminen laitettiin ensin fyysisesti kuntoon. Tämän jälkeen alkoi toipumisen todellinen haaste: olla juomatta. Haastetta voi verrata esimerkiksi laihduttajan vastaavaan: itse laihtuminen on helppoa verrattuna saavutetun painon säilyttämiseen. Informanteilta juomisen hallinta vaati sitoutumista ja pitkäjänteistä työtä, joka nojasi jokapäiväiseen toistoon. Prosessia voi verrata jokapäiväiseen tarpeeseen saada ruokaa, missä AVOT-ryhmä toimi säännöllisenä, viikottaisena tukena. Informanteille oli käynyt selväksi, että alkoholiongelman kanssa työskentely vaati pitkäjänteisyyttä. Kuten Törmällä (2011, 212) myös informanteilla selvän elämän opettelu itsensä jatkuvan hoitamisen ohella kuuluivat prosessiin, jonka tuloksena

voitiin saavuttaa kokonaisvaltainen muutos elämässä – juomisen hallinta.

”Mutta kuitenkin että ihminen tiedostas että tämä AVOT ei ole yhen päivän juttu tämä asian purkaminen ja ongelman saaminen kuntoon, vaan se vaatii niin kun hyvin pitkäaikasta työskentelyä. Niin kun mullakin, mä oon käyny AVOTissa joka torstai kohta kolme vuotta.” (A1)

”Pullon korkki on helppo laittaa kiinni, että nyt mä lopetan sen, mutta se on mies ja naine joka pitää sen kiinni, että se ei aukase sitä. (...) Että siinä vaiheessa sitä oppii ja täällä olevaa AVOT-ryhmää justiaa tarvitaa että et mene ja aukase sitä. Töitä, töitä, töitä.” (A6)

AVOT tarjosi asiakkaille edullisen ja matalan kynnyksen alkoholiongelmasta puhumisen paikan, jossa vuorovaikutus yhdistettynä ammatilliseen tukeen teki ryhmästä merkittävän (ks. 5.3) ja erotti sen AA-ryhmistä. Tiedon ja tunteiden jakaminen vuorovaikutuksessa muiden kanssa koettiin tärkeäksi AVOTissa (ks. myös Jokela & Komu 2009, 92). Kun mielessä olevan juomisen sai puhuttua ulos ja puheelle oli ymmärtävä paikkansa, arkeen vapautui energiaa tehdä muita asioita.

”Kyl se niiku auttaa, tavallaan purkaa omaa elämäänsä, tavallaan siirtää sitä elämäkokemusta muille taikka niitä paineita tai mitä on jakamista toisten kanssa. (...) vaikeimmassa tilanteessa, jossa tuntus et täytytys korkata se pullo pelkästään se puhuminen auttaa ääneen et saa tavallaan niiku ulos sen asian mielestä, ettei se jää tonne päähän pyörimään.” (A7)

”Päihdeongelma kans, ku sitä saa purkaa ja kertoo jolleki, ei enää teekään nii paljo mieli sitä.” (A6)

Toipumisen prosessiin ja sen kasvamiseen juomisen hallinnaksi liittyi jatkuvan tuen tarpeen lisäksi vahvasti palvelun ulkopuolinen elämä ja arjenhallinnan taidot. Juomisen hallinta muutti arkea ja omaa asennoitumista maailmaan, jolloin oli otettava huomioon uusia asioita, joita ei voi tehdä: käydä baarissa tai mennä seuraan, jossa juodaan alkoholia. Kadulla kulkiessa baarien happy hour -mainosten vastustamisesta tuli haaste. Alkoholikulttuuri Suomessa on hyvin juomahakuinen, mikä asettaa omat haasteensa vähän käyttävien ja ongelman hallintaan pyrkivien sosiaaliselle elämälle. Hyvänä puolena selvin päin olossa nähtiin, että pienet vastoinkäymiset eivät enää romahduttaneet maailmaa. Vastoinkäymisille oppi nauramaan ratkeamatta juomaan. Tämä kertoo asenteesta tapahtuneesta muutoksesta ja omien kykyjen kasvusta selvitä ongelmallisista tilanteista, minkä havaitsivat myös Koski-Jännes (1998) ja Kuusisto (2010, 216). Itsetuntemus ja itseilmaisu parantuivat niin ikään pikku hiljaa ryhmän tarjoaman osallisuuden ja

sosiaalisen verkostoitumisen avulla, minkä näkivät merkittäväksi myös Ahmaoja (2006, 5–59), Jantunen (2008, 63) ja Kuusisto (2010, 216).

Vaikka toipumisen prosessi ei ollut helppo, se tuotti informanteille tyytyväisyyttä raittiina arkena, minkä myös Kuusisto (2010, 273–274) huomasi. Vuosien juomisen jälkeen ihminen saattoi aluksi tarvita opastusta kokonaisvaltaisesti elämän aivan tavallisissakin asioissa kuten laskujen maksussa. Tähän AVOT ja sen ympärillä olevat työntekijät vastasivat kokonaisvaltaisella ryhmätoiminnalla, mitä on kuvattu edellisissä alaluvuissa. Juomisesta vapautunut ajankäyttö tuli suunnitella, jotta juominen ei ollut mahdollista. Pulloon tarttumista ehkäisivät muun elämän virikkeet. AVOT-ryhmä kävi toisinaan yhdessä etsimässä asiakkaiden ideoiden mukaan tekemistä keilaamisesta tai taidenäyttelystä. Informanttien kokemukset ja kontaktit olivat tärkeitä tekemisen keksimiselle hoidon ulkopuolisessa elämässä. Aiemmin on todettu, että sosiaaliset kontaktit juomapiiriin ulkopuolella helpottivat juomatta pysyttelyä (ks. 5.1; Saarnio 2004, 287–299.) Tarpeellisia ovat myös kuntoutuksen tarjoamat sosiaaliset suhteet (ks. esim. Mattila-Aalto 2013, 400), jotka heijastuvat taitoina ja kokemuksina toipujan arkeen.

Haastatellut ryhmäläiset pitivät katkaisun ja yksilötapaamisten lisäksi AVOTin roolia oman selvin päin olonsa tai kohtuukäytön ylläpidossa merkittävänä. AVOT nähtiin yhtenä syynä, miksi he olivat selvin päin: AVOT mahdollisti heille juomisen hallinnan, kuten ryhmä ja toimintaohjelma mahdollistivat raittiuden Kotovirran tutkimuksessa huumeriippuvaisille (2009, 160–163). Törmän mukaan elinikäinen oppimisprosessi vaatii kriittistä itsereflektiota, jossa korostuvat kertomisen ja vertaistuen merkitykset (Törmä 2011, 212). AVOTista saatu tuki kuvattiin palveluista tärkeimmäksi apukeinoksi, jolla pitää ”elämä raiteillaan” ja elää päihteetöntä elämää. Tuen lisäksi AVOTia nimitettiin toimivaksi terapiamuodoksi, vaikka vertaistukea ei tule luonteestaan huolimatta pitää terapiasuhteena (Hyväri 2005, 219).

”(AVOT) on tähänastisista terapiamuodoista ylivoimaisesti paras, mitä voi mitata niin yksinkertasella asialla ku juomattomuuden kestolla.” (A2)

Vertaisuuden ja ammatillisuuden yhdistelmä toimi siihen astisista kuntoutumismuodoista informanteille parhaiten, sillä se oli johtanut pitkäaikaisimpaan juomisen hallintaan. Merkittäväksi koettiin puhumisen mahdollisuuden lisäksi sosiaalisuus ja kuulluksi

tuleminen eli vuorovaikutus muiden samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa. Tärkeää muutoksessa on sosiaalinen vuorovaikutus, omien ajattelutapojen muokkaus tai uusi näkökulma omaan elämään (Koski-Jännes 1998, 228–229), joita havaittiin AVOT-ryhmäläisissä ja heidän tunteiden ja arjen hallinnassa. Ryhmän toimintatavoissa vuorovaikutus oli suuressa roolissa vertaistuen periaatteiden mukaan. Vertaisten luoma kokemusta ymmärtävä ilmapiiri teki osallistujille normaalin olon, mikä saattoi johtaa itseymmärrykseen, omien voimien tunnistamiseen sekä rohkaistumiseen muutosten tekijänä, kuten myös Siitonen (1999), Munnukka (ym. 2005, 246), Nylund ja Yeung (2005, 13), Wilska-Seemer (2005, 255–273), Jantunen (2008, 63), Ketokivi (2009), Salonen (2010), Laimio (2011) ja Törmä (2011, 213) ovat havainneet. Voimaantumista mahdollistamassa ja edistämässä olivat AVOTin tapauksessa paitsi toiset toipujat myös ammattilaiset vetäjät.

Muiden kohtaaminen avarsi oman päihdeongelman ymmärrystä toisten ihmisten kertomusten kautta. Muiden puhuessa avoimesti myös oma rohkeus puhua kasvoi. Muita kuunnellessa ja tukeessa oma tilanne ei tuntunut niin toivottomalta (Jokela & Komu 2009, 90). Keskustelun koettiin ”parantavan” ja edistyksen saattoi tuntea nahoissaan. Tällainen AVOT-ryhmän vuorovaikutus (ks. 5.3) tuo toiminnan periaatteet lähelle vertaistukea. Periaatteiltaan AVOT-ryhmä voidaan määritellä vertaistuelliseksi, koska sen periaatteet ovat lähellä Jantusen (2008, 23) määritelmää vertaistuesta, jossa taustalla on kokemukselliseen tietoon pohjautuva sosiaalinen tuki, jota annetaan ja saadaan keskenään samankaltaisessa tilanteessa olevien ihmisten välillä. AVOT-ryhmän toimintatavat muistuttivat toisten tukemiseen ja auttamiseen tähtääviä vastavuoroisia suhteita kuten Hyvärillä (2005, 214–215). Kotovirta (2009) havaitsi vertaistuen vaikutuksiksi elämänhalun, omana itsenä olon halun ja ei-häpeän kasvamiseksi, joiden kasvamista informanteilla oli havaittavissa. AVOT-toiminta kasvatti kävijöiden itsekunnioitusta kokemusten vuorovaikutteisen jakamisen kautta.

Yhdessä lääkkeiden kanssa vertaistuelliset piirteet tasapainottivat elämää. Lääkkeet toimivat aiotusti, kun elimistössä ei ollut alkoholia, minkä ryhmässä käyminen mahdollisti. Lääkkeet yksinään eivät riittäneet avuksi, vaan lisäksi tarvittiin puhumista. Lääkehoito parantaa psykososiaalisen hoidon tehoa (Irti päihdeongelmista 2009, 84). Puhumisen ja vuorovaikutuksen mahdollisuudet täyttävät tai korvaavat jopa toiveet psykologin palveluista, joita on vaikeampi saada. Suuntaus päihdehuollossa on medikalisaatio ja

päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhdistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Ryhmän vastavuoroisuudesta hyötyivät paitsi asiakkaat, myös ammattilaiset. Asiakkaat toimivat eräänlaisina kokemusasiantuntijoina täydentäen ammatillista osaamista, jota päihdepalveluihin on haettu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tiedon antajina ja muiden tukijoina he saivat hyvää oloa ja toipumisessa tärkeää pystyvyyden tunnetta. Työntekijät saivat käytännön tietoa kuntoutujien marginaalista (Hyväri 2005, 218–219), josta heillä ei välttämättä ollut omakohtaista kokemusta. Omakohtaisuuden puute tuotti toisinaan väärinkäsityksiä asiakkaiden ja ammattilaisten välillä. Ammattilaisilla oli kuitenkin ammatillinen kokemusasiantuntijuutensa ja pitkä kokemus sadoista, jopa tuhansista ”juopotteluhistorioista” ja toipumistarinoista työnsä puolesta. Asiakkaalla oli vain yksi, omansa.

”Ja sehän siinä nyt tietysti on aina turhauttavaa, kysyy sitä nyt keneltä tahansa kunnolliselta juomarilta, nin on turhauttavaa tulla tänne amatöörien kanssa keskustelemaan asiasta.” (A2)

Pullonkorkin kiinni pitäminen on suuri haaste, jossa AVOT oli merkittävä apu ja tuki. Ryhmä auttoi oman tilanteen aidossa ymmärtämisessä. Säännöllinen kokoontuminen loi tukea ja turvaa kävijöille, joille varsinkin toipumisen alkutaipaleella arjenhallinta oli haastavaa. Ryhmä toi rungon, toimintamallin, uutta sisältöä ja katkaisua arkeen, kun juominen oli saatu hallintaan. Toipumisessa juomisen hallintaan oli kehämäisyyttä, jossa hyvät asiat kytkeytyivät toisiinsa kuten myös Kuusisto (2010) on nähnyt. Hallinta mahdollisti hyvien asioiden, kuten työpaikan tai perheen, säilymisen tai takaisin saamisen arjessa. Kaikille tällainen ei ole mahdollista, vaikka kuntoutuksen filosofiana on perinteisesti noudatettu tavoitetta työpaikasta ja työllistymistä on jopa painotettu muuhun selviämiseen nähden (Piirainen 1999, 7). Silti kuntoutuminen tai toipuminen eivät takaa (Mattila-Aalto 2013, 404) työllistymistä, koska kaikille ei ole tilaa työmarkkinoilla (Särkelä 2001, 132). Kuntoutukseen sitoutuneisuudesta ja siinä menestymisestä huolimatta menneisyyden päihdeongelma estää koulutukseen ja työmarkkinoille siirtymistä (Mattila-Aalto 2013, 402).

5.5 Juomisen hallinnan mahdollistuminen prosessissa

Edellä olleissa alaluvuissa 5.1–5.4 on esitetty alkoholiongelmaisten etenemistä juomisen hallitsemasta elämästä elämäntapaan, jossa juominen on hallinnassa. Merkittävänä toipumismuotona on ollut kuntouttava avohoitoryhmä AVOT. Juomisen hallinnalla viitataan alkoholiongelmasta toipumiseen tai kuntoutumiseen, mutta korostetaan matkan päättymättömyyttä. Tässä tutkielmassa alkoholiongelman hallinta nähdään elinikäisenä prosessina, joka vaatii jatkuvaa työtä ja ylläpitoa. Kuntoutujat olivat saavuttaneet pitkän selvän jakson säännöllisillä ja pitkäjänteisillä käynneillä AVOT-ryhmässä, jossa heillä oli tukenaan muita alkoholiongelmaisia ja päihdetyön ammattilaisia.

Seuraavassa esitetään analyysin toisen vaiheen tulokset: juomisen hallinnan mahdollistumista kuvaava prosessi. Sen esikuvana on Kotovirran (2009) huumeriippuvuudesta toipumisen malli. Kuvio 4:ä voi verrata Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemalliin, joka on yleisesti käytetty muutosta ymmärtävä työkalu (ks. esim. Kuusisto 2010, 35–38; Terveyskirjasto 2014b). Siinä riippuvuudesta toipumista kuvataan esiharkinnan, harkinnan, valmistelun, toiminnan ja ylläpidon kautta. Hyvä vertailukohta on myös Jellinekin käyrä (Myllyhoito 28.10.2014; The Jellinek Curve 5.11.2014).



Kuvio 4. Juomisen hallinnan mahdollistuminen toipumisprosessissa vaiheiden 1-5 kautta.

Kuvio 4 kuvaa alkoholiongelman huomaamisesta ja hoitoon hakeutumisesta alkavaa prosessia, jossa juominen voidaan saada hallintaan palvelun ja kuntoutujan yhteistyöllä pitkäjänteisessä prosessissa. Vaiheiden muotoilussa on sovellettu Straussin ja Corbinin (1990, 158–175) ehdollista matriisia ilmiön moninaisten syiden ja seurausten tavoittamiseen ja yhdistämiseen. Prosessin vaiheet eivät näyttäyty ainoastaan kronologisesti. Toipuja voi liikkua vaiheiden välillä esimerkiksi retkahdusten vaikutuksesta tai etsiessään sopivaa hoitomuotoa. Kärsivällisyyttä ja epävarmuuden sietokykyä koetellaan prosessissa monesti, mutta pienten edistysaskeleiden huomaaminen kannattaa (Koski-Jännes 2008, 47). Toipujien lähtökohdat ovat erilaisia vakavuudeltaan ja vaikuttavat prosessin eri vaiheiden kestoon. Jollekin ongelman havaitseminen voi tapahtua nopeasti havahtumalla lyhyen käytön jälkeen, toiselta voi kestää vuosia myöntää ongelman olemassaolo.

Kuviossa 4 alkoholin ongelmakäyttö alkaa osana tiettyä elämäntilannetta tai -tapaa. Käytön kasvaessa juominen alkaa dominoida elämää, jolloin haitat tulevat näkyvämmiksi. Silloin yleensä oma ja lähipiirin hyvinvointi alkavat kärsiä. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu siinä vaiheessa, kun avuntarve koetaan tarpeeksi suureksi, jotta hoidosta ajatellaan saatavan apua. Aineiston mukaan tähän johtopäätökseen on tullava omasta aloitteesta: yleensä rankkojen kokemusten tai terveydentilan heikentymisen kautta – pohjalta (ks. myös Myllyhoito 28.10.2014; The Jellinek Curve 5.11.2014). Hoitoon hakeutuminen ei itsessään takaa ongelmasta irtipääsyä, vaan toipumisen alku vaatii itselle myöntämistä ja sopivan kuntoutumuksen löytymistä, joista ensimmäisessä asiakkaan oma ja lähipiirin tuki on merkittävä. Jälkimmäisessä, palvelu voi auttaa.

Ongelman myöntämättömyys kuuluu Prochaskan ja DiClementen esiharkintavaiheeseen, joka vastaa kuviossa 4 vaihetta 2. Jellinekin käyrällä tätä vastaisi pohjakosketus, jollaisia aineistossakin tuli esiin. Vaihe 2 linkittyy vaiheeseen 3 ja sisältää piirteitä Prochaskan ja DiClementen harkinnan ja valmistelun vaiheista, joissa toipuminen pääsee vauhtiin ja uudenlainen elämäntapa opetellaan. Tätä seuraavat vaiheet vahvistavat saavutettua tilaa, mutta eteneminen voi ottaa takapakkia milloin vain. Asiakkaalle toimivan palvelun lisäksi kuntoutuminen edellyttää edetäkseen juomisen hallintaa tukevaa palvelun ulkopuolista elämää ja lähipiiriä. Samat sosiaaliset suhteet ovat merkittävässä roolissa juomisen hallinnan arjessa. Juomisen hallinnan saavuttamisesta alkaa elinikäinen prosessi pysyä selvinpäin, jossa tuentarvetta voi ilmetä pitkäänkin juomisen lopettamisen jälkeen.

Myllyhoidon soveltamassa Jellinekin käyrässä prosessin retkahduksia ei oteta huomioon kuten kuviossa 4. Jellinekin käyrällä on kuvattu vaiheissa etenemistä omaan tahtiin, mutta kuviota 4 positiivisemmin. Myllyhoito sekä Prochaskan ja DiClementen mallit eivät ota esille jatkuvan tuen tarvetta yhtä selvästi kuin kuvio 4. Tämän tutkielman mukaan saavutetun juomisen hallinnan tilan ylläpidossa toipuja tarvitsee pitkäjänteistä tukea.

6 JUOMISEN HALLINNAN ELINIKÄINEN PROSESSI

Tämän tutkimuksen alussa esitettiin kolme tutkimuskysymystä: 1) Miten vertaistuki auttaa hallitsemaan juomista? 2) Miten vertaistoiminnallisuutta hyödyntävä AVOT-ryhmä vastaa asiakkaiden tarpeisiin? ja 3) Millainen merkitys vertaistuella on alkoholiongelmaiselle? Tämän luvun alaluvuissa 6.1–6.3 vastataan esitettyihin kysymyksiin ja alaluvussa 6.4 esitetään yleisempää pohdintaa sekä jatkotutkimusaiheita.

Tutkimuksen käsitteellinen viitekehys rakennettiin alkoholin ongelmakäytön, päihdepalveluiden, toipumisen ja vertaistuen varaan. Näin ollen tutkimus liittyy osaksi päihdehuoltoa, erityisesti vertaistuen merkitystä, koskevaa tutkimuskirjallisuutta. Empiiriseksi aineistoksi kerättiin teemahaastatteluja alkoholiongelmaasta toipuvilta kuntoutujilta, jotka kävivät säännöllisesti avohoitoryhmässä. Aineiston analyysin pohjalta voidaan sanoa, että juominen on mahdollista saada hallintaan prosessissa, jossa toipumista kuvaa ennemmin elinikäinen matka kuin tiettyyn aikaan määrittyvä hetki (ks. myös Best et al. 2011). Matkalla merkittävää tukea antoivat ammatillinen ja siihen yhdistetty vertaistuki, joiden kokonaisvaltaisuus mahdollisti juomisen hallinnan.

6.1 Vertaistuki auttaa hallitsemaan juomista

Kuntouttavan avohoitoryhmä AVOTin vertaistuelliset piirteet ja toimintatavat auttoivat toipujia hallitsemaan juomistaan monien vaiheiden ja ongelman itselle myöntämisen kautta. Tätä kokonaisuutta kutsutaan tässä toipumisen prosessiksi. Prosessille merkityksellisiä olivat myös aiemmat käydyt hoidot. Katkon hoidettua ihmisen fyysisesti kuntoon, AVOT-ryhmä auttoi henkisen puolen toipumiseen alkoholiongelman käsittelyllä: tukemalla, ymmärtämällä, keskustelemalla ja avartamalla päihdeongelmaa. Asiakkaiden kesken ryhmässä annettiin ja saatiin juomisen, asiakkuuden ja toipumisen kokemukselliseen tietoon pohjautuvaa sosiaalista tukea. Havainnot ovat samankaltaisia Nylundin (1996, 2005), Hyvärin (2005), Stengårdin (2007, 166), Jantusen (2008, 30, 60–61), Kuusiston (2009, 38) ja Törmän (2011, 183) vertaistuen määritelmien kanssa.

Vertaistuki auttoi etenemään henkilökohtaisessa toipumisessa opettamalla prosessissa

hyödyllisiä taitoja kuten sosiaalisuutta, itseluottamusta, itsenäisyyttä, tunteista kertomista, hyväksyntää ja vastuuta. Taidot opittiin kertomisen ja kuulluksi tulemisen kautta, vuorovaikutuksessa muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa. Toimintatapa vahvisti yksilön osallisuutta, voimaantumista ja selviytymisuskoa omiin mahdollisuuksiinsa. Muiden ryhmäläisten tuki auttoi toipujia esimerkiksi voittamaan toipumista estävät häpeän tunteet ja ymmärtämään, että on normaali ihminen, joka voi saada ongelmaansa apua (ks. myös Siitonen 1999).

Vapaaehtoisella osallistumisella ryhmän toiminnasta saatu apu auttoi toipujia konkreettisesti pysyttelemään juomatta, mutta vaati aktiivisuutta, halua ja kykyä antaa itsestään puhumalla. Puhumisen kautta samanlaiset haasteet ja oma asiantuntemus aiheesta pääsivät esiin kuten Hyvärikin (2001) näki. Puhumisen taito teki joistakin vertaisista enemmän asiantuntijoita kuin toisista asettaen toiset kuulijoiksi. Toipumisen kannalta, aineiston perusteella, on kannattavaa yhdistää vertaistuellinen kokemusasiantuntijuus asiakaslähtöiseen ammatilliseen tukeen. Mattila-Aallonkin (2013) tärkeäksi näkemä kommunikointi tuotti enemmän apua, kun sitä sai harjoitti toisten samassa tilanteessa olleiden asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa.

6.2 Vertais- ja ammatillinen tuki vastaa toipujan tarpeisiin

Tutkimuksen tapauksessa AVOT-ryhmän toiminta vastasi asiakkaiden kokonaisvaltaisiin tarpeisiin irrottautua juomisen dominoiman elämän piiristä ja olla juomatta yhdistäen vertaistukea ja ammatillista apua. Yhdistelmän merkityksen toipumiselle havaitsivat myös Kotovirta (2009, 5) ja Jantunen (2008, 53). Palvelu oli vain pieni osa elämää, jossa opittiin tietoja, taitoja ja tapoja selviytyä arjessa palvelun ulkopuolella.

Ammattilaisilla oleva vetovastuu ryhmästä erotti AVOTin ja AA:n toisistaan. Ammattilaisten rooli AVOT-ryhmässä nähtiin tärkeänä tiedon jakajana, toimintatapojen luojana, muiden palveluiden välittäjänä ja toiminnan raamittajana, kuten myös Laimio (11.3.2013) on havainnut. Ryhmän tavat tukivat toipumisen tarvitsemaa muutosta (ks. myös Kuusisto 2010) vastatessaan infromanttien tarvitsemien tiedon saamisen, puhumisen ja vuorovaikutuksen tarpeisiin.

Mahdollistamalla juomisen hallinnan AVOT vastasi asiakkaiden tarpeeseen elää juomatta ja palata sosiaaliseen osallisuuteen (ks. myös Mattila-Aalto 2013, 400. Ryhmä opetti arjessa selviytymisen taitoja kokonaisvaltaisesti ja konkreettisesti: luomaan uusia ja pitämään yllä vanhoja sosiaalisia kontakteja, hoitamaan arjen asioita ja keksimään tekemistä. Sosiaalisten kontaktien antama tuki oli merkittävää toipujalle, läheisten tarvitsemasta tuesta ei juuri puhuttu. Tarpeisiin vastaaminen oli yksi asiakaslähtöisen työotteen piirre, minkä Sovatekin riippuvuus kuntoutustyöryhmän työntekijät näkivät tärkeäksi työssään, mutta eivät aina mahdolliseksi toteuttaa (Työntekijähaastattelut 9/2012).

AVOTin vetäjien ohjauksessa vuorovaikutus ryhmässä oli keskustelevaa eli dialogista, eikä monologista yksi kerrallaan äänessä -puhumista. Toimintatavat yhdessä tasavertaisen ja yhteistyölle rakentuvan kumppanuuden kanssa voidaan nähdä asiakaslähtöisenä työskentelytapana (Pietiläinen & Seppälä 2003, 27; Virtanen ym. 2011, 20), dialogisena työotteena (Vilén 2002), vuorovaikutuksessa rakentuvana (Juhila 2006) tai symmetrisenä suhteena (Heikkinen ja Huttunen 2008). Ryhmän toimintatapa voidaan nähdä parhaimmillaan asiakkaiden ja työntekijöiden työskentelyn symmetrisyytenä.

Kuntoutujilla ja ammattilaisilla oli molemmilla kokemustietoa ja asiantuntijuutta alkoholi-ongelmasta. Tietoa ja kannustusta jakamalla ammatillinen tieto- ja kokemusasiantuntemus yhdistyivät asiakkaiden kokemusasiantuntijuuteen ongelmasta ja toipumisesta. Erilaisista tiedoista ja taidoista huolimatta ryhmän henkilöiden ja roolien välillä oli mahdollista kokea yhdenvertaisuutta (Heikkinen & Huttunen 2008, 212), koska kaikkia arvostettiin. Kummallakin oli hyödyllistä hiljaista tietoa kokemuspöydästä (Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys 14.10.2014). Aineiston perusteella voidaan sanoa, että ryhmä onnistui juuri eri tietojen ja taitojen ansiosta antamaan resursseja ja avaamaan mahdollisuuksia monenlaisten asiakkaiden toipumisen prosessien käyttöön (vrt. Raunio 2009) vahvistamalla asiakkaan subjektia ammatillisella ja vertaistuellalla.

AVOT-ryhmä muistutti alaluvussa 3.2.2 kuvattua yhteisöhoitoa, jossa Kaipion (2004, 39) mukaan yhteisö ja hoidettavat sopivat pelisäännöistä ja keskinäisestä auttamisesta. Yhteisöhoito yhdistää AVOTin lailla vertaistukeen perinteisiä tukimuotoja kuten yksilötapaamiset. Toipumista tukeva toiminta eteni AVOT-ryhmässä asiakkaiden ehdoilla ammattilaisten vankalla tuella. Ryhmä ympäröivine palveluineen sekä oma lähipiiri

muodostivat juomatonta arkea tukevan monimuotoisen kokonaisuuden edellyttäen, että toipuja oli valmis niitä hyödyntämään. AVOTissa tapahtui sama kuin Boisvertin ym. (2008) ja Ahmaojan tutkimuksissa (2006, 5–59), joissa sosiaalinen verkostoituminen kasvatti osallisuutta, itsemääräämisoikeutta ja asioihin vaikuttamista. Vertaistuen piirteet yhdistettynä ammatilliseen apuun voivat tarjota merkittävää apua juomisen hallintaan monenlaisille tavallisille ihmisille, joilla on eriasteista alkoholin ongelmakäyttöä.

6.3 Vertaistuen merkitys juomisen hallinnan prosessissa

Vertaistuellinen vuorovaikutus voi voimaannuttaa ja auttaa kriittiseen oman tilanteen tarkasteluun (Freire 1972, Siitonen 1999; Munnukka ym. 2005; Wilska-Seemer 2005). Kun vertaistuelliset piirteet vielä yhdistetään ammatilliseen tukeen, kokonaisuus vastaa kuntoutujien tarpeisiin ja mahdollistaa juomattoman arjen vaikuttavalla tavalla. AVOTin jatkuva ja kokonaisvaltainen toimintatapa vie eteenpäin toipumista edistäviä prosesseja, kun toipuja tarvitsee sosiaalista tukea pysyäkseen irrallaan päihteistä (Koski-Jännes 2008; vrt. Jokela & Komu 2009).

Ammatillisen ja vertaistuen yhdistelmän merkityksen toipumiselle ovat todenneet myös Kotovirta (2009, 5) ja Jantunen (2008, 53). Tutkielman mukaan AVOT-ryhmää voi kuvata ”parhaaksi terapiamuodoksi” ja toimivimmaksi avuksi juomisen pitkäjänteisessä hallinnassa. Ryhmän tukea verrattiin terapiaan, jota se ei ole (vrt. Hyväri 2005, 219). Asian esiin nousu kuvasti henkisen tuen merkityksellisyyttä toipumisessa. Terapiaa on vaikea saada ja se vastaa eri asiaan kuin vertaistuki. Juomista hallitsevalla ja ennaltaehkäisevällä puhumisen paikan järjestämisellä on mahdollista kokea arvokasta vuorovaikutusta, voimaantumista ja osallisuutta sekä säästää varoja haittojen hoidossa. Ympäriille tarvitaan turvaverkoksi muut palvelut.

Toipujat arvostivat hyvää palvelua, mutta kokivat olevansa pääasiassa itse vastuussa omasta elämästään ja samaa ovat havainneet Pakkasvirta (2009) ja Hyväri (2001). Asiakkaat puhuivat omasta aktiivisuudestaan niin paljon, että on todettava oman vastuun ja voimavarojen tärkeys avun hakemisessa ja saamisessa. Tältä pohjalta tuntuu mahdottomalta enää lisätä asiakkaan omaa vastuuta palveluissa. Juomisen hallinnassa

tarvittava oman voiman kokoaminen on haastavaa (Hietala 2014), ja toipujat tarvitsevat kaiken mahdollisen tuen onnistuakseen saavuttamaan ja säilyttämään juomisen hallinnan. Lähipiiri ja ammattiapu voivat tarjota tukensa, mutta suurin rooli on toipujalla itsellään.

Paitsi vastuuta, asiakkaiden omalla äänellä tulee olla myös valtaa palvelun sisällä. AVOT-ryhmän toimintatapa varmisti kaikkien pääsyn puhumaan ja jakamaan liikkamiseen liittyviä kokemuksia. Asiakkaan äänen esiintulo onnistui vuorovaikutuksessa muiden samankaltaisessa elämäntilanteessa olleiden ja ammattillisen osaamisen ja kokemuksen kanssa.

6.4 Lopuksi

Tutkielmaa pohtiessa olen huomannut tarpeen AA-ryhmien, AVOTin ja A-Killan kielen ja puheen tutkimiselle. Myös kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen yhteistyön ehtojen tarkentaminen on tarpeellista, ja sitä tulisi tutkia Hietalankin (2014, 47) mielestä. Milloin asiakasasiantuntemus tai vertaisuus on hyödyllistä muiden asiakkaiden mielestä, milloin epätoivottua? Kaikki eivät halua samaistua vertaisiin.

Erilaiset kuntoutusmuodot sopivat eri ihmisille, jolloin kokeilu ja valinnanvapaus muodostuvat tärkeiksi. Käytännössä etsiminen on haastavaa rajallisissa resursseissa ja käytännöissä (Työntekijähaastattelut 9/2012), joissa jokaiselle asiakkaalle on pahimmillaan vain yksi mahdollisuus löytää toipumisen reittinsä. Tämä on aineiston valossa täysin riittämätöntä. Aineisto ja Mattila-Aalto (2013, 399) ovat osoittaneet, että useat hoitoon hakeutumisesta hyödyttävät ja ohjaavat asiakasta sitoutumaan. Tutkielman perusteella voi kysyä, miten ylipäätään voi toipua, jos ei kerralla osu itselle sopivaan hoitomuotoon – mikä aineiston ja aiempien tutkimusten mukaan on yleistä – mutta uutta mahdollisuutta on vaikea saada. Ensimmäisellä kerralla saavutettava lyhyt selvä jakso ei vielä tarkoita toipumista, vaan yhtä etappia pitkällä matkalla. Kokeilun ja erehdyksen mahdollisuus tulee sallia kuntoutuspoluilla. Matka on pitkä, mutta kun oikea kuntoutusmuoto löytyy, kaikki vanha epäonnistumisineen pienenee merkityksessään.

Tutkielman perusteella AVOT-ryhmä oli merkittävä toipumisen tapa. Sen toimintatavat

sisälsivät juomisen, asiakkuuden ja toipumisen kokemusasiantuntijuutta sekä vertaistukea. Näitä yhdistettiin asiakaslähtöiseen ammatilliseen osaamiseen ja kokemukseen. Yhdessä niistä muodostui merkittävä asiakaslähtöinen tuki juomisen hallinnan elinikäisessä prosessissa vuorovaikutuksellisella ja yhdenvertaisella tiedon jakamisella.

Vastaavaa toimintaa on Sovatekin Joensuun toimipisteessä ja se tuntuu palautteen perusteella toimivan sielläkin. Myös A-Killalla ja Sininauhaliitolla on omat vertaisryhmänsä puhumattakaan AA:sta, johon tässä työssä on eniten tehty vertailua. Vertaistoiminnan kehittäminen voi olla osa kansalaislähtöisten palveluiden rakentamista eri sektorit yhdistävänä kumppanuusverkostona (Hyväri 2005, 230), jollaista Sovatek rakenteiltaan muistuttaa. Pohjola (2010, 73) on peräänkuuluttanut tällaista uudenlaista asiakaslähtöistä palvelumuotoilua. Päihdehuollon Valtakunnallinen yhteistyöryhmä Päivyt on toteuttanut käytännössä toimintaa (Andersson ym. 2011, 71), jossa asiakas on asiantuntemuksellaan tasavertainen osallinen palveluiden suunnittelussa. Tällöin tuki voi tarjota tiettyjä hyötyjä, joiden vuoksi toimintaa kannattaa ylläpitää ja levittää.

Julkisen sektorin ja järjestöjen välillä etsitään uusia hyvinvointipalveluiden tuottamisen tapoja. Päävastuun tulee säilyä ammattilaisilla ja julkisella toimijalla, mutta vertaistuen asiantuntijat voivat tarjota jotain lisää. Parhaimmillaan ihmisen, asiakkaan ja toipujan asiantuntijuus voidaan nähdä yhdenvertaisena kumppanina ammatillisen asiantuntijuuden rinnalla (Virtanen ym. 2011, 19) ja elintärkeänä osana palveluprosessia (Pohjola 2010, 27). Vertaistukea hyödyntävä toiminta voi vakiinnuttaa palveluiden verkostoon uutta monipuolisiin vuorovaikutussuhteisiin perustuvaa hyvinvointiyhteisöllisyyttä (Hyväri 2005, 228), mutta se ei voi korvata ammatillista apua. Erilaiset tuen, toiminnan ja osallisuuden muodot tulee nähdä toisiaan täydentävinä, eikä toisiaan poissulkevinä (Nylund & Yeung 2005, 19; Törmä 2011, 213). Ammattilaisten rooli voi tarkentua mahdollistajiksi tukena ja voimavarana, eikä erillisenä saarekkeena. Vertaistoimijoiden rooliksi voi vakiintua tiedon tuottaminen (Ruohonen 2003), mutta roolien ja vastuiden on oltava kaikille selvät. Toisiaan täydentämällä erilaiset toipumisen muodot voivat vastata yksilöllisiin tarpeisiin ja asiakkaan ääni kuulua omassa hoidossa sopivalla vastuulla.

KIRJALLISUUS

Lähteet

Aalto, Mauri (2013): Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä; Alho, Hannu; Kiianmaa, Kalervo ja Aalto, Mauri (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim, Helsinki, 7–16.

Aalto, Mauri (2013b): Alkoholiriippuvuuden lääke- ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Kaija Seppä; Alho, Hannu; Kiianmaa, Kalervo ja Aalto, Mauri (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim, Helsinki, 55–64.

Ahmaoja, Maria (2006): Osallisena elämässä: kokemuksia Neva-yhteisön kuntoutuksesta. Selvityksiä / Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 1457–9847; 2006:4.

Alasuutari, Pertti (1995): Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Alkoholilaki (1143/1994). Finlex. Saatavilla:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143>. Luettu 6.10.2014.

Andersson, Maarit; Pirttijärvi, Eero; Rajamäki, Matti (2011): Kokemusasiantuntijuudesta päihdetyössä. Teoksessa Juha Moring; Martins, Anne; Partanen, Airi; Bergman, Viveca; Nordling, Esa; Nevalainen, Veijo (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 6/2011, 69–73.

Autio, Kaarina; Rauhala, Helena (2010): Avoimet ovet. Miten toiminta tukee nuoria huumeiden käyttäjiä ja mitä he tarvitsevat asiakkaina? B Raportteja 41, Diakoniammattikorkeakoulu, Helsinki.

Auvinen, Anja (2004): Vertaistuki vailla vertaa. A-Kiltojen Liitto ry.

Babor, Thomas F.; Caetano, Raul; Casswell, Sally; Edwards, Griffith. (2010): Alcohol - No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Second Edition. Pan American Health Organization. Great Britain, Oxford University Press.

Best, D.; Gow, J.; Taylor, A.; Knox, A; White, W. (2011): Recovery from Heroin or Alcohol Dependence: A Qualitative Account of the Recovery Experience in Glasgow. Journal of Drug Issues. Volume 41, Issue 3, 359–378.

Bischof, Gallus; Rumpf, HansJürgen; Meyer, Christian; Hapke, Ulfert & John, Ulrich (2004): What triggers remission without formal help from alcohol dependence? Findings from the TACOSstudy. Teoksessa Pia Rosenqvist, Blomqvist, Jan; Koski-Jännes, Anja, Öjesjö, Leif (toim.): Addiction and life course. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 85–101.

Boisvert, Rosemary A.; Martin, Linda M.; Grosek, Maria; Clarie, Anna June (2008): Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. Occupational Therapy International. Vol. 15 Issue 4, 205–220.

Collins, Randall (2001): Social Movements and the Focus of Emotional Attention. Teoksessa Jeff Goodwin; Jasper, James M.; Polletta, Francesca (toim.): *Passionate Politics: Emotions and Social Movements*. The University of Chicago Press, Chicago and London, 27–44.

Eskola, Jari; Suoranta, Juha (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.

Eskola, Jari; Vastamäki, Jaana (2001): *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*. Teoksessa Juhani, Aaltola; Valli, Raine (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-kustannus, Jyväskylä, 24–42.

Etelä-Suomen Sanomat, Uutiset, Noora Penttinen & Paula Ropponen (STT) (28.9.2013): ”Pelkäsin, etten saa hoitoa, jos kerron päihteistä”. Hoito: tiukka kohderyhmäajattelu lokeroi hakijat.

Etelä-Suomen Sanomat, Kotimaa, Piia Kujala (17.10.2014): ”Se mielikuva, että asunnottomat ovat vain rantojen miehiä, ei pidä paikkaansa”. Saatavilla: http://www.ess.fi/uutiset/kotimaa/2014/10/17/se-mielikuva-etta-asunnottomat-ovat-vain-rantojen-miehia-ei-pida-paikkaansa?ref=ece_frontpage-section-teaser-groupSection-default. Luettu 17.10.2014.

Freire, Paulo (1972): *Pedagogy of the oppressed*. Penguin Books.

Grönfors, Martti (2001): *Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä*. Teoksessa Juhani, Aaltola; Valli, Raine (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-kustannus, Jyväskylä, 124–141.

Hakkarainen, Kai; Palonen, Tuire; Paavola, Sami (2002): Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen. *Psykologia* 37, 6/2002, 448–464.

Halonen, Ilkka (2004): Missä viipyy päihdekuntoutujien etujärjestö? *Yhteiskuntapolitiikka* 69, 2/2004, 216–218.

Heikkinen, Hannu L.T. & Huttunen, Rauno (2008): Hiljainen tieto, mentorointi ja vertaistuki. Teoksessa Auli Toom; Onnismaa, Jussi; Kajanto, Anneli (toim.): *Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta*. *Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja*. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura, 203–220.

Helameri, Tarja (2008): *Asiakaslähtöisyys – puun ja kuoren välissäkö?* Keskustelualoite. Suomen kotihoidon toimikunta.

Hietala, Outi (2014): *Kokemusasiantuntijatoiminta kuntouttaa myös ammattilaista*. *Kuntoutus* 2/2014, 42–47.

Hirsjärvi, Sirkka; Hurme, Helena (2000): *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.

Hokkanen, Liisa (2003): Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Merja Laitinen; Pohjola, Anneli (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-Kustannus, Jyväskylä, 254–274.

Hokkanen, Liisa (2013): Asiakaskansalaisen toimijuus sosiaalityöllisessä asianajossa. Teoksessa Merja Laitinen, Niskala, Asta (toim.): Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Tampere, 55–86.

Hokkanen, Liisa; Astikainen, Anne (2001): Voimia omaishoitajan työhön. Sotiemme veteraanien omaishoitajille suunnatun projektin arviointia ja johtopäätöksiä. Hyvinvoinnin tukiverkoston julkaisuja. Keski-Suomen Sairaskotisäätiö. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki.

Holmberg, Nils (1995): Samastumisprosesseista ja alkoholiongelmien hoidosta. Alkoholipolitiikka 5/1995, 329–335.

Hyväri, Susanna (2001): Vallattomuudesta vastuuseen – kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001. Tietosanoma Oy, Vammala.

Hyväri, Susanna (2005): Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Marianne Nylund, Marianne; Yeung, Anne Birgitta (2005): Vapaaehtoisuuden anti, arvot ja osallisuus murroksessa. Teoksessa Marianne Nylund; Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta – anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino, Tampere, 13–38.

Hyytiä, Petri; Alho, Hannu (2009): Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Teoksessa Tuukka Tammi; Aalto, Mauri; Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. Edita, Helsinki, 74–84.

Hänninen, Sakari; Karjalainen, Jouko; Lahti, Tuukka (toim.) (2005): Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Hänninen, Vilma; Koski-Jännes, Anja (1999): Narratives of recovery from addictive behaviours, Addiction-lehti 94 (12), 1837-1848.

Inkeroinen, Tiia; Partanen, Aili (2006): Päihdepalvelujen tila 2005. Työpapereita 7/2006. Stakes, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

International Classification of Diseases, ICD-10 (2014). Maailman terveysjärjestön tautiluokitus. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholiriippuvuus. Luettu 10.6.2014.

Jantunen, Eila (2008): Osalliseksi tuleminen- masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Diakonia-ammattikorkeakoulu. A-tutkimuksia 18.

Jokela, Liisa; Komu, Irene (toim.) (2009): Päihdepalveluja kaikille - esteettömän päihdetyön tavoitteita ja kehittämistoimia. Sininauhaliitto, Helsinki.

Juhila, Kirsi (2006): Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere, Vastapaino.

Kaipio, Kalevi (2004): Pohdintoja päihteiden käytöstä, hoidosta ja tuloksellisuudesta. Teoksessa Mali Soinin; Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004, 31–39.

Kansalaisareena (2014): Avita kaveria – ryhdy vertaisohjaajaksi. Projekti päihkinänkuoressa.

Saatavilla: <http://www.kansalaisareena.fi/avitakaveria/>. Luettu 14.10.2014.

Karlsson, Liisa (2005): Lapset tiedon ja kulttuurin tuottajina. Teoksessa Sakari Hänninen; Karjalainen, Jouko; Lahti, Tuukka (toim.) (2005): Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 173–194.

Kaukonen, Olavi (2004): Päihdepalvelujen vaikuttavuus hajautetussa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Mali Soinin; Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004, 40–65.

Ketokivi, Kaisa (2009): Sharing the same fate: the social bond between the self and fellow and sufferers in the context of peer support. *European Societies* 11/2009, 391–410.

Kettunen, Pekka; Möttönen, Sakari (2011): Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveystieteissä. Kansalaisyhteiskunnan tutkimuksen seura. Kansalaisyhteiskunta 1/2011, 57–68. Saatavilla: <http://www.kytseura.fi/aiemmatnumerot/35>. Luettu 15.10.2014.

Kettunen, Raisa; Leppänen, Airi (1994): Myllyhoito: alkoholismista päihteettömään elämäntapaan. Jyväskylän Myllyhoitoyhdistys ry.

Kiiänmaa, Kalervo (2013): Alkoholien vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Seppä, Kaija, Hannu Alho, Kalervo Kiiänmaa ja Mauri Aalto (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim, Helsinki, 17–30.

Kiiänmaa, Kalervo (2014). Saatavilla: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/237-alkoholiriippuvuus>. Luettu 28.8.2014.

Koski-Jännes, Anja (1998): Miten riippuvuus voitetaan. Keuruu, Otavan Kirjapaino.

Koski-Jännes, Anja; Riittinen, Liisa; Saarnio, Pekka (toim.) (2008): Kohti muutosta: motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Kotovirta, Elina (2009): Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. *THL* 10/2009.

Kunnat.net (2013).

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/mielenterveys-ja-paihdepalv/Sivut/default.aspx>. Luettu 1.8.2013.

Kuusisto, Katja (2009): Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa Tuukka Tammi, Aalto, Mauri ja Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy, Porvoo, 32–48.

Kuusisto, Katja (2010): Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Acta Universitatis Tamperensis 1455–1616, 1492. Tampere University Press, Tampere.

Kuusisto-Arponen, Anna-Kaisa (2007): Konfliktitapaus. Teoksessa Markus Laine; Bamberg, Jarkko ja Jokinen, Pekka (toim.): Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, Helsinki, 231–244.

Lahti, Jari; Pienimäki, Anneli (2006): Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Vappu Karjalainen; Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 137–152.

Laimio, Anne (2011): Vertaistuki vapauttaa omat voimavarat. Perhehoito1/2011, 20–21.

Laimio, Anne; Välimäki, Sari (2011): Vapaaehtoistoiminta kehittyy. Keski-Suomen Sosiaaliturvayhdistys.

Laine, Markus; Jarkko Bamberg; Pekka Jokinen (2007): Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Markus Laine, Bamberg, Jarkko ja Jokinen, Pekka (toim.): Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, Helsinki, 9–40.

Laitinen, Merja; Kemppainen, Tarja (2010): Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa Merja Laitinen; Pohjola, Anneli (toim.): Asiakkuus sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki, 138–180.

Laitinen, Merja; Pohjola, Anneli (2010): Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa Merja Laitinen; Pohjola, Anneli (toim.): Asiakkuus sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki, 7–18.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812). Finlex. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Luettu 1.8.2013.

Laudet, Alexandre B. (2008): The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research. Substance Use & Misuse, Vol. 43 Issue 12/13, 2001–2021.

Luomanen, Jari (2010): Straussilainen Grounded Theory -menetelmä. Teoksessa Johanna Ruusuvoori, Nikander, Pirjo ja Hyvärinen, Matti (toim.): Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere, 351–371.

Makkonen, Teija (2004): Ihminen näkyväksi päihdetyössä. Teoksessa Mali Soininen; Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004, 103–109.

Mattila-Aalto, Minna (2009): Kuntoutusosallisuuden diagnoosi: tutkimus entisten

rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Helsingin yliopisto. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Mattila-Aalto, Minna (2013): Päihdekuntoutuksen asiakkaan toimijuuden ja sitoutumisen perusteet. Teoksessa Merja Laitinen, Niskala, Asta (toim.): Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vastapaino, Tampere, 375–404.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009). Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavilla:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf.

Luettu 6.5.2014.

Moring, Juha; Martins, Anne; Partanen, Airi; Bergman, Viveca; Nordling, Esa; Nevalainen, Veijo (toim.) (2011): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 6/2011.

Moilanen, Liisa (1995): Ryhmähaastattelu työyhteisössä: tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki, Työterveyslaitos.

Murto, Kari (1997): Yhteisohoidon suuntauksia. Jyväskylän Koulutuskeskus, Jyväskylä.

Murto, Lasse (1995): Päihdeongelmasta, sen hoidosta ja hoidon laadusta. Teoksessa Haverinen, Maaniittu, Mäntysaari (toim.): Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 79, 117–128.

Murto, Lasse (2003): Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina. Teoksessa Jorma Niemelä & Virpi Dufva (toim.): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhannella. PS-Kustannus, Jyväskylä, 64–85.

Mäkelä, Klaus (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki, 42–61.

Mäkelä, Rauno (1998): Alkoholiriippuvuuden kulkuun vaikuttavat tekijät. Teoksessa Mikko Salaspuro; Kiianmaa, Kalervo; Seppä, Kaija: Päihdelääketiede. Duodecim, Helsinki, 156–161.

Mäkelä, Rauno; Aalto, Mauri (2013): Alkoholiongelmiin hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Teoksessa Kaija Seppä; Alho, Hannu; Kiianmaa, Kalervo ja Aalto, Mauri (toim.): Alkoholiriippuvuus. Duodecim, Helsinki, 43–54.

Mönkkönen, Kaarina (2005): Toiminnallinen vaikuttaminen. Maallikkous vuorovaikutuksen energialähteenä teoksessa Vapaaehtoistoiminta - anti, arvot ja osallisuus. Nylund, Marianne; Yeung, Anne Birgitta (toim.). Vastapaino, Tampere, 277–304.

Möttönen, Sakari (2002): Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.): Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi - näkökulmia sosiaali- ja

terveysaloille. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 112–135.

Niemelä, Jorma (2003): Järjestöt ajan hengen uudistajina. Teoksessa Jorma Niemelä & Virpi Dufva (toim.): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhannella. PS-Kustannus, Jyväskylä, 108–131.

Niemelä, Jorma (2004): Hyvinvointivaltio tarvitsee kansalaisyhteiskuntaa. Teoksessa Mali Soininen; Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004, 9-30.

Nylund, Marianne (1996): Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Aila-Leena Matthies; Kotakari, Ulla, Nylund, Marianne: Välittävät verkostot. Vastapaino, Tampere, 193–205.

Nylund, Marianne (2005): Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund; Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta - anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino, Tampere, 195–213.

Nylund, Marianne; Yeung, Anne Birgitta (2005): Vapaaehtoisuuden anti, arvot ja osallisuus murroksessa. Teoksessa Marianne Nylund; Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta - anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino, Tampere 13–38.

Pakkasvirta, Teela; Kainulainen, Sakari; Bogomjagdova, Elena; Khan, Galina; Ostrovsky, Dimitri (2009): Pietarin päidehuollon asiakaslähtöisyyttä edistämässä. D työpapereita 52. Diakonia-ammattikoulu.

Piirainen, Keijo (1999): Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? Kuntoutus 4/1999, 2–12.

Pietiläinen, Erja; Seppälä, Heikki (2008): Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto, SOLVER-palvelut Oy.

Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys: Asiakkaiden osallisuutta lisäävät menetelmät. Jelli järjestötietopalvelu. Saatavilla:
<http://www.jelli.fi/osallisuus/osallisuuden-tyokalupakki/asiakasosallisuutta-lisaavat-menetelmat/>. Luettu 14.10.2014.

Pohjola, Anneli (1997): Psykososiaalinen ulotuvuus kuntoutuksessa: haaste uudelle kunnalle. Janus 3/1997, 261–270.

Pohjola, Anneli (2010): Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Merja Laitinen; Pohjola, Anneli (toim.): Asiakkuus sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki, 19–74.

Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41). Finlex:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Luettu 1.8.2013.

Myllyhoito. Päihteen käyttäjän Jellinek. Saatavilla:
<http://www.myllyhoito.fi/riippuvuudesta-toipumiseen/milloin-kyse-riippuvuudesta-paihteen-kayttajan-jellinek>. Luettu 28.10.2014.

Raunio, Kyösti (2006): Syrjäytyminen - sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Gummerus

Oy, Vaajakoski.

Raunio, Kyösti (2009): Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki.

Ruisniemi, Arja (2006): Vanhemmuus päihderiippuvuudesta toipumisen voimavarana. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.): Pullo, pillerit ja perhe – vanhemmuus ja päihdeongelmat. PS-kustannus, Jyväskylä, 165–188.

Ruusuvuori, Johanna; Tiittula, Liisa (2005): Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Johanna Ruusuvuori; Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere, 22–56.

Saarnio, Pekka (2004): Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa etsimässä. Yhteiskuntapolitiikka 2/2004, 287–299.

Saarnio, Pekka (2009): Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tuukka Tammi; Aalto, Mauri; Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. Edita, Helsinki, 14–31.

Salonen, Kristina (2010): Vertaistuen voima yllättää aina. Mielenterveys. Suomen mielenterveysseura, Helsinki 2010/5, 20–22.

Siitonen, Juha (1999): Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto.

Silvasti, Tiina (2014): Sisällönanalyysi. Teoksessa Ilmo Massa (toim.): Polkuja yhteiskuntatieteelliseen ympäristötutkimukseen. Gaudeamus Helsinki University Press, 33–48.

Soininen, Mali; Sulkko, Seppo (toim.) (2004): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2014). Saatavilla:

<http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat/alkoholipolitiikka>. Luettu 8.5.2014.

Sotarauta, Markku (1996): Kohti epäselvyyden hallintaa: pehmeä strategia 2000-luvun alun suunnittelun lähtökohtana. Väitöskirja. Acta Futura Fennica. Tampere, Finn publishers.

Sovatek. Arviointi- ja kuntoutuspalveluyksikkö. Saatavilla:

http://www.sovatek.fi/arviointi_jakuntoutuspalveluyksikko.shtml. Luettu 5.4.2012.

Stengård, Eija (2007): Yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. Teoksessa Anne Vuori-Kemilä; Stengård, Eija; Saarelainen, Ritva; Annala, Tuula: Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki, 153–168.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1990): Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures ja Techniques. SAGE Publications, United States.

Sulkunen, Pekka; Rantala, Kati; Määttä, Mirja (2003): Kantaa ottamattomuuden etiikka ja

ehkäisevän päihdetyön ongelma kulutusyhteiskunnassa – esimerkkinä Klaari-projekti. Janus 2/2003, 100–121.

Suonio, Mari; Pekonen, Elina (2013): Suomalaiset alkoholinkäytön riskirajoilla? Blogi. Juominen ei ole yksityisasia. Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry. Saatavilla: <http://juomineneioleyksityisasia.blogspot.fi/>, luettu: 7.10.2014.

Särkelä, Antti (2001): Välittäminen ammattina. Tampere, Vastapaino.

Tammi, Tuukka; Aalto, Mauri; Koski-Jännes, Anja (toim.) (2009): Irti päihdeongelmista. Edita, Helsinki, 7-13.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013): http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholij_uomien_kulutus. Luettu 1.8.2013

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholiriippuvuus.alkoholiriippuvuuden_kriteerit. Viitattu 10.6.2014.

Terveyskirjasto (2014a). Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196. Luettu 10.6.2014.

Terveyskirjasto (2014b). Prochaskan ja DiClementen vaihe- ja prosessimallin soveltaminen ryhmäohjauksessa. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00268. Luettu 9.11.2014.

The Jellinek Curve. Saatavilla: <http://www.in.gov/judiciary/ijlap/jellinek.pdf>. Luettu 5.11.2014.

Toikko, Timo (2006): Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työpoliittinen Aikakauskirja 3/2006, 13–22.

Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli (2009): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Työntekijähaastattelut 9/2012. Sovatekin työntekijöiden ryhmähaastattelut.

Törmä, Tiina (2011): Juovasta äidistä raittiiksi äidiksi – alkoholismista toipumisen prosessi äitien kertomana. Acta Universitatis Ouluensis, E 123, Oulu.

Valtioneuvosto (2014): Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma 24.6.2014. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>. Luettu 6.10.2014

Verbeek, Gabrielle (1997): Combining Client Interests with Professionalism in the Organization. Teoksessa Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai; Wistow, Gerald (toim.): Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna. Ashgate, Aldershot, 127–137.

Vertio, Harri (2003): Järjestöt asiantuntijoina. Teoksessa Jorma Niemelä; Dufva, Virpi (toim.): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhannella. PS-Kustannus, Jyväskylä, 56–63.

White, William L. Evans, Jr.; Arthur C. (2014): The Recovery Agenda: The Shared Role of Peers and Professionals. *Public Health Reviews* (2107–6952), Vol. 35 Issue 2, 1-15.

Viitasaari, Leena (2012): Asiakaslähtöisyys lasten ja nuorten palveluprosesseissa. ”Tajutaanko siellä ylhäällä mitä täällä alhaalla tarvitaan?” Tampereen kaupunki. Tietotuotanto ja laadunarviointi. Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja A17/2012. Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Vilén, Marika; Leppämäki, Päivi; Ekström, Leena (2002): Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Wilska-Seemer, Kati (2005): Voimaantumisen vammaisten naisten vertaisryhmissä. Teoksessa Marianne Nylund; Yeung, Anne Birgitta (toim.): Vapaaehtoistoiminta - anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino, Tampere 255–276.

Virtanen, Petri; Suoheimo, Maria; Lamminmäki, Sara; Ahonen, Päivi; Suokas, Markku (2011): Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Tekes, Helsinki.

Vuokko, Pirjo (1997): Avaimena asiakaslähtöisyys. Yritysjulkaisut. Edita, Helsinki.

Väyrynen, Sanna (2012): Muutosta edistävät tekijät päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa: asiakkaiden kokemuksia intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Teoksessa Anneli Pohjola; Kempainen, Tarja; Väyrynen, Sanna (toim.): Sosiaalityön vaikuttavuus. Juvenes Print. Tampere, 271–300.

Zimmerman, Marc A. (1995): Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23, 5/1995, 581–599.

Österberg, Esa (2013). Mikä on suomalaisen alkoholinkäytön kuva? Alkoholit ja huumeet yksikkö. Pääteet ja riippuvuus osasto, THL. Saatavilla: <http://slideplayer.fi/slide/1889760/>. Luettu 2.8.2013.

Aineisto

A1-A7. Asiakashaastattelut 6–7/2012. AVOT-ryhmän asiakkaiden yksilöhaastattelut.

Suulliset tiedonannot

Laimio, Anne (11.3.2013): Vertaisohjaajakoulutus. Jyväskylän vapaaehtoispalvelut.

Pirttijärvi, Eero (22.5.2014); (27.10.2014): Pro gradu -tutkielman ohjaustapaamiset.

Silvasti, Tiina (16.9.2014): Pro gradu -tutkielman ohjaustapaaminen.

Suojasalmi, Jussi (16.6.2010): Haastattelu Päihdepalvelusäätiön ja Tekevän yhdistymisestä Sovatek-säätiöksi.

Valtonen, Päivi (12.6.2012): Asiakasinformanttien yhteystietojen nouto ja keskustelu AVOTin taustoista.

LIITTEET

Liite 1. Tiivistelmä tutkimuksesta haastattelurekrytointikirjeiden liitteenä

Työstän pro gradu -opinnäytetyötä asiakaslähtöisyydestä päihdepalveluissa. Tarkastelen tapauksena alkoholiehtoista asiakasprosessia asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmista Jyväskylän Sovatek-säätiössä.

Asiakaslähtöisyys on paljon käytetty ja monialainen termi kuvattaessa palveluiden laatua ja tehokkuutta, mutta silti selkeä määrittely usein puuttuu. Tutkin, miten asiakaslähtöisyys toteutuu palveluissa, ja miten palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin.

Tutkimukseni olen rajannut siten, että keskityn alkoholiehtoisiin ja sekakäyttäjä-asiakkaisiin sekä heidän lähellään työtään tekeviin työntekijöihin. Tutkimusaineistoksi kerään yksilö- ja ryhmähaastatteluja edellä mainituilta henkilöiltä. Tutkimukseni ulkopuolelle rajaan huumepuolen.

Liite 2. Haastattelurekrytointikirje asiakkaille

Hyvä asiakas,

Tarkastelen alkoholia ja lääkkeitä käyttävien asiakkaiden asiakasprosessia Jyväskylän Sovatek-säätiössä opinnäytetyössäni asiakaslähtöisyydestä päihdepalveluissa. Näkökulminani ovat alkoholia ja lääkkeitä käyttävien asiakkaiden sekä heitä lähellään työskentelevien työntekijöiden näkemykset.

Pyydän teitä haastateltavikseni pohtimaan: miten asiakaslähtöisyys toteutuu palveluissa, ja miten palvelut vastaavat teidän tarpeisienne asiakkaina.

Haastattelu on luonteeltaan vapaamuotoinen keskustelu haastateltavan ja haastattelijan välillä. Haastattelen yhteensä seitsemää asiakasta. Lisäksi haastattelen erikseen teitä lähellä työskenteleviä työntekijöitä. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen.

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa yhteiskuntatieteitä ja olen niissä kiinnostunut erityisesti kansalaisyhteiskunnan piirteistä. Toivon, että lähette mukaan tutkimukseeni.

Ystävällisin terveisin ja tapaamisiin,

Heidi Kirkonpelto

Liite 3. Haastattelurunko asiakkaille

Teema 1. Asiakasprosessi

1. Kuvaile asiakasprosessisi Sovatekissa.
2. Mitä kautta olet tullut tähän pisteeseen? Mitä palveluita olet käyttänyt?
3. Oliko hoitoon pääsy helppoa? Mitä kautta tulit?
4. Mitä odotat/tarvitset/haet päihdepalveluilta yleensä, tältä kuntoutusprosessilta ja ammattitaitoiselta henkilökunnalta?

Teema 2. Asiakkaan huomioiminen

5. Millaisia tavoitteita sinulla on kuntoutuksessa?
6. Onko kuntoutuksen tavoitteista neuvoteltu ja sovittu yhdessä? Oletko saanut itse vaikuttaa?
7. Miten tavoitteisiin on päädytty, kuka ollut ratkaisevassa asemassa? Miltä se tuntui?
8. Onko toiveesi ja tavoitteesi otettu tarpeeksi huomioon? Missä vaihe(e/i)ssa?

Teema 3. Palveluiden tarkastelu kokonaisuutena

9. Miten koet, että palvelut vastaavat tarpeisiisi? Jos eivät vastaa, miten ja miksi?
10. Miten olet kokenut hoidon? Millaista kohtelua olet saanut? Koetko tulevasi kohdelluksi yksilönä, ihmisarvoisesti?
11. Miten hoidon jatkuvuudesta on huolehdittu?
12. Oletko saanut tai saatko riittävästi neuvoja, tietoa, opastusta ja tukea oikeaan aikaan ajoitettuna? Millaista?
13. Mitä mieltä olet joistakin kuntoutuksen osan käytännöistä esim. _?
14. Mitä ehdotuksia sinulla on palveluiden kehittämiseksi?
15. Mitä kuntoutuksen jälkeen? Toteutuvatko kuntoutumisen tavoitteet?

Liite 4. Haastattelurekrytointikirje työntekijöille

Hei, alkoholiehtoisten asiakkaiden kanssa työskentelevä ammattilainen

Tarkastelen alkoholiehtoista asiakasprosessia Jyväskylän Sovatek-säätiössä opinnäytetyössäni asiakaslähtöisyydestä päihdepalveluissa. Näkökulminani ovat alkoholiehtoisten ja sekakäyttäjä-asiakkaiden sekä heidän kanssaan työskentelevien työntekijöiden näkemykset.

Pyydän teitä haastateltavikseni pohtimaan asiakaslähtöisyyttä asiakasprosessissa: miten asiakaslähtöisyys toteutuu palveluissa, ja miten palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin.

Kriteerinä haastatteluun osallistumiselle on työskentely alkoholiehtoisten asiakkaiden kanssa. Haastattelu on 3-4 hengen ryhmähaastattelu, luonteeltaan vapaamuotoinen keskustelu, teille sopivana ajankohtana. Haastattelen yhteensä 7:ä työntekijää, kahdessa eri ryhmähaastattelussa. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen.

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa yhteiskuntatieteitä ja olen niissä kiinnostunut erityisesti kansalaisyhteiskunnan monista piirteistä. Toivon, että lähdette mukaan tutkimukseeni.

Ystävällisin terveisin ja tapaamisiin,

Heidi Kirkonpelto

Liite 5. Haastattelurunko työntekijöille

Teema 1. Asiakasprosessi ja asiakaslähtöisyys

1. Miten koette asiakaslähtöisyyden? Mitä tarkoittaa teille? Toteutuuko, miksi/miksi ei?
2. Miten asiakkaat pääsevät palveluidenne piiriin? Pääsevätkö kaikki halukkaat?
3. Mitä odotatte asiakkailtanne?

Teema 2. Asiakkaan huomioiminen

4. Miten tavoitteista sovitaan? Miten hoidon tavoite on määritelty, onko asiakkaan kanssa yhdessä sovittu? Kuka vaikuttaa eniten?
5. Millaisia odotuksia asiakkaiden kuntoutumisesta työntekijöillä on?
6. Miten asiakkaita kuullaan palvelujärjestelmässä käytännön työssä? Missä vaiheissa?
7. Näkyykö asiakkaan toiveet (kirjatuissa) tavoitteissa, käytännön työssä? Miten?

Teema 3. Palveluiden tarkastelu kokonaisuutena

8. Mikä on ollut hoidon/kuntoutuksen vaikuttavuus? Toteutuvatko tavoitteet?
9. Vastaavatko palvelut asiakkaiden tarpeisiin?
10. Kohdellaanko asiakkaita aina hyvin? Yksilönä?
11. Miten asiakasta on neuvottu ja ohjattu prosessin aikana ja lopussa? Onko riittävää ja oikea-aikaista?
12. Miten jatkoa on suunniteltu, hoitoa, kuntoutusta, elämää.
13. Onko arviointia asiakasprosessista ja kuntoutuksen vaikutuksista, tekeekö työntekijä vai asiakas vai yhdessä tai molemmat erikseen?
14. Mitä kehittäisit, yksittäistä kuntoutuspolun kohtaa tai ylipäänsä?

Liite 6. Hakujen tekeminen

Tutkimuksen viitekehyksen tarkentumisen selittämiseksi tässä liitteessä esitellään, millaisilla hauilla tietoa on etsitty. Viitekehyksen fokus on vertaisuudessa, jota on tutkittu monialaisesti myös opinnäytteissä (Jykdoc). Hakujen tekemisen näyttäminen eri tietokannoissa lisää tutkimuksen luotettavuutta näyttäen sanahakujen lähtökohdat. Näin toteutettujen hakujen lisäksi tutkielmassa on käytetty paljon muitakin lähteitä.

Haku Melindassa

Nimeke (sanahaku)= **vertaistuki** and Teoksen kieli= FIN and Julkaisuvuosi= 2009 -> 2014 and Aineisto= BK tuottaa

Vertaistuesta 23 tulosta viideltä viime vuodelta. Aiheita on monipuolisesti terveyden ja mielenterveyden, kasvatuksen, opiskelun, työnteon, läheisen sairastumisen ja kuoleman teemoista.

Kun hakuun liittää asiasanan (sanahaku)= **alkoholi** and Teoksen kieli= FIN and Julkaisuvuosi= 2004 -> 2014 and Aineisto= BK laajentaen haun kymmeneen vuoteen.

Haku tuottaa vertaistuesta yhdistettynä alkoholiin neljä tulosta Helsingin kaupungin sosiaaliviraston, Sininauhaliiton, Mielenterveyden keskusliiton ja Myllyhoitoyhdistyksen tuottamina.

Haku artikkelitietokanta Artossa

Sanahaku (**alkoholinkäyttö**) vuosina 2009–2015 tuottaa 131 viitettä.

Sanahaku (**vertaistuki**) (DATE=2009–2014) tuottaa viideltä viimeisimmältä vuodelta 71 viitettä, jotka jälleen kertovat vertaistuesta lukuisilla aloilla esimerkiksi kouluissa ja koulutuksessa, kasvatuksessa, elämän eri kriiseissä (itsemurha, masennus, avioero). Vertaistuen voimaa kuvaavat Kaisa Ketokiven Sharing the same faite : the social bond between the self and fellow and sufferers in the context of peer support, Anne Laimion sijaisvanhemmuudesta lehdessä Perhehoito Vertaistuki vapauttaa omat voimavarat ja Kristina Salosen Vertaistuen voima yllättää aina (mielenterveys). Liitettäessä edelliseen sanahaku (**alko?**) (DATE=2009–2014) saadaan 3 tulosta. Todistamisen retoriikka AA:n "Isossa Kirjassa", Vanhemman juomisesta huolta kantavien tyttöjen ja ammattiauttajien

kohtaamisia verkossa sekä Rauhanturvaajien psykososiaalinen hyvinvointi. Tässäkin aiheiden kirjo on moninainen osoittaen, miten monella alueella vertaistukea käytetään.

Haku Fennicassa

Sanahaku (**vertaistuki vertaisryh?**) AND sanahaku (**alkoho?**) tuottaa 9 tulosta, osa samoja kuin jo aiemmin löytyneet. AA:n ja A-Kiltojen vertaistoiminnasta, A-Klinikkasäätiön tutkimus juomisen värittämästä lapsuudesta, Kuusiston (toipuminen hoidon ja vertaistuen avulla) ja Lundin (Torjuttu toivottomuus), rauhanturvaajien ja ikääntyneiden päihteidenkäytöstä ja heille tehtävästä päihdetyöstä.

Haku kansainvälisessä EBSCOssa

Haku **'peer support'** viimeisimmiltä 15 vuodelta tuottaa lähes 3000 tulosta.

Haku **'alcohol abuse'** viimeisimmiltä 15 vuodelta tuottaa lähes 27 000 osumaa.

Haku **'peer support'** AND **'alcohol abuse'** viimeisimmiltä 15 vuodelta tuottaa 28 tulosta.

Haualla **'peer support'** AND **'alcohol abuse'** AND **'recovery process'** viimeisimmiltä 15 vuodelta yhden tuloksen.