

Kynnykset sileiksi

— tavoitteena esteettömät mielenterveys- ja päihdepalvelut



©Kirjoittajat ja Sininauhaliitto
Toimitus: Irene Komu ja Sirpa Pöllönen
Ulkoasu: Sininauhaliitto
Sarjakuvat: Aino Sutinen
Kannen taitto: Terttu Hauhia
Kuvitus ja taitto: Jenni Valo
Kansikuva: Shutterstock
Kieliasun tarkistus: Sini Linteri
Kustantaja: Sininauhaliitto
Paino: Aldus Oy, Lahti 2014
ISBN 978-952-5096-84-2

Sisältö

Johdanto.....	7
Asenteet vaikeuttavat palveluihin pääsyä	11
Kristianin tarina	17
Vammaisten oikeus yleisiin palveluihin	23
Vammaisten henkilöiden alkoholinkäyttö ja koettu hyvinvointi	32
Kehitysvammainen ja päihteet	51
Arvolähtöinen työskentely lisää viittomakielisten hyvinvointia.....	66
Jessen tarina.....	74
Esteetön vertaisryhmä Woima-tiimi hyvinvoinnin tukena	78
Päihdehoito ja kuntoutus asiakkaan kotona.....	88
Ikääntyneiden päihdeongelma ja sosiaalinen turvallisuus	100
Heidin tarina.....	114
Vammainen, siis ihminen	119
Ammatillisuus vammaisen päihdeasiakkaan kohtaamisessa.....	130
Toimiva arki kaikille	137

Johdanto



Asenne on avain hyvinvointiin

Pienen etiopialaisen pojan silmät loistavat. Hän on saanut kielen, oppinut viittomaan ja kohdannut toisia, jotka ovat samanlaisia kuin hän. Hän on oppinut laskemaan, tekemään puutöitä ja leikkimään toisten lasten kanssa. Vielä vuosi sitten hän istui eristettynä ja hyljeksittynä savimajan pimeässä. Häntä pidettiin kummajaisena, outona ja pelottavana lapsena. Sitten ne tulivat, nuo aikuiset ihmiset, jotka ymmärsivät hänen erityisyyttään ja saattoivat hänet kuurojen lasten kouluun. Nyt hänelle aukeavat mahdollisuudet tulevaisuuteen.

On pimeä marraskuinen aamu härmälässä. Nuori nainen raahautuu pyörätuoliin ja yrittää jaksaa pukeutua päivävaatteisiin. Jo usean päivän ajan - vai joko on mennyt kuukausia - hän on vain itkenyt ja eristäytynyt huoneeseensa. Kukaan ei huomaa, kukaan ei auta häntä. Minne hän edes menisi, minne pääsisi pyörätuolilla? Sitten ohjaaja ottaa olkapäästä, auttaa löytämään terapiaan ja vertaisryhmään sekä kannustaa nauttimaan mieleisistä asioista. Oikeiden reittien löytyessä kaikki onnistuu.

Olemme suomalaisessa yhteiskunnassa monella tapaa edistyksellisiä vammaisuuden tunnistamisessa ja huomioimisessa. Raskausaikana äitejä seulotaan mahdollisten poikkeavuuksien havaitsemiseksi. Neuvolassa jokaista lasta tarkkaillaan ja lapsen

kehitystä seurataan käyrien mukaan. Pidämme jopa pelottavalla tavalla normissa kulkemista tavoitetilana, ja pienikin erilaisuus saa palvelujärjestelmämme reagoimaan. Vaikka tunnemme ja tiedämme paljon vammaisuudesta ja olemme kehittäneet monia apuvälineitä ja ympäristöä vamman kanssa elämistä helpottaviksi, asenteemme vammaisuutta kohtaan on vieläkin jollain tavoin kielteinen. Edelleen tarvitaan liikettä vammaisten ihmisten oikeuksien ja ihmisarvon puolustamiseksi sekä tietoa ja kasvatusta asenteiden muuttamiseksi hyväksyviksi.

Mitä tapahtuu ihmisten aikuistuttua? Kuka vielä seuraa ja huolehtii? Entä jos olet vammainen ihminen ja sinulla on samoja ongelmia elämässä kuin muillakin ihmisillä? Erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmat saavat kehittyä pitkälle ennen kuin kukaan pysähtyy ja tukee muutokseen. Vammaiset ihmiset kohtaavat monenlaisia esteitä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Monet palvelupisteet, tukiryhmät ja terapiat ovat tiloissa, jotka ovat esteellisiä. Useissa palveluissa, hoitomuodoissa ja terapioissa käytetään paljon kirjallista materiaalia, joka on vain harvoin saatavilla selkomukautettuna tai pistekirjoituksella. Ylipäättäänkin vammaiset ihmiset saavat heikosti tietoa omista oikeuksistaan ja palveluiden saatavuudesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2007 päihdetapauskannassa tuli esille merkittävä määrä asiakkaita, joilla oli mm. näkö- tai kuulovamma, liikuntavamma, kehitys- tai aivovamma tai neurologisia vammoja sekä muita vammoja. Päihdepalveluiden tuottamisessa tulisi huomioida erityisen hyvin vammaisten ihmisten pääsy palveluiden ja avun piiriin - esteettömyys ja saavutettavuus. Tämä ei valitettavasti vielä kovin hyvin toteudu, vaan työtä asenteiden ja esteiden poistamiseksi on vielä paljon.

WHO (2011) esittää vammaisten terveyspalvelujen parantamiseksi henkilökunnan koulutusta, asenteisiin vaikuttamista, vammaisten ihmisten osallistumista päätöksentekoon ja heidän

tarpeidensa kuulemista palveluja järjestettäessä sekä tiedotus- ja valistusmateriaalin tekemistä selkokielellä, pistekirjoituksella ja viittomakielellä. Tällä hetkellä suomalaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä puhutaan paljon kokemusasiantuntijuudesta ja erilaisissa projekteissa kehitetään kokemusasiantuntijuuden huomiointia palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Ajatus ”ei mitään meistä ilman meitä” (nothing about us without us) onkin hyvä lähtökohta muuttaa yhteiskuntaa hyväksymään aidosti erilaisuutta ja hyödyntämään ihmisten kokemusta.

Sininauhaliitossa on yhdessä päihde- ja vammaisjärjestäjien kanssa kuljettu matka vammaisten päihdetyön tukipalveluiden kehittämistä (Vapa-projektit v. 2001-2005) esteettömään mielenterveys- ja päihdetyöhön. Tulokulma ihmisten tukemiseksi ja palveluiden kehittämiseksi on muuttunut yksilöiden ominaisuuksien ja yhteiskunnan rakenteiden esteiden tarkastelusta esteettämän ympäristön luomiseen palveluiden ja tiedon saavutettavuuden ja tasa-arvoisen arjen mahdollistamiseksi. Esteettömyysnäkökulma on laajentanut työn hyötyjä koskemaan entistä paremmin myös ikääntyneitä ja monikulttuurisesta taustasta tulevia ihmisiä.

Tässä julkaisussa tarkastellaan päihteiden käyttöä, toipumista ja päihdepalveluita vammaisten ihmisten näkökulmasta. Asiantuntijuus on moninaista. Oman panoksensa ovat antaneet mielenterveys-, päihde- ja vammaistyön ammattilaiset sekä ihmiset, joilla on omakohtaisia kokemuksia. Ammattilaisten teksteissä on käytännön läheisiä puheenvuoroja, vammaispolitiikkaa, juridiikkaa, palveluiden tuottamisen näkökulmia sekä kehittämis- ja tulevaisuusvisioita. Kokemusasiantuntijoiden elämäntarinat on koottu kolmeksi sarjakuvaksi, joissa haastattelujen pohjalta on kuvattu ihmisten kokemukset mahdollisimman autenttisina. Kuvattuna on kaksi tarinaa päihderiippuvuudesta ja siitä toipumisesta sekä yksi tarina vakavasta masennuksesta toipumisesta. Sarjakuvista voidaan havaita, millaisia esteitä asenteet ja ympäristö

tuottavat, millaisia palveluja ja tukikeinoja kaivataan ja millaisia onnistumisia ihmisten elämässä on tapahtunut.

Haluamme kiittää kaikkia kirjoittajia sekä erityisesti kokemusasiantuntijoita, jotka ovat halunneet antaa tarinansa tähän julkaisuun ja näin esimerkillään rohkaista meitä kaikkia muutokseen. Asenteet avoimiksi - kynnykset sileiksi!

Päivi Heimonen

YTM, KM, sosionomi AMK
kehitysjohtaja
Sininauhaliitto

LÄHTEET

WHO 2011. World Report on Disability. Geneve: WHO.
Nuorvala, Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. 2007.
Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapauslaskenta 2007.
Helsinki: Stakes.



PIRKKO JUSTANDER

Asenteet vaikeuttavat palveluihin pääsyä

– sosiaalineuvojan näkökulma

Kaikki tietävät, miten vaikeaa on ottaa puheeksi ystävän, läheisen, työkaverin tai vaikkapa naapurin päihde- tai mielenterveysongelma. Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat edelleen tabuja. Suomessa ei muutenkaan ole tapana kovin herkästi puuttua toisten elämiseen ja olemiseen – jokainen hoitakoon itse asiansa. Mieluummin vaikka vitsaillaan, ja sekin tehdään yleensä selän takana tyyliin: ”Se ny on semmonen” tai ”Onkohan sillä taas lääkkeet loppu”. Nämä ongelmat moninkertaistuvat, jos kyseessä on vammaisen ihminen.

Esteitä monessa päässä

Mieleeni on jäänyt tapaus eräältä luentomatkaltani. Olin puhumassa vammaisten ihmisten palvelujen tarpeista suuren kaupungin vammaisneuvoston kutsumana. Järjestösosiaalineuvojana olin luonnollisesti varautunut puhumaan vammaispalveluista, Kelan etuuksista ja muista tukitoimista. Yleisön joukossa istui nuoren vammaisen äiti, joka halusi kertoa omista kokemuksistaan.

Nuori olisi tarvinnut terapeutista keskusteluapua uudessa elämäntilanteessa. Kyse oli aivan samanlaisesta solmukohdasta, joka

voi sattua kenelle hyvänsä nuorelle tämän muutettua ensimmäisen kerran omilleen. Paha kyllä tämä nuori liikkui pyörätuolilla, ja hänellä oli ongelmia puheen tuottamisessa. Keskusteluavun etsimisen lopputuloksena oli neuvo: ”Meidän kaupungissamme vammaisten asiat hoitaa vammaisasiamies.”

Vammaisasiamies sattui olemaan luentoyleisön joukossa. Hän käyttikin oman puheenvuoron ja kertoi, että oli ilman muuta kiinnostunut auttamaan tätä nuorta ihmistä mutta että parhaimman avun nuori saisi terapeutin koulutuksen saaneilta ihmisiltä.

Eräässä toisessa tapauksessa kehitysvammaisten asuinyksiköstä tilattiin asukkaalle aikaa A-klinikalta, mutta vapaita aikoja ei ollut. Työntekijä oli kuitenkin sinnikäs ja soitti parin päivän päästä uudestaan mainitsematta, että henkilöllä oli kehitysvamma, ja kuinkas ollakaan, aika löytyi.

Tapahtumat kuvaavat hyvin, miten vammaisen henkilön elämän oletetaan kulkevan tiettyä polkua: terveyskeskus, vaipat, apuvälineet, vammaispalvelut, muut pikku puuhastelut eikä muuta. Aivan kuin vammaiset eivät koskaan kohtaisi elämässään samoja ongelmia kuin vammattomat vaan kaikki heidän avuntarpeensa liittyisi pelkästään vammaan. Asenteellisuus siis jyllää. Päihdepuolella eritoten, sillä sieltä vaikuttaa löytyvän kaksi ääripäätä. Joko vammaisia pidetään niin hyvinä ja pyhinä, että sädekehä suorastaan päästä puristaa, tai sitten sanotaan, että vammaisuus on niin kamalaa, että kuka tahansa olisi päissään vuorokauden ympäri. Vammaiset henkilöt eivät itsekään ole vapaita asenteiden muodostamista esteistä. Ei haluta olla vaivaksi tai ei uskota, että apua kuitenkaan tulee. Eikä vamma suinkaan helpota päihde- tai mielenterveysongelman myöntämistä itselleen.

Vammaisille henkilöille vammaisuuden pitäisi riittää ainoaksi syyksi joka ikiseen ongelmaan, vaikka tavallisesti ihmiset vält-

tävät tällaista yksioikoisuutta. Eihän kenellekään tule mieleen selittää jokaista putkimiehen pojan ongelmaa sillä, että tämä on putkimiehen poika. Vamma voi kuitenkin olla syy mihin vain, kuten seuraavasta esimerkistä käy ilmi: Vammainen nainen erosi miehestään ja sai sitten soiton lähiomaiselta, joka kertoi pohtineensa eron syitä ja tullee siihen tulokseen, että ero johtui naisen vammasta. Selitys ei jatkunut sen pidemmälle. Nainen totesi diagnoosin saatuaan, että kylläpä olisi Suomessa vähän eroja, jos ne johtuisivat ihmisen vammasta. Myöhemmin hän haki apua Fisherin eroseminaarista. Ensimmäisellä tapaamisella hän pyysi muita ryhmäläisiä kysymään kaiken, mitä he halusivat hänen vammastaan tietää, ja kertoi heille, että ihan kuten muitakin, häntä puristi nyt avioero eivät ortopediset jalkineet. Asia oli sillä selvä, ja hän oli yksi muista koko kurssin ajan. Tällainen toiminta vaatii kuitenkin rohkeutta, eivätkä kaikki välttämättä kriisissään pysty samaan.

Itseapuryhmien tavoitettavuus ei ole itsestäänselvyys. Niissä ei voi kovin tiuhaan käydä, jos ei pysty käyttämään julkisia liikennevälineitä, sillä vammaispalvelulain mukaiset kuljetuspalvelut tarkoittavat 9 edestakaista matkaa kuukaudessa. Lisämatkoja esimerkiksi AA-kerhoon myönnetään harkinnanvaraisesti. Olen kerran saanut soiton asiakkaalta, joka kertoi raittiuden olevan hyvällä tolalla mutta kunnan päättäneen ottaa harkinnanvaraiset matkat pois, koska ”olet saanut niitä jo niin kauan”. Ymmärrettävästi asiakas oli huolissaan tulevasta. Menettely oli räikeässä ristiriidassa AA:n hoitoperiaatteiden kanssa, sillä kokouksissa suositellaan käytävän vaikka läpi elämän. Kuinka moni tohtii mennä itseapuryhmään kimppakyydillä ja miltä se mahtaa tuntua? Tietosuoja ei tällöin ole kummoinenkaan.

Asenne- ja kuljetuspalveluongelmien lisäksi vammaiset henkilöt törmäävät jatkuvasti rakennetun ympäristön esteellisyyteen. Apua, turvaa tai terapiaa tarjoavat paikat saattavat olla saavuttamatto-



Kuinka moni tohtii mennä itseapuryhmään kimppakyydillä ja miltä se mahtaa tuntua?

missa monen portaan päässä, eikä niissä ole tarjolla vammaisen henkilön tarvitsemaa toisen henkilön apua.

Mistä lääkkeet

Vammaisten henkilöiden päihteiden käyttöä ei ole tutkittu paljon, mutta on syytä uskoa, ettei tilanne ole ainakaan parempi kuin muun väestön. Siksi päihteiden käytön esiin nostaminen myös vammaisista ihmisistä puhuttaessa on välttämätöntä. Hyödyt olisivat suuremmat kuin pelko siitä, että vammaiset ihmiset tulevat vielä tätäkin leimaa kantamaan.

Ongelman tiedostaminen johtaisi palvelujen paranemiseen. Tällä hetkellä ollaan itseään ruokkivassa haitallisessa kehässä, jossa vammaiset eivät usko saavansa hyvää palvelua tai eivät uskalla lähteä sitä hakemaan ja jossa palveluntarjoajat eivät näe tarvetta kehittää palveluja, koska vammaisia asiakkaita ei juuri ole.

Päihdehoidossa jos missä vertaistuki on valttia. Myllyn onnistuneesti läpikäyneet henkilöt ryhtyvät auttamaan toisia jopa ammatiksi saakka. Missä viipyvät pyörätuolilla kulkevat päihdegurut ja ryhmänjohtajat? Vammaiskenttä hallitsee hyvin vertaisuuden, mutta tässä suhteessa ollaan hissukseen.

Suomessa on paljon vammaisten asumisyksiköitä, jotka ovat valmiiksi esteettömiä. Niihin olisi helppo muualla asuvien niin vammattomien kuin vammaistenkin tulla. Voisiko niiden tiloissa järjestää esimerkiksi AA-kokouksia? Asia on herkkä. Toisaalta vammaiset eivät ehkä halua, että kyseistä toimintaa järjestetään heidän kodissaan, tai heiltä saattaa puuttua rohkeutta mennä kokouksiin omassa talossaan. Toisaalta, asiassa olisi käytännöllisiä puolia, joten se olisi kokeilemisen arvoinen.

Hoitopaikoissa – sekä avo- että laitosesektorilla – huomio tulee kiinnittää niin rakennetun ympäristön kuin asenneympäristön esteiden purkamiseen. Yhtä ei voi olla ilman toista. Vammaisjärjestöjen osuudeksi näkisin esteettömyysneuvonnan ja vammaisten kohtaamiseen liittyvän neuvonnan, mutta itse päihdehoito ja kuntoutus tulisi jättää niistä parhaiten tietäville.

Aivan viime aikoina olen miettinyt puuttumisen ongelmallisuutta. Olin hiljattain päivystyssairaalassa omaisten tukena, kun vaikeasti päihdeongelmainen vaikeavammainen tuotiin tapaturma-asemalle ryyppykaverin hakkaamana. Samalla kävi ilmi henkilön kykenemättömyys hoitaa itseään, sillä hänellä oli syviä makuuhaavoja. Omaiset pyysivät hartaasti hoitavalta henkilökunnalta niin kutsutun päihdehuollon väliintulon järjestämistä. Pyyntö kaikui kuuroille korville. Vaikeavammainen henkilö kuoli melko pian tapahtuman jälkeen hyvin traagisissa olosuhteissa. Siitä pitäen, vähän kuin tuon henkilön muistoksi, olen toivonut, että tapaturma-asemalle paikattavaksi tuodun päihtyneen vaikeavammaisen hoitoon kuuluisi itsestäänselvyytenä mahdollisuus puhua päihdeongelmasta siihen erikoistuneiden ammattilaisten kanssa ja tarjous jatkohoidosta. Tällaista puuttumista voisi kokeilla ensin yhdellä tapaturma-asemalla, ja jos tulokset olisivat lupaavia, soveltaa sitä myös muissa sairaaloissa.

Pirkko Justander
sosiaalineuvoja
Invalidiliitto ry

Sarjakuvan tekijöiden esittely

Kokemusasiantuntijat **Kristian, Jesse** ja **Heidi** ovat eri tavoin vammaisia ihmisiä. Sarjakuvissa he kertovat omin sanoin tarinansa toipumisesta. Kertojien ääni on säilytetty mahdollisimman autenttisenä. Yksityisyyden suojaamiseksi henkilöiden nimet on muutettu.

Sarjakuvakäsikirjoitukset perustuvat **Ilkka Koskisen** tekemiin haastatteluihin. Koskinen työskentelee pääkaupunkiseudulla kehitysvammaohjaajana. Hän toimi esteettömän vertaisryhmän **Voima**-tiimin ohjaajana vuonna 2013.

Aino Sutinen (s. 1983) tekee sarjakuvia eri tyyleillä. Työssään hän haluaa kehittää sarjakuvan käyttöä esimerkiksi tiedonvälityksen välineenä ja tositarinoiden kertomisessa. Sutinen työskentelee myös Sarjakuvakeskuksen tiedottajana Helsingissä. Hän on opiskellut sosiologiaa ja kehityskaatutkimusta Iso-Britanniassa.

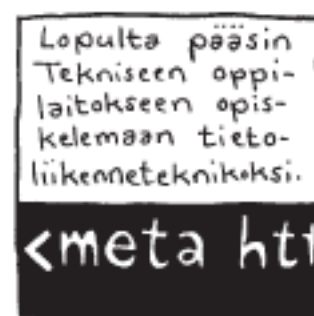
Jessen tarina s. 74

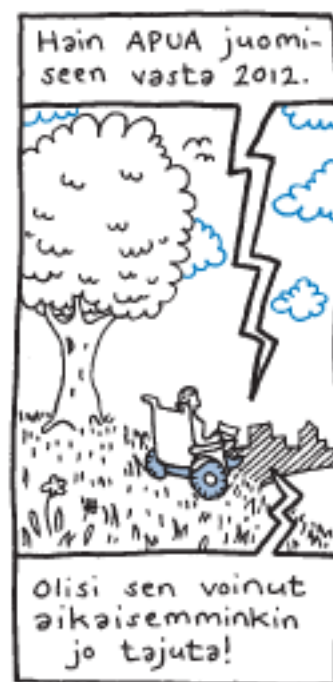
Heidin tarina s. 114

KRISTIANIN TARINA

Käsikirjoitus: Kristian, Irene Komu ja Aino Sutinen, piirtäjä: Aino Sutinen









SANNA AHOLA

Vammaisten oikeus yleisiin palveluihin

Yleiset ihmisoikeudet ja vammaisten ihmisoikeudet

Vammaisilla on samat ihmisoikeudet kuin muillakin ihmisillä: oikeudet riittäviin palveluihin, yhdenvertaisuuteen ja liikkumisvapauteen. Vammaisten oikeudet eivät kuitenkaan aina toteudu ilman aktiivisia toimia. Sen takia YK:n piirissä on solmittu erityisesti vammaisia koskeva ihmisoikeussopimus. Siinä ihmisoikeudet tuodaan vammaisten ulottuville. Lähtökohtaisesti vammaisten ihmisoikeussopimus ei tuo uusia ihmisoikeuksia vaan säätää olemassa olevista oikeuksista vammaiset huomioivalla tavalla. Toisaalta sopimuksessa puhutaan erillisessä artiklassa esteettömyydestä. On määrittelykysymys, onko esteettömyys uusi ihmis-oikeus vai liikkumis- ja osallistumisvapauden ilmentymä. Joka tapauksessa se on välttämätön edellytys vammaisten oikeuksien toteutumiselle.

Suomi on allekirjoittanut YK:n vammaisten ihmisoikeussopimuksen, mutta sopimuksen ratifiointi eli valtion sisäinen voimaansaattaminen on yhä kesken. Sopimus ei siis ole Suomessa lain tasolla voimassa, mutta poliittisesti ja käytännössä sillä on kyllä jo vaikutusta.



Suomi ei saa enää säätää lakeja, jotka olisivat sopimuksen vastaisia. Lisäksi Suomen on sopeutettava olemassa oleva lainsäädäntönsä sopimuksen mukaiseksi. Kun sopimus on ratifioitu, Suomen on myös pidettävä huolta siitä, että sopimuksen artiklat toteutuvat käytännössä.

Vammaiset tarvitsevat julkiselta vallalta erityisiä toimia, jotta heidän ihmisoikeutensa toteutuisivat yhdenvertaisesti muiden kanssa. YK:n sopimus velvoittaa Suomen valtion ylläpitämään tällaisia erityisiä järjestelyjä ja myös luomaan uusia.

YK:n vammaisten ihmisoikeussopimuksen määritelmän mukaan vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka yhdessä erilaisten esteiden kanssa voi estää hänen täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Vammaisuus siis määritellään nykyään yleensä vuorovaikutussuhteena, jossa osapuolina ovat yksilö ja yhteiskunta. Vammaisten oikeuksien parantaminen onnistuu vaikuttamalla paitsi vammaiseen yksilöön, myös ympäröivään yhteiskuntaan.

YK:n vammaisten ihmisoikeussopimus ja yleiset palvelut

Kaikki ihmiset tarvitsevat erilaisia palveluja syntymästään asti – ja jo ennen sitä. Odottavat äidit käyvät neuvolassa, ja lapset synnytetään synnytysairaalaissa. Vähän kasvettuaan lapset menevät päiväkotiin, esikouluun ja kouluun. Koulusta suunnataan opiskelemaan. Lapset ja aikuiset tarvitsevat hammashoitoa, terveysasemia ja jotkut erikoissairaanhoidoa. Päihdepalvelut ovat tarpeen joillekin, samaten lastensuojelu. Kaikki nämä palvelut ovat yleisiä julkisia palveluja. Vammaiset tarvitsevat yhteisiä palveluja siinä missä muutkin, mutta niiden toteutuminen yhdenvertaisesti saattaa edellyttää julkiselta vallalta erityistä panostusta.

YK:n vammaisten ihmisoikeussopimuksen 19. artiklassa säädetään osallisuudesta yhteisöön mm. seuraavasti: ”Tämän yleissopimuksen sopimuspuolet tunnustavat kaikkien vammaisten henkilöiden yhdenvertaisen oikeuden elää yhteisössä, jossa heillä on muiden kanssa yhdenvertaiset valinnanmahdollisuudet. Sopimuspuolet ryhtyvät tehokkaisiin ja asianmukaisiin toimiin tehdäkseen vammaisille henkilöille helpommaksi nauttia tästä oikeudesta täysimääräisesti sekä helpottaakseen heidän täysimääräistä osallisuuttaan yhteisössä mm. varmistamalla, että koko väestölle tarkoitetut yhteisön palvelut ja järjestelyt ovat vammaisten henkilöiden saatavissa yhdenvertaisesti muiden kanssa ja vastaavat heidän tarpeitaan.” Vammaisten on siis päästävä tavanomaisten palvelujen piiriin.

Tätä vammaisten oikeutta samoihin palveluihin kuin muillakin täsmennetään sopimuksessa monessa kohdin. Vammaisilla on oikeus samanlaajuisiin, -laatuisiin ja -tasoiisiin terveyspalveluihin kuin muillakin. Vammaisilla on myös sama oikeus sosiaaliturvaan, vakuutuspalveluihin ja kuntoutuspalveluihin kuin muulla väestöllä.

Erityispalvelut vammaisille

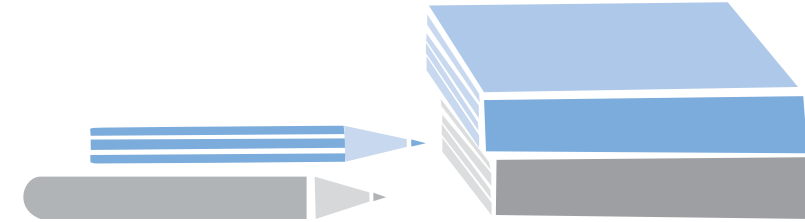
Vammaisille on säädetty monia omia erityisiä palveluja ja tukitoimia. Niillä pyritään vähentämään tai poistamaan vamman aiheuttamia haittoja ja edistämään vammaisten yhdenvertaista osallisuutta yhteiskunnassa. Tarkoituksena on saattaa vammaiset samalle viivalle vammattomien kanssa.

Vammaisten palveluista säädetään kahdessa eri erityislaissa: laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (vammapalvelulaki) sekä laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (kehitysvammalaki). Vammaisille järjestetään palveluja myös sosiaalihuoltolain ja omaishoitolain nojalla. Vammaisia koskevaa erityislainsäädäntöä ollaan tätä kirjoitettaessa uudistamassa. Toiveena on, että tuloksena olisi johdonmukainen lainsäädäntö, joka mahdollistaisi yksilöllisen avun ja tuen kaikille sitä tarvitseville vammaisille diagnoosiin katsomatta.

Monet vammapalvelulaissa ja kehitysvammalaissa säädetyistä palveluista ovat vaikeavammaisten subjektiivisia oikeuksia. Kuntien on siis järjestettävä nämä palvelut kaikille laissa säädetty edellytykset täyttävillä henkilöillä riippumatta esimerkiksi kunnan rahatilanteesta.

Subjektiivisen oikeuden asema on annettu lähinnä sellaisille palveluille, jotka ovat välttämättömiä perusoikeuksien toteutumiseksi. Tällaisia keskeisiä palveluja ovat esimerkiksi henkilökohtainen apu ja kuljetuspalvelu.

Erityispalvelut eivät kuitenkaan riitä. Riittävien palvelujen saamiseksi ja yhdenvertaisuuden ja osallisuuden toteutumiseksi vammaisten on päästävä myös yleisten palvelujen piiriin. Erityispalvelut eivät korvaa niitä läheskään kaikilla aloilla, eikä erillisryhmittely muutenkaan ole toivottavaa. Suomeen ei haluta



vammaisten äitien neuvoloita eikä vammaisten lasten kouluja, saati vammaisten omia hammashoitoloita tai päihdepalveluja. Tavoitteena on oltava normaalisuusperiaate, jotta yhteiskunta olisi kaikille yhtäläisesti avoin ja vammaisten oikeus täysivaltaiseen kansalaisuuteen toteutuisi.

Normaalisuusperiaate ja yleisiin palveluihin pääsy

Erityislaeilla siis säädetään sellaisista ensiarvoisen tärkeistä palveluista, joita ilman vammaisten oikeudet eivät toteudu. Erityislait ovat toissijaisia. Normaalisuusperiaate merkitsee asiakkaiden palvelujen järjestämistä kaikille tarjolla olevien yleisten palvelujen turvin. Jos nämä eivät riitä tai sovi tai jos erityislaissa säädetty palvelu toteuttaisi paremmin asiakkaan etua, sovelletaan erityislakia.

YK:n vammaisten ihmisoikeussopimus edellyttää, että julkiset palvelut suunnitellaan kaikille sopiviksi ja ympäristö esteettömäksi. Tämä on myös Suomen vammapolitiikan virallinen lähtökohta. Pyrkimyksenä on, että yleiset palvelut olisivat kaikkien ulottuvilla, myös vammaisten.

Todellisuus on kuitenkin usein toinen. Esteenä normaalipalvelujen käyttämiselle voivat olla palvelun esteellisyys, syrjintä ja asenteet tai tarvittavien erityispalvelujen puute. Yleiset palvelut eivät läheskään aina sellaisenaan palvele vammaisia asiakkaita.

Esteettömyys – mörkö vai mahdollisuus

Esteettömyys merkitsee kaikkien sellaisten esteiden poistamista, jotka vaikuttavat vammaisten mahdollisuuksiin osallistua yhteiskuntaan sen täysivaltaisina jäseninä.

Vammaisten ihmisoikeusyleissopimus edellyttää 9. artiklassaan, että jäsenvaltiot tunnistavat ja poistavat saavutettavuuden esteet kaikilla elämänaloilla. Esteiden poistamiseksi jäsenvaltioiden on ryhdyttävä aktiivisiin toimiin mm. varmistamalla, että kansalaisille tarjottavat palvelut, olivat ne sitten yksityisiä tai julkisia, ovat kaikkien saavutettavissa. Jäsenvaltioiden pitää mm. järjestää koulutusta, avustajia ja apuvälineitä, edistää teknologiaa ja luoda esteettömyyden vähimmäisstandardeja.

Esteettömyys on käsitteenä laaja eikä rajoitu rakennetun ympäristön esteettömyyteen. Fyysisen esteettömyyden lisäksi esteettömyys voi olla esim. sosiaalista, taloudellista tai tiedonsaannin esteettömyyttä.

Rakennetun ympäristön esteettömyys puolestaan voi ilmetä monella tavalla. Se voi olla liikkumisympäristön, näkemisympäristön tai kuulemisympäristön esteettömyyttä.

Esteettömyys kuulostaa monimutkaiselta ja kalliilta, mutta ei oikeastaan ole sitä. Kun esteettömyys otetaan huomioon jo tiloja tai palveluja suunniteltaessa, kustannukset eivät yleensä ole juuri suurempia kuin esteellisissä ratkaisuissa. Valmiiksi esteetön palvelu tai tila ei myöskään tarvitse myöhemmin muutoksia tai lisäyksiä. On myös hyvä huomioda, että esteettömyys ei palvele pelkästään vammaisia. Se hyödyttää myös esimerkiksi vanhuksia tai pienten lasten kanssa kulkevia ja parantaa yleisesti ottaen palvelun tai rakennuksen laatua ja turvallisuutta.

Erityispalvelujen puuttuminen

Erityispalvelujen puute voi estää yleisten palvelujen käytön. YK:n vammaisten ihmisoikeussopimus edellyttää, että yleiset palvelut ovat myös vammaisten käytettävissä ja että ne vastaavat heidän tarpeitaan mutta että jäsenvaltiossa on niiden lisäksi riittävät tukipalvelut vammaisille. Näiden tukipalvelujen tulee mahdollistaa eläminen ja osallisuus yhteisössä yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Suomessa on jo nykyisellään hyvin käyttökelpoinen vammaisten erityispalveluja koskeva lainsäädäntö. Jos vammaisten oikeudet eivät toteudu, syynä ei yleensä ole lakien sisältö vaan niiden soveltaminen käytäntöön. Eri viranomaisohjelmat eivät välttämättä tee riittävästi yhteistyötä keskenään, eivätkä kaikki laintulkinnat aina toteuta asiakkaiden etua. Joustavuutta ei ole riittävästi, vaan ratkaisut tehdään kuntien omien linjausten mukaisesti. Tällöin voi käydä niin, että asiakas ei saa tarvitsemaansa.

Tästä on hyvänä esimerkkinä laitoskuntoutus. Kuntien vammaispalvelu ei yleensä myönnä henkilökohtaista avustajaa, kun asiakas lähtee laitoskuntoutusjaksolle. Tämä on sinänsä ymmärrettävää, sillä kuntoutuksen järjestäjän pitäisi tarjota kuntoutusjaksolla riittävät avustajapalvelut. Tosiasiassa seurauksena on kuitenkin se, että kuntoutuslaitos ei ota asiakasta vastaan, koska sillä ei ole tarjota riittäviä palveluja. Näin kaikki ovat pesseet kätensä asiasta, eikä asiakas saa kuntoutusta.

Esimerkkejä palveluihin pääsyn vaikeudesta

Pääsy yleisiin palveluihin voi estyä monella eri tavalla. Esimerkiksi päihdepalveluihin pääsy voi tyssätä siihen, ettei palvelusta ole tietoa sellaisessa muodossa, jossa asiakas sen pystyisi lukemaan. Tai tietoa on, mutta palvelu sijaitsee paikassa, jonka rappukäytävässä on viisi porrasta ennen hissiä, jolloin sinne ei pääse pyörätuolilla.



Pääsy yleisiin palveluihin voi estyä monella eri tavalla.

Neuvola voi olla esimerkiksi pyörätuolia käyttävälle äidille hankala paikka. Sisäänpääsy saattaa olla esteellinen tai luiska niin jyrkkä, ettei siitä pääse ilman avustajaa. Tutkimuspöydälle ei ehkä pääse ilman nostoapua, ja jos jalat eivät kannaa, vaa'allakaan ei pääse käymään.

Myös asenteet voivat tehdä neuvolapalvelujen käyttämisen vammaiselle äidille vaikeaksi. Henkilökunta saattaa olla sitä mieltä, että vammaisten ei ylipäättään tulisi saada lapsia tai että raskaaksi hankkiutuminen on vammaiselta äidiltä vastuuton teko ja aiheuttaa vain kustannuksia ja vaivaa yhteiskunnalle. Raskautta saatetaan pitää tavallista vaarallisempana ja riskialttiimpina, vaikka itse vamma ei raskauteen vaikuttaisi. Ennakoluulot ja pelot jylläävät. Toisaalta vammaista äitiä ei välttämättä osata lainkaan neuvoa sellaisissa kysymyksissä, joissa vamma mahdollisesti vaikuttaa raskauteen.

Samantyyppiset ongelmat saattavat jatkua lastenneuvolassa ja lapsen päiväkotia etsittäessä tai lasta harrastuksiin viettäessä. Vammaisten vanhempien on löydettävä esteettömiä päiväkoteja ja esteettömiä harrastuspaikkoja, joihin he voisivat viedä lapsiaan. Näin yleisten tilojen esteellisyys vaikuttaa paitsi vammaisten itsensä, myös heidän lastensa elämään ja valintoihin.

Turvakodin tarve on vaikea tilanne kenelle hyvänsä. Vammaisille tilanne on monin verroin mutkikkaampi, ja sosiaalityölle se asettaa suuria haasteita. Turvakoteihin saatetaan kategorisesti kieltäytyä ottamasta esimerkiksi pyörätuolia käyttäviä asiakkaita. Syynä voi olla paikan hissittömyys, paloturvallisuus tai muu vastaava seikka. Tällöin sosiaalitoimen on löydettävä muita ratkaisuja. Ratkaisua voidaan joutua hakemaan sairaaloiden, kotihoidon, henkilökoh-
taisen avun, poliisin sosiaalityön tai tilapäishoitopaikkojen kautta. Turvakodin tarpeessa oleva henkilö on saattanut olla riippuvainen uhkaavasti käyttäytyvän puolison avusta, jolloin henkilökohtaista

apua voidaan joutua myöntämään 24 tuntia vuorokaudessa. Jos turvakotiin ei pääse, uhkaava puoliso joudutaan tavalla tai toisella poistamaan yhteisestä kodista. Tällaisissa tapauksissa poliisi voi poistaa uhkaavan puolison, ja tälle voidaan hakea lähestymiskieltoa. Miten ratkaisu sitten löydetäänkin, prosessi korvaavan palvelun löytämiseksi on pitkä ja vaikea.

Miten tästä eteenpäin

Tätä kirjoitettaessa ulkoasiainministeriössä on valmistumassa ehdotus hallituksen esitykseksi YK:n vammaisten ihmisoikeussopimuksen ratifioimiseksi. Sopimuksen voimaan tuleminen Suomessa on siis vihdoin näköpiirissä. Toivoa sopii, että sopimuksen voimaantulo muokkaa lakeja, käytäntöjä ja asenteita niin, että yhteiset palvelut olisivat entistä paremmin kaikkien käytettävissä.

Sanna Ahola

OTK

lakimies

Kynnys ry

ANNIINA HEINI

Vammaisten henkilöiden alkoholinkäyttö ja koettu hyvinvointi



Kun aikanaan pohdin graduaihetta ja otin sen esille vammaistutkimuksen päivillä, tuli Sininauhaliiton osallistujilta pyyntö tutkia vammaisten henkilöiden henkistä hyvinvointia ja päihdetottumuksia. Aihetta ei ollut tutkittu, joten tarvetta tutkimustiedolle oli. Laajensin tutkimuksen koskemaan terveyskäyttäytymistä ja hyvinvointia laajemminkin, mutta keskityn tässä artikkelissa terveyskäyttäytymisen osalta vain alkoholinkäyttöön.

Tutkimusaineisto kerättiin internetkyselynä vuonna 2011. Kyselyä levittivät lukuisat vammaisjärjestöt ja kuntien vammaisneuvostot. Tutkimustietoja verrattiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuksen tuloksiin. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 499 itsensä jollakin tavoin vammaiseksi kokenutta henkilöä. Vastaajat edustivat tasaisesti eri ikäryhmiä, mutta vastaajaryhmistä painottuivat naiset ja korkeammin koulutetut.

Alkoholinkäyttö

Kyselyn mukaan vammaiset henkilöt käyttävät alkoholia valtaväestöä vähemmän. Raittiiden osuus on suurempi ja viikoittainen kulutus on valtaväestöä maltillisempaa lukuun ottamatta päivittäin alkoholia nauttivien ryhmää. Erot vammaisten henkilöiden kesken muodostuivat mielenkiintoisiksi iän¹, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutuksen² ja työssäolon³ perusteella.

Alkoholinkulutus on maltillista

Täysin raittiiden osuus vastanneista oli 22 %, sillä he eivät olleet käyttäneet vuoden aikana lainkaan alkoholijuomia. Vastaava osuus koko väestössä oli huomattavasti pienempi (12,2 %). Raittiudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää⁴ yhteyttä sukupuoleen ($p = 0,418$) tai ikään ($p = 0,372$). Sen sijaan koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ($p = 0,003$). Raittius nousi kymmenellä prosentilla siirryttäessä ylimmästä koulutusryhmästä kahden alemman koulutusryhmän suuntaan. Matalimmin koulutetut olivat tyypillisemmin raittiita. Tämä on yhteneväistä valtaväestön kanssa, sillä raittiiden osuus valtaväestön matalimmassa koulutusryhmässä oli 26 % ja ylimmässä vain 9 %.

Vaikka valtaväestöön verrattuna vammaisväestöstä suurempi osa oli raittiita, silti suurin osa vastaajista oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. On huomattava, että vammaisilla henkilöillä alkoholinkäyttö painottui kaikissa vastaajaryhmissä harvempaan käyttöön, eli alkoholia nautittiin harvemmin kuin kerran viikossa.

¹ Käytetyt ikäryhmät: 18–34-vuotiaat, 35–44-vuotiaat, 45–54-vuotiaat, 55–64-vuotiaat, 65–80-vuotiaat

² Jaettu koulutusvuosien perusteella: 0–9 vuotta, 10–12 vuotta, yli 13 vuotta

³ Työssäoleviksi lukeutuivat vastaajat, jotka vastasivat olevansa ”töissä” tai ”osin töissä”.

⁴ p = havaittu merkitsevyystaso: $p \leq 0,05$ = melkein merkitsevä, $p \leq 0,01$ = merkitsevä, $p \leq 0,001$ = erittäin merkitsevä

Kaiken kaikkiaan alkoholijuomien nauttimiseen vaikutti vammaisilla henkilöillä tilastollisesti melkein merkitsevästi sukupuoli ($p = 0,022$), sillä miehet käyttivät alkoholia naisia enemmän. Iän yhteys alkoholinkäyttöön oli sekin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,029$), sillä vanhemmat ikäryhmät käyttivät alkoholia enemmän. Eniten alkoholia käytettiin 65–80-vuotiaiden ikäryhmässä ja vähiten 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä. 65–80-vuotiaista 13,3 % nautti alkoholia päivittäin muiden ikäryhmien osuuksien jäädessä 0–4 %:iin. Koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti heikoimmat erot ($p = 0,043$), mutta alkoholin nauttiminen oli tavallisempaa korkeammin koulutetuilla.

Siviilisäädyn yhteys alkoholinkäytön yleisyyteen oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,014$). Naimisissa tai avoliitossa olevat käyttivät selvästi eniten alkoholia ja naimattomat vähiten. Tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys alkoholin käyttöön ($p < 0,001$) oli työssäololla. Työelämän ulkopuolella olevista alkoholia käytti päivittäin 5,3 % ja 2–3 kertaa viikossa 14,9 %, kun taas työelämässä olevista alkoholia käytti päivittäin vain 3,4 % ja 2–3 kertaa viikossa 12,3 %. Kuitenkin niitä, jotka eivät koskaan käyttäneet alkoholia, oli työelämän ulkopuolella olevista 19,8 %, kun taas työelämässä olevien osuus oli 7,5 %.

Alkoholinkäytön yhteyttä negatiivisiin tunteisiin voitiin tarkastella negatiivisista tunteista muodostetun summamuuttujan avulla.⁵ Alkoholinkäyttö lisääntyi jonkin verran koettujen negatiivisten tunteiden lisääntymisen myötä ($p = 0,031$). Erityisesti vähintään kerran viikossa alkoholia liikaa käyttäneillä negatiivisia tunteita oli huomattavasti enemmän.

⁵ Negatiivisten tunteiden summamuuttuja (Cronbachin alfa = 0,814) muodostettiin jännityksen, stressin ja kovan paineen alaisuuden kokemisesta, hermostuneisuuden kokemisesta, mielialan mataluudesta, apeudesta ja alakuloisuuden tunteista.

Alkoholin liikakäyttö yleisempää miehillä

Kaikkiaan vain 4,7 % vastaajista käytti alkoholia päivittäin. Tämä on prosentoin enemmän kuin valtaväestössä. Viikossa 2–3 kertaa alkoholia nautti 14,0 %, mikä on valtaväestöä vähemmän (18,3 %). Kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus oli 12,5 %, kun valtaväestössä luku on 16,1 %.

Varsinaiseksi alkoholin liikakäytöksi tutkimuksessa tulkittiin ”kuusi alkoholiannosta tai enemmän”. Tutkimuksessa selvitettiin myös juomisen herättämää syyllisyyden tunnetta sekä sitä, kuinka suuri osa ei pystynyt lopettamaan juomistaan juomisen alettua. Näiden kahden jälkimmäisen kysymyksen avulla tarkasteltiin sitä, kokivatko henkilöt käyttäneensä alkoholia liikaa.

Taulukko 1. Alkoholin liikakäyttö

	Kerralla vähintään 6 annosta alkoholia	Ei pystynyt lopettamaan juomista	Tuntenut syyllisyyttä/ katumusta juomisen jälkeen
Ei koskaan	59,7	94,2	82,4
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	24,5	3,8	14,7
Kerran kuukaudessa	8,2	1,3	0,7
Vähintään kerran viikossa	7,6	0,7	2,3
Yhteensä	100	100	100

Taulukosta 1 käy ilmi, että 7,6 % joi alkoholia vähintään kerran viikossa liikaa (yli kuusi annosta). Kuitenkin syyllisyyttä tai katumusta tuntevien osuus oli vain 2,3 %. Tämä voi kertoa suomalaisen yhteiskunnan alkoholiasenteista ja siitä, että ihmiset saattavat kokea liikakäytön rajan terveystieteellisiä korkeammaksi. Sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yli kuuden annoksen nauttimisessa ($p < 0,001$), sillä miehet joivat yli kuusi annosta keskimäärin useammin kuin naiset. Sen sijaan iällä, koulutuksella, työssäololla tai siviilisäädellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yli kuuden annoksen juomiseen. Syyllisyyden tai katumuksen tunteeseen ei puolestaan vaikuttanut sukupuoli, ikä, koulutus, työssäolo tai siviilisäätty.

Taulukosta 1 voidaan huomata, että vain 0,7 % vastanneista koki viikoittain, ettei pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä juomisen alettua. On huomattava, että suurin osa ei juonut koskaan alkoholia yli kuutta annosta ja että harvemmin kuin kerran kuukaudessa yli kuusi annosta juovien osuus oli sekin vain 24,5 %. Koko väestöön verrattuna vammaiset henkilöt vaikuttavat olevan raittiimpia, sillä Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen AVTK-tutkimukseen osallistuneista vain 36,6 % ei koskaan juonut alkoholia yli kuutta annosta. Tosin harvemmin kuin kerran kuukaudessa vähintään kuusi annosta juovien osuus on 34,1 %, mikä tasaa hieman eroa. Alkoholia yli kuusi annosta vähintään kerran viikossa juovia oli kuitenkin AVTK-tutkimuksessa kaksinkertaisesti (15,1 %) vammaisiin henkilöihin verrattuna. Juomisen lopettamisvaikeuteen ei vaikuttanut sukupuoli ($p = 0,487$), ikä ($p = 0,317$), koulutus ($p = 0,456$), työssäolo ($p = 0,820$) tai siviilisäätty ($p = 0,929$).

Alkoholin liikakäytön summamuuttujatarkastelussa⁶ kävi ilmi, että liikakäyttöön vaikutti edelleen sukupuoli ($F^7 = 7,557$, $df^8 = 1$, $p = 0,006$), sillä miehet käyttivät alkoholia naisia enemmän. Iällä ei tarkasti ottaen ollut yhteyttä liikakäyttöön ($F = 2,296$,

$df = 4$, $p = 0,059$), vaikka keskiarvotarkasteluissa kaksi vanhinta ikäryhmää käytti liikaa alkoholia muita ikäryhmiä useammin. Liikakäytöllä ei ollut yhteyttä koulutukseen ($F = 0,586$, $df = 2$, $p = 0,557$), työssäoloon ($F = 2,125$, $df = 2$, $p = 0,121$) tai siviilisäättyyn ($F = 0,342$, $df = 3$, $p = 0,795$).

Eroja eri alkoholijuomien kulutuksessa

Olut ja siideri olivat suosituimpia juomia. Niiden suhteen sukupuoli oli merkitsevä ($p = 0,006$), sillä miehet käyttivät näitä juomia naisia useammin. Sen sijaan viiniä miehet ja naiset joivat lähes yhtä paljon ($p = 0,458$). Päivittäin viiniä juovien kohdalla miesten osuus oli lähes kaksinkertainen (7,1 %) naisiin verrattuna (3,8 %). Väkevien alkoholijuomien juomiseen sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Miehet käyttivät väkeviä vähintään kaksi kertaa niin usein kuin naiset lukuun ottamatta päivittäin juovien osuuksia. Iän osalta ainoastaan väkevien juomien nauttimisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Väkeviä käytettiin eniten vanhemmissa ikäryhmissä. Kaikkein eniten väkeviä nautittiin 65–80-vuotiaiden ikäryhmässä 2–3 kertaa viikossa. Koulutukseen liittyen ei ollut huomattavissa minkään alkoholijuoman suhteen tilastollista merkitsevyyttä ryhmien välillä.

⁶ Cronbachin alfan arvo 0,648.

⁷ Varianssianalyysin F-testiluku kuvaa yhdessä p-arvon kanssa ryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä.

⁸ df = vapausasteet eli vertailtavien ryhmien lukumäärä

Henkinen hyvinvointi

Vammaisten henkilöiden henkisessä hyvinvoinnissa havaitut erot olivat kiinnostavimpia iän, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutuksen ja työssäolon osalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös henkisen hyvinvoinnin yhteyttä koettuun terveyteen ja yksinäisyyden kokemiseen. Tarkasteltaessa henkistä hyvinvointia voidaan huomata, että vammaisväestö voi huonommin kuin valtaväestö. Erot eivät kuitenkaan kaikissa suhteissa ole huomattavia.

Negatiivisten tunteiden kokeminen

Taulukosta 2 käy ilmi, että elämäntilanteensa koki sietämättömäksi huomattavasti suurempi osa vammaisista henkilöistä kuin koko väestöstä. Muuten luvut ovat lähellä valtaväestön lukuja, vaikka vammaisväestön elämäntilanne olikin stressaavampi.

Vammaisten henkilöiden jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden kokemisessa sukupuoli vaikutti melkein merkitsevästi ($p = 0,032$), sillä naiset kokivat näitä miehiä enemmän. Erikoista on se, että työssäololla oli tilastollisesti vain melkein merkitsevä yhteys kyseisen tunnetilan yleisyyteen, sillä työelämän ulkopuolella olevilla tunnetila oli hieman yleisempi ($p = 0,042$). Vaikuttaa siltä, että koulutustason noustessa myös jännityksen, stressin ja kovan paineen kokeminen lisääntyivät ($p = 0,045$). Erityisen iso ero koulutusryhmien välillä oli niiden vastaajien kohdalla, jotka vastasivat ”ei ollenkaan”, sillä alimmassa koulutusryhmässä näin vastattiin kaksinkertaisesti verrattuna ylimpään koulutusryhmään.

Siviilisäätysten välillä oli tilastollisesti vain melkein merkitsevä ero ($p = 0,021$), ja eronneilla oli jännityksen, stressin tai kovan paineen kokemuksia eniten. Yksinäisyyden kokemisella olikin tilastollisesti merkitsevyys yhteydessä kyseisiin tunteisiin ($p < 0,001$). Ikäryhmien välillä oli tilastollisesti vain melkein merkitseviä eroja ($p = 0,011$).

Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä jännitystä, stressiä tai kovan paineen alaisuutta koetaan nuorempia, erityisesti kahta alimpaa ikäryhmää, selvästi vähemmän. Koettu terveys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä näiden tunteiden kokemisessa ($p = 0,000$), sillä terveytensä huonoksi kokevat tunsivat jännitystä, stressiä ja kovan paineen alaisuutta huomattavasti enemmän kuin terveytensä hyväksi kokevat.

Taulukko 2. Jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden kokeminen viimeksi kuluneen kuukauden aikana

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Elämäntilanne miltei sietämätön	8,9	5,1	2,9	2,4
Melkoisesti enemmän kuin ihmiset yleensä	22,5	16,0	18,8	15,0
Jonkin verran, muttei enemmän kuin ihmiset yleensä	50,5	50,6	60,8	57,2
Ei ollenkaan	18,1	28,2	17,5	25,4

Hermostuneisuuden suhteen vammaisväestö erosi valtaväestöstä vain hieman (taulukko 3). Koko ajan itsensä hermostuneeksi tuntevien osuudet olivat huomattavasti valtaväestöä suuremmat. Suurimman ja huomattavan osan ajasta hermostuneiden osuudet olivat kuitenkin valtaväestössä suuremmat, mikä tasaa eroa. Jonkin ja vähän aikaa hermostuneiden osuudet tasaavat nekin eroja, sillä yhteenlaskettuina ne ovat ryhmissä lähes yhtä suuret.

Tilastollisesti merkitsevää eroa vammaisryhmän sisällä ei syntynyt sukupuolen ($p = 0,404$), koulutusryhmien ($p = 0,193$) tai työssäolon ($p = 0,213$) perusteella. Eroa ei myöskään syntynyt siviilisäädyn perusteella ($p = 0,420$), vaikka yksinäisyydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hermostuneisuuden kokemiseen ($p < 0,001$). Ikäryhmien välillä puolestaan oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,004$), sillä nuorimmissa ikäryhmissä oli enemmän hermostuneita. Koko ajan hermostuneiden osuus oli kuitenkin vanhimmassa ikäryhmässä liki kolminkertainen nuorimpaan ikäryhmään nähden. Tätä voi selittää osittain se, että koetulla terveydellä oli erittäin merkitsevä yhteys hermostuneisuuden kokemisessa ($p < 0,001$).

Mielialan matalaksi koko ajan kokevia oli vammaisväestössä enemmän kuin valtaväestössä (taulukko 4). Muutoin mielialaan liittyvät prosenttiosuudet tasaantuivat ryhmien välillä, ja erot olivat vain pieniä.

Vammaisryhmän sisällä ei syntynyt merkitseviä eroja sukupuolen ($p = 0,514$) tai työssäolon perusteella ($p = 0,693$). Tilastollisesti merkitseviä eroja ei muodostunut myöskään siviilisäätysten välille ($p = 0,785$). Lesket vastasivat kokevansa mielialan mataluutta sekä eniten että vähiten. Mielialan mataluudella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yksinäisyyden kokemisessa ($p < 0,001$). Osa leskistä ei siis välttämättä kokenut puolison menetyksestä johtuvaa yksinäisyyttä, minkä vuoksi he eivät kokeneet myöskään mielialan mataluutta.

Taulukko 3. Hermostuneisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

%

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Koko ajan	3,4	4,5	0,3	0,6
Suurimman osan ajasta	1,0	2,6	2,9	2,0
Huomattavan osan ajasta	6,1	7,1	6,7	5,1
Jonkin verran	25,3	21,2	20,5	15,9
Vähän aikaa	37,2	31,4	42,7	44,7
Ei lainkaan	27,0	33,3	26,9	31,6

Taulukko 4. Viimeisen kuukauden aikana mielialan mataluus niin, ettei mikään ole voinut piristää.

%

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Koko ajan	3,8	5,1	0,5	0,3
Suurimman osan ajasta	1,0	0,6	1,9	1,6
Huomattavan osan ajasta	4,4	7,7	3,9	3,3
Jonkin aikaa	12,3	11,5	11,4	7,7
Vähän aikaa	28,7	22,4	27,1	23,6
Ei lainkaan	49,8	52,6	55,1	63,5

Koulutusryhmien välillä sen sijaan oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$), sillä alimpaan ja keskitason koulutusryhmään kuuluvat tunsivat mielialan mataluutta selvästi korkeammin koulutettuja useammin. Ikäryhmien välille muodostui vain pieni ero ($p = 0,050$), ja kahteen nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat mielialan mataluutta selvästi kahteen vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia useammin. Terveydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys mielialan mataluuteen ($p < 0,001$), sillä terveytensä huonoksi kokevat tunsivat usein myös mielialan mataluutta.

Alakuloisuutta ja apeutta puolestaan tunnettiin sekä vammaisväestössä että valtaväestössä useammin kuin mielialan mataluutta (taulukko 5). Tämä voi johtua siitä, että alakuloisuuteen ja apeuteen liittyvä kysymys oli ilmaistu lievemmin, sillä siihen ei sisällynyt lisäystä ”ettei mikään ole piristänyt”. Vammaiset miehet kokivat näitä tunteita valtaväestön miehiä useammin. Naisten kohdalla erot olivat olemattomia lukuun ottamatta koko ajan itsensä alakuloiseksi ja apeaksi tuntevien osuuksia.

Tilastollisesti merkitsevää eroa koulutusryhmien välille ei muodostunut ($p = 0,200$), ja eroa syntyi vielä vähemmän työssäolon perusteella ($p = 0,832$). Siviilisäätöjen väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0,504$). Kuitenkin verrattaessa naimisissa tai avoliitossa olevia muihin voitiin huomata heidän kärsivän alakuloisuudesta ja apeudesta muita harvemmin. Leskien osalta oli erikoista huomata, että he joko kokivat itsensä alakuloisiksi ja apeiksi koko ajan tai sitten eivät lähes lainkaan. Yksinäisyydellä oli jälleen tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys alakuloisuuden ja apeuden tunteen kokemisessa ($p < 0,001$).

Alakuloisuudella ja apeudella oli lisäksi yhteys koettuun terveyteen ja ikään. Alakuloa ja apeutta tunteneet kokivat myös terveytensä huonommaksi, ja näiden välinen tilastollinen merkitsevyys oli

suuri ($p < 0,001$). Iällä oli puolestaan tilastollisesti merkitsevä yhteys eroihin alakulon ja apeuden kokemisessa ($p = 0,003$), sillä nuorimmissa ikäryhmissä oli useammin apeuden ja alakuloisuuden tunnetta. Voisi ajatella, että nuoruuteen kuuluu tietty epävarmuus ja rauhattomuus, mikä selittäisi eron. Seuraavaksi tarkastellaankin tähän läheisesti liittyvän tyyneyden ja rauhallisuuden tunteen yleisyyttä.



Taulukko 5. Alakuloisuuden ja apeuden tuntemusten yleisyys viimeisen kuukauden aikana

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Koko ajan	3,1	5,1	1,3	0,6
Suurimman osan ajasta	2,7	1,9	2,9	2,2
Huomattavan osan ajasta	5,8	3,8	5,9	4,7
Jonkin aikaa	19,8	21,2	19,2	13,0
Vähän aikaa	45,1	37,8	45,9	41,1
Ei lainkaan	23,5	30,1	24,9	38,4

Positiivisten tunteiden kokeminen

Niin vammaiset miehet kuin naisetkin kokivat itsensä tyyneksi ja rauhallisiksi ”koko ajan” huomattavasti valtaväestöä useammin (taulukko 6). Muuten erot eivät olleet suuria, ja yhteistä oli se, että sukupuolten väliset erot noudattelivat samankaltaista vaihtelua.

Vammaisväestössä erot sukupuolten välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0,083$). Tyyneyden ja rauhallisuuden kokemukset vaihtelivat kuitenkin ikäryhmien mukaan hieman ($p = 0,028$). Kun nuorin ikäryhmä koki useimmin apeuden ja alakuloisuuden tunteita, siinä koettiin vastaavasti harvemmin tyyneyden ja rauhallisuuden tunnetta. Erityisesti ääritunteiden välillä (koko ajan / ei lainkaan) erot olivat selviä.

Tilastollisesti merkitsevää eroa ei puolestaan syntynyt työssäolon ($p = 0,449$), koulutuksen ($p = 0,080$) tai siviilisäädyn perusteella ($p = 0,061$). Eniten eroa syntyi leskien ja asumuserossa elävien tai eronneiden kohdalla. Lesket kokivat useimmin olevansa tyyniä ja rauhallisia, kun taas eronneet kokivat näin harvimmin. Tyyneyden ja rauhallisuuden tunteilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yksinäisyyteen ($p < 0,001$), sillä vähiten tyyneyttä ja rauhallisuutta tunsivat itsensä yksinäiseksi kokevat. Tyyneyden ja rauhallisuuden tunteella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys myös koettuun terveyteen ($p < 0,001$), sillä tyynien ja rauhallisten vastaajien osuus kasvoi terveyden hyväksi kokemisen myötä.

Onnellisuuden kokemista tarkasteltaessa voidaan huomata, että erot vammais- ja valtaväestön välillä olivat pieniä (taulukko 7). Koko ajan onnelliseksi tuntevia oli vammaisryhmässä vain hieman enemmän, vaikka kokonaisuutta tarkasteltaessa erot tasaantuivat vammais- ja valtaväestön välillä.

Taulukko 6. Itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi tuntemisen yleisyys viimeisen kuukauden aikana

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Koko ajan	11,6	19,9	4,1	7,5
Suurimman osan ajasta	37,5	42,9	38,0	46,5
Huomattavan osan ajasta	29,7	21,2	34,1	27,0
Jonkin aikaa	12,6	9,6	13,7	9,9
Vähän aikaa	6,8	5,1	8,5	7,0
Ei lainkaan	1,7	1,3	1,6	2,2

Taulukko 7. Onnellisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
Koko ajan	10,2	10,9	7,5	9,6
Suurimman osan ajasta	35,2	35,3	42,0	40,2
Huomattavan osan ajasta	25,6	26,9	23,7	25,6
Jonkin aikaa	19,8	13,5	14,6	13,4
Vähän aikaa	7,5	9,0	10,2	7,8
Ei lainkaan	1,7	4,5	2,1	3,5

Tarkasteltaessa vammaisväestön onnellisuuden kokemusta voidaan todeta, että sukupuoli ($p = 0,342$), ikä ($p = 0,806$) tai koulutus ($p = 0,418$) ei vaikuttanut siihen tilastollisesti merkitsevästi. Siviilisäätyjen väliset erot olivat nekin pieniä ($p = 0,219$). Onnellisuutta lisäsi vain hieman enemmän – vaikkei tilastollisesti merkitsevästi – se, että henkilö kävi töissä ($p = 0,087$).

Voidaankin kysyä, mikä muu kuin työssäkäynti vaikuttaa vammaisten henkilöiden onnellisuuteen. Ainakaan erot eivät näy perinteisten taustamuuttujien avulla. Terveiden kokemisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys onnellisuuteen ($p < 0,001$), sillä mitä paremmaksi vastaajat kokivat terveydentilansa, sitä onnellisempia he myös olivat. Myös yksinäisyyden kokemisella oli siihen erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$), ja vastaajat, jotka olivat onnellisia, kokivat itsensä vähiten yksinäiseksi. Näiden lisäksi seksuaalisuuden iloa tuottava vaikutus oli yhteydessä onnellisuuteen tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < 0,001$). Ne henkilöt, jotka kokivat seksuaalisuuden tuovan paljon iloa ja tyydytystä elämään, olivat myös huomattavasti onnellisempia kuin ne, joiden elämään seksuaalisuus ei tuonut lainkaan iloa ja tyydytystä.

Yksinäisyyden ja syrjäytymisen yhteys koettuun hyvinvointiin

Yksinäisyyden suurimmaksi syyksi vastaajat kokivat sen, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt (50,3 %). Vastaajista 23,8 % puolestaan ilmoitti kokevansa yksinäisyyttä, koska oli itse halunnut vetäytyä. Parisuhteen puuttumisen vuoksi yksinäisyyttä koki vain 12,2 % vastaajista. Ystävyysuhteiden riittämättömyys oli parisuhdettakin isompi syy yksinäisyyteen, sillä sen ilmoitti yksinäisyyden syyksi 13,6 % vastaajista. Huolestuttavaa on, jos yksinäisyys liittyy vammaisilla henkilöillä enemmän yhteiskunnasta syrjäytymisen kokemukseen kuin henkilökohtaisiin ihmissuhteisiin.

Yksinäisyyttä ilmeni enemmän niiden kohdalla, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi. Yksinäisyyden kokemisella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys myös päänsärkyyn, unettomuuteen, uupumuksen tunteeseen, masentuneisuuteen ja muihin mielen-terveysongelmiin. Myös lääkkeiden käyttöön yksinäisyydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys masennuslääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden osalta sekä merkitsevä yhteys päänsärkylääkkeiden osalta.

Yksinäisyydellä ja alkoholinkäytön yleisyydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p = 0,132$). Alkoholinkäytön yleisyydellä oli kuitenkin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys yksinäisyyden syihin ($p = 0,028$). Päivittäin alkoholia nauttivista 66,7 % ilmoitti yksinäisyyden syyksi sen, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt. Vastaava osuus oli 42,9 % niiden vastaajien joukossa, jotka joivat alkoholia 2–3 kertaa viikossa. Ne, jotka joivat päivittäin alkoholia yli kuusi annosta, kokivat itsensä yhteiskunnasta syrjäytyneiksi.

Lääkkeiden käyttö oireisiin nähden runsasta

Vammaiset henkilöt raportoivat unettomuutta lähes yhtä paljon kuin valtaväestö mutta käyttivät unilääkkeitä valtaväestöä enemmän. Sekä vammaiset miehet että naiset käyttivät rauhoittavia lääkkeitä ja masennuslääkkeitä noin kolminkertaisesti valtaväestöön nähden. Tämä on erikoista, sillä valtaväestössä raportoitiin enemmän masennusta. Saavatko vammaiset toisin sanoen helpommin masennuslääkkeitä, vai hakeutuvatko vammaiset masennuksen vuoksi lääkäriin helpommin?



Lopuksi

Terveysvalistus on joiltain osin luultavasti mennyt perille vammaisväestölle valtaväestöä paremmin, sillä vammaisten alkoholinkäyttötottumukset ovat valtaväestöä terveellisemmät. On kuitenkin huomioitava, että vammaisissa henkilöissä on myös alkoholia runsaasti nauttivia ihmisiä, jotka kokevat itsensä yhteiskunnasta syrjäytyneiksi. Olisi tärkeää, että heidän kohdallaan alkoholiongelma ei jäisi vamman taakse, vaan alkoholiongelmaista vammaista henkilöä kohdeltaisiin tasapuolisesti verrattuna muihin alkoholiongelmaisiin. On siis oltava tarkka sen suhteen, mihin tarvitaan kohdennettuja ohjelmia ja milloin vammaisen henkilö tulee huomioida, kuten kuka tahansa kansalainen.

Henkilöitä, jotka kokevat mielialaan liittyviä negatiivisia tunteita koko ajan, on vammaisissa valtaväestöä enemmän. Erityisesti nuorimassa tai kahdessa nuorimassa ikäryhmässä koetaan keskimäärin enemmän hermostuneisuutta, alakuloisuutta ja apeutta sekä mielialan mataluutta. Nuoriin vammaisiin henkilöihin ja heidän pärjäämiseensä tulisi siis kiinnittää erityistä huomiota, jotta he eivät syrjäydy.

Mielialan mataluutta koetaan eniten myös kahdessa alimmassa koulutusryhmässä, mikä saa pohtimaan koulutusmahdollisuuksien tärkeyttä ja esteettömyyden merkitystä koulutusjärjestelmässä.

Vanhemmissa ikäryhmissä koetaan puolestaan eniten jännitystä, stressiä tai kovan paineen alaisuutta. Näitä tunteita kokevat eniten naiset ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvat. Tunteisiin voivat liittyä työ ja urapaineet, mutta on mahdollista, että esimerkiksi vanheneminen tuo joillekin vammaisille henkilöille stressin tunteita mahdollisen toimintakyvyn alenemisen myötä. Toimintakykyä voidaan kuitenkin lisätä olennaisesti yhteiskunnan tukipalveluilla ja esteettömyydellä.

Vammaiset miehet kokevat puolestaan alakuloisuutta ja apeutta vammaisia naisia ja valtaväestöä enemmän. Olisi hyvä tarkemmin selvittää, liittyykö miehisyyteen vammaisilla henkilöillä jotain sellaista, johon voitaisiin vaikuttaa erilaisin tuen muodoin.

Siviilisäätyjen väliset erot ovat kaiken kaikkiaan pieniä lukuun ottamatta jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden tunnetta, joita eronneet kokevat eniten. Erikoista on se, että lesket vaikuttavat usean henkisen hyvinvoinnin osatekijän suhteen voivan joko erittäin hyvin tai huonosti.

Tutkimus herättää kysymyksiä lääkkeiden käytöstä: Lääkitäänkö vammaisten psyykkisiä oireita ennaltaehkäisevästi, jolloin oireita ei tarvitse kokea? Vai käytetäänkö lääkkeitä turhaan, vain varmuuden vuoksi? Vaikuttaa nimittäin siltä, että vammaiset henkilöt turvautuvat lääkkeisiin helpommin tai että heille määrätään niitä helpommin, sillä he käyttävät esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä ja masennuslääkkeitä noin kolminkertaisesti valtaväestöön nähden, vaikka vastaavia oireita on valtaväestössä enemmän. Voi olla, että lääkkeitä käytetään muiden oireiden kuin selvän masennuksen perusteella. Lääkkeiden myöntämisen ohella tulisi pohtia syitä sille, miksi lääkkeitä käytetään niin paljon ja voidaanko asiat ratkaista muuten kuin lääkkeillä.

Työssäkäynnillä on merkitystä onnellisuuden ja yksinäisyyden kokemiselle. Tämä osoittaa sen, miten tärkeää työn tekeminen on, joten vammaisten henkilöiden työllisyyteen tulisi panostaa nykyistä huomattavasti enemmän. Työssäkäynnin lisäksi yhteiskunnallisen osallisuuden tukeminen olisi tärkeää. Niillä yhdessä voi olla suuri vaikutus yhteiskunnasta syrjäytymisen ja yksinäisyyden kokemuksille sekä hyvinvoinnille kokonaisuudessaan.

Annina Heini

VTM

suunnittelija

Kynnys ry

LÄHTEET

Heini, A. 2012. Vammaisten henkilöiden terveystiettyminen ja koettu hyvinvointi. Turun yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011.

Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen ja terveys, kevät 2010. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. 2010.

Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen ja terveys, kevät 2009. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.



ESA CHYDENIUS

Kehitysvammainen ja päihteet

Aiemmin kehitysvammaisia ihmisiä ei useinkaan yhdistetty päihdeongelmaan muuta kuin poikkeustapauksissa. Tilanne on kuitenkin muuttunut ja muuttumassa lähinnä kahdesta syystä. Ensinnäkin iso joukko kehitysvammaisia on siirtynyt joko kodeistaan tai laitoshoidosta itsenäisempään asumiseen muutaman viime vuosikymmenen aikana. Muuttoliike jatkuu edelleen hyvin vilkkaana uusien ryhmäkotien valmistumisen myötä. Toiseksi tutkimusten perusteella on arvioitu, että jopa lähes puolet kehitysvammaisista ei ole erityishuollon palveluiden piirissä, eikä heillä ole myöskään kehitysvammadiagnoosia (Ruoppila ym. 2003). Näin ollen päihteiden käyttäjissä on monia, joita ei ole arvioitu kehitysvammaiseksi, vaikka he sitä kognitiiviselta suoritusomistatoltaan ovatkin. Sellaisten ihmisten päihteiden käytöstä, joilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia (aik. heikkolahjaiset), ei myöskään ole tilastoja, mutta on todennäköistä, että ryhmällä on varsin suuri riski alkoholin liikakäyttöön. Pieni osa tästä ryhmästä saa erityishuollon palveluja peruskoulun jälkeen.

Milloin liika on liikaa?

Päihteisiin yleensä ja alkoholinkäyttöön erityisesti liittyy hyvin usein vähättelyä ja kieltämistä. Yksi hyvä tapa tutkailla asiaa on tehdä WHO:n kehittämä kymmenen kysymyksen AUDIT-testi, jolla on tarkoitus selvittää, onko alkoholinkäyttö kohtuullista vai haitallista (www.paihdelinkki.fi). Mikäli kehitysvammainen ihminen itse vastaa kysymyksiin, selvennystä vaatineen annoksen koko, jota kyselyssä ei ole määritetty. Kysymykset liittyvät määrään, useuteen ja haittoihin, kuten muistin menetyksiin, fyysisiin loukkaantumisiin ja siihen, onko juomisesta tullut sanomista. Testata voi itsensä lisäksi myös lähiomaisia tai asiakastaan. Alkoholilla on selvästi yleisin kehitysvammaisten käyttämä päihde. Ihmisillä, joilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, on myös muiden päihteiden käyttöä. Tässä luvussa keskitytään alkoholinkäyttöön liittyviin seikkoihin.

Alkoholinkäyttöä on esiintynyt siitä asti, kun nälkäinen luolamies palasi metsästysretkeltään ja löysi alkupaloikseen vain ylikypsyneitä viinirypäleitä astiasta, jonka pohjalle oli jäänyt vähän vettä. Tarina kertoo, että kokemus oli hilpeä. Positiivinen tunnekokemus yhdistyneenä aluksi fyysiseen voimaantumiseen lienee tärkeimpiä syitä, jonka vuoksi alkoholia tai päihteitä nautitaan. Mikäli aine maistuisi kamalalle ja siitä tulisi heti huono olo, päihteiden suosio olisi aivan jotain muuta.

Alkoholinkäyttöä säätelevät varsin pitkälle odotukset, tuleva positiivinen tunnetila tai ”noste”, kuten Aleksis Kivi nousuhumalaa kuvasi. Laskuhumala ja krapula tuntuvat monen kohdalla painavan vaakakupissa huomattavan vähän. Suurkuluttajalla juomisen jatkaminen on usein laskuhumalan välttelyä ja alkoholimyrkytyksen seurauksen eli krapulan lykkäämistä. Suurkulutuksen riskirajana Suomessa pidetään terveillä työkäisillä naisilla 5 annosta ja miehillä 7 annosta päivässä tai naisilla 16 ja miehillä 24 annosta

viikossa. Iäkkäämmillä (yli 65-vuotiailla) raja on huomattavasti alhaisempi: 2 annosta päivässä tai 7 annosta viikossa. Annos on 1 pullo keskiolutta (0,33). On monia lääkkeitä, joiden yhteydessä alkoholinkäyttöä ei suositella. Tiettyjen lääkkeiden kanssa alkoholinkäyttö on vaarallista. Yhteisvaikutuksen vaaroista on syytä olla tietoinen.

Alkoholinkäyttö on arkipäiväistynyt. Voidaan kysyä, minkälainen malli alkoholinkäytöstä välittyy kehitysvammaiselle lapselle, nuorelle tai aikuiselle läheisten, television ja mainonnan kautta. Saattaa olla vaikeaa perustella nuorelle, miksi juuri hän ei saisi käyttää alkoholia tai miksi sen käyttöä rajoitetaan. Kielletystä hedelmästä voi tulla haluttu. Kokeilut voivat johtaa liika- ja riskikäyttöön määrän ja kertojen lisääntyessä. Riskikäyttö tarkoittaa maksimisuositusten ylittämistä. Jatkuva riskikäyttö johtaa riippuvuuteen, joka on luonteeltaan sekä fyysistä että psyykkistä, mutta myös sosiaalista. Tutkimusten mukaan joillekin ihmisille fyysinen riippuvuus saattaa kehittyä hyvinkin nopeasti. Tätä seuraa väistämättä myös psyykinen riippuvuus. Päihteet ovat mielessä usein, ja nämä ajatukset ja mieli- ja muistikuvat laukaisevat alkoholinkäytön helposti uudelleen. Jos ihmisellä on ystäviä tai tuttavuuksia, jotka myös käyttävät päihteitä usein, on todennäköistä, että tapaamisiin liittyy usein alkoholinkäyttöä jopa niin, että se on keskeinen osa tapaamisten sisältöä. Ilman alkoholia juttu ei oikein luista. Monet juovat alkoholia myös yksin, jolloin siitä tulee seurustelukumppani paremman puutteessa. Kehitysvammaisten ystäväpiiri ei useinkaan ole kovin laaja. Niin kutsuttuja ystäviä saattaa löytyä myös ostoskeskusten ympärillä kokoontuvista aikuisista, joilla erilaisten päihteiden käyttö on runsasta ja monipuolista. Kyseiset vertaisryhmät harvoin tarjoavat kovin rakentavia suhtautumismalleja sosiaalisesti hyväksyttävään terveelliseen juomakulttuuriin.



Monet juovat alkoholia myös yksin, jolloin siitä tulee seurustelukumppani paremman puutteessa.

Varsinainen riippuvuus on jo pitkälle kehittynyt, kun päihteiden käyttö alkaa olla pakonomaista seurauksista piittaamatonta humalahakuista juomista. Tällöin alkoholin sietokyky on kasvanut, ja vieroitusoireet seuraavat alkoholinkäytön loputtua. Pitkäaikaisesta käytöstä aiheutuu myös kiistatta haittoja, jotka eivät välttämättä heti näy.

Päihderiippuvuuden haitat

Päihderiippuvuuden vakavia haittoja ovat aivovauriot ja aivo-toiminnan häiriöt, kuten muistiongelmien ja erityisesti uusien asioiden oppimisen vaikeutuminen. Koettuihin tapahtumiin ja niiden tilanneyhteyteen liittyvä muisti, eli niin kutsuttu episodinen muisti, heikkenee. Myös taitojen ja valmiuksien käyttöön ottaminen, eli niin kutsuttu proseduraalinen muisti, heikkenee. Vireys, valppaus, aloitteellisuus ja toiminnan tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus voivat häiriintyä. Päihderiippuvaisen abstrakti ajattelu ja ongelmanratkaisukyky heikkenevät, ja motorinen koordinaatio häiriintyy. Osa vaurioista voi jäädä pysyviksi, mutta osa voi korjaantua vieroitusoireiden helpotettua. Näiden haittojen lisäksi päihderiippuvaisen sosiaalinen toiminta ja vuorovaikutustaidot heikkenevät, sillä oma ilmaisu niukkenee ja kyky tunnistaa, havaita ja ymmärtää muiden ilmaisuja vaikeutuvat. Näin ollen päihderiippuvainen altistuu sosiaalisille ristiriitatilanteille, ja yksinäisyyden tunne lisääntyy. (Tracy ym. 1995, Gorski & Kelley 1998.)

Addiktiiviset uskomukset

Nils Holmbergin mukaan päihteiden käyttöön liittyy erilaisia uskomuksia ja automaattisia ajatuksia, joita voidaan jakaa kognitiivisen terapian teorian mukaan 1) helpotukseen tähtääviin 2) ennakoiviin tai 3) luvan antaviin uskomuksiin. Ensimmäisen ryhmän uskomuksiin ja ajatuksiin liittyy käsitys, jonka mukaan

jokin epämukavuus poistuu tai helpottuu. Esimerkiksi jännitys, stressi, masennus tai ärtymys vähenee ellei peräti poistu. Ennakoiviin käsityksiin eli toiseen ryhmään liittyvät odotukset esimerkiksi hilpeästä mielialasta, puheen luistamisesta eli eriasenteisesta mielihyvästä tai tyydytyksestä. Kolmas ryhmä eli luvan antaminen on usein se viimeinen valinnan paikka – ei välttämättä aina tietoinen – jossa päihteiden käyttäjä perustelee käyttöä itselleen vaikka seuraavasti: ”miksi en voisi ottaa kaljaa, kun toinen tarjoaa” tai ”ehtii sitä lopettaa myöhemminkin”.

Automaattiset ajatukset tulevat nimensä mukaisesti mieleen hyvin nopeasti lyhyinä muutaman sanan ”pikaviesteinä” ilman ennakoarviointia ja ohjaavat usein ihmisen käyttäytymistä melko voimakkaasti. Useimmiten päihdeongelmien kanssa kamppailevilla on myös ristiriitaisia ajatuksia aineen käytön suhteen. Taustalla voi väijyä huoli rahojen niukkuudesta, tai tulevista negatiivisista seuraamuksista. Jos nämä ajatukset aktivoituvat riittävästi, voidaan vaihtoehtojen valintaan ja päätöksentekoon vaikuttaa oleellisesti, ja saada näin lisää myönteisiä hallintakokemuksia.

Muutoksen aika

Vuosikymmenet ovat muuttaneet radikaalisti päihteiden käyttöä Suomessa. Keskiolutilain voimaantulo vuonna 1969 teki alkoholin saatavuuden Suomessa helpoksi kaikille 18 vuotta täyttäneille. EU:n myötä yksityishenkilöiden alkoholin maahantuonti on lisääntynyt moninkertaisesti. Vuonna 2004 Suomessa alennettiin tuntuvasti väkevien alkoholijuomien verotusta, jotta viinaralli pysyisi aisoissa. Toimenpide kuitenkin lisäsi kotimaista kulutusta erityisesti riskiryhmillä. Sitten veroa on jouduttu nostamaan uudelleen. Alkoholin saatavuus on kuitenkin hyvin helppoa, eikä hintakaan näytä olevan esteenä.

Asia koskee luonnollisesti myös kehitysvammaisia. 2010-luvulla kehitysvammaisten asumisessa vallitsee erityisen voimakas suuntaus kodeista ja laitoshuollosta ryhmäkoteihin tai omaan asumiseen eriasteisella tuella. Tämä periaate on kirjattu myös hallitusohjelmaan. Eri puolilla maata on valmistunut ja valmistuu tähän tarkoitukseen satoja asuntoja vuodessa. Valmisteluista huolimatta siirtyminen ei ole aina helppoa. Vapauden huuma oman asunnon myötä voi helposti johtaa erilaisiin kokeiluihin, kuten alkoholinkäyttöön. Ongelmia saattaa muodostua uudessa ympäristössä etenkin, jos asuinpiirissä tai naapurustossa sattuu olemaan muita, joille alkoholi maistuu. Myös pitempään jatkunut päihteettömyys saattaa katketa äkisti, kun joutuu painiskelemaan uudessa ympäristössä yksinäisyyden ja ehkä masentuneisuuden kanssa. Alkoholilla on taipumus voimistaa taustalla olevaa tunnetilaa nousuvaiheen jälkeen. Tätä eivät monetkaan tiedosta. Yllätyksenä voi tulla, että apeus saattaakin voimistua mahdollisten itsesyytösten säestyksellä seuraavana päivänä.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan kehitysvammaisten alkoholinkulutus on vähäisempää kuin väestöllä keskimäärin (Emerson & Turnbull 2005, Taggart ym. 2006). Sen sijaan lievästi kehitysvammaisten käyttötottumukset alkavat olla samankaltaisia kuin muillakin (McGillicuddy 2006). Niillä, joilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, on riski ajautua suurkuluttajiksi.

Milloin apu on tarpeen?

Jos alkoholin tai muiden päihteiden käytöstä alkaa olla selvää haittaa joko itselle tai muille, on aika pohtia asiaa vakavammin. Keskustelut läheisten kanssa ovat yleensä ensi askel. Mikäli tämä ei tuota tulosta, on harkittava muita vaihtoehtoja. Usein ulkopuolinen ihminen voi suhtautua asiaan neutraalimmin, vähemmän tunteenomaisesti. Toistuvat keskustelut ja lupaukset helposti

turhauttavat ja kiristävät ilmapiiriä. Asioiden selvittelyssä olisi tärkeää, että omaan tilanteeseen suhtaudutaan mahdollisimman rehellisesti. Suositusten ylitys antaa aina aiheen tarkastella tilannetta, koska silloin ollaan riskirajalla. On huomattava, että päihteiden ja sekakäytön riskejä ja ongelmia voidaan ehkäistä ja niihin puuttuminen kannattaa, sillä mitä varhaisemmin tuetaan lopettamista tai kohtuukäyttöä, sen helpompi on muuttaa totumuksia. Varhainen puuttuminen vähentää myös sekundaarihaittojen syntyä, kuten rahan hankkimista alkoholiin luvattomin keinoin.

Kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeudesta on käyty vilkasta keskustelua viime vuosina. Lakia ollaan uusimassa vuonna 2014. Tällöin määritellään tarkemmin ne tilanteet, joissa perustuslain turvaavaan itsemääräämisoikeuteen voi puuttua ja milloin ei. Kysymys saattaa olla läheisille ongelmallinen, jos kehitysvammaisen ei itse huomaa tai tiedosta lisääntyneen alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja. Lähtökohtana onkin, että ihmiselle itselleen tulisi halu tarkastella juomakäyttäytymistään ja siitä mahdollisesti koituneita haittoja. Valitettavan usein havahdutaan vasta, kun sattuu jokin tapaturma, jossa ihminen satuttaa itseään vakavammin ja tarvitsee lääkärinhoitoa. Tällöin täyttyy kriteeri, jonka mukaan henkilö on itselleen tai muille vaarallinen.

Mihin apua tarvitseva voi sitten ottaa yhteyttä? A-klinikat palvelevat kaikkia väestöryhmiä. Aina ovet eivät kuitenkaan kehitysvammaiselle ole auenneet. Jos näin on käynyt, yhteyttä voi ottaa kehitysvammaisten erityishuollon tai sairaanhoitopiiriin työntekijöihin, kuten psykologiin tai lääkäriin. Tietyissä tilanteissa joudutaan harkitsemaan myös hoito- ja kuntoutusjaksoa, jos avohuollon toimenpiteet eivät riitä, alkoholinkäyttö alkaa olla selvästi itsetuhoista tai muihin kohdistuu aggressiivista käytöstä.

Kehitysvammaisten päihdeongelmien hoitoperiaatteita

Kehitysvammaisten päihteisiin liittyvien hoitomuotojen tutkimuksia on tehty jonkin verran (Kerr ym. 2013). Yhteenvedon voidaan todeta, että tiedon antaminen alkoholin haittavaikutuksista ei yksin riitä. Sen lisäksi tarvitaan keskusteluja, rooliharjoituksia, ryhmämuotoista toimintaa, erilaisia pelejä sekä tarvittaessa yksilö- tai ryhmäterapiaa. Näiden avulla pyritään luomaan riittävää varmuutta tehdä sellaisia valintoja, jotka tukevat ihmisen hyvinvointia pitkällä aikavälillä, sekä havaitsemaan ja ennakoimaan riskitilanteet.

Kun kehitysvammaisen ihminen saapuu vastaanotolle, häneltä kysytään, minkä takia hän on tullut tapaamiseen. On tärkeitä, että hän saa omin sanoin kertoa, mistä on kyse ja mitkä asiat hän kokee ongelmallisina – hänen mielestään ongelma voi olla vaikka omaisten tai henkilökunnan suhtautuminen ja rajoitukset. Vasta myöhemmin tulee mahdollisten saattajien puheenvuoro. On tärkeää, että kehitysvammaista kuunnellaan, hänelle esitetään avoimia kysymyksiä (mitä, miten, milloin, kuka jne.) ja annetaan aikaa, ettei tule vähäisintäkään ristikuulustelun makua. Haastattelijalla on usein paljonkin kysymyksiä mielessään, mutta hänen täytyy noudattaa asiakkaan rytmiä ja edetä tämän ”aikataulussa”. Samalla saadaan käsitys siitä, mitkä sanat ja käsitteet ovat asiakkaalle tuttuja. Kysymysten ja kommenttien tulee olla lyhyitä ja yksiselitteisiä. Näin luodaan edellytyksiä hyvälle yhteistyösuhteelle.

Läheisten näkemyksestä on usein hyötyä alkoholinkulutuksen määrää ja juomiskertojen tiheyttä arvioitaessa. Jos asiakas tulee vastaanotolle enemmän läheisten vaatimuksesta kuin omasta halustaan, on syytä erityisen tarkasti kuunnella hänen ajatuksiaan ja käsityksiään tilanteesta. Olisiko ehkä joitakin asioita, mitä hän haluaisi muuttaa, jos hänellä olisi kaikki valta. Voisiko häneltä löytyä halua muutokseen, ja myöntääkö hän, että päihteiden

käytöstä on jotain haittaa, vai onko vastarinta päällimmäisenä. Tällaisessa tilanteessa on tarpeen keskustella kahden kesken ilman saattajia, jotta yhteistyö mahdollistuisi ja luottamus voisi kehittyä. Asiakkaalta voi kysyä myös käsitystä siitä, miksi hänen läheisensä ovat niin huolestuneita päihteiden käytöstä. Onko se pelkkää ”hös-söttämistä”, vai voisiko taustalla olla aitoa huolta ja välittämistä terveydentilasta. Näkeekö hän itse samanlaisia riskejä? Voisiko joku hänen tuttavistaan nähdä riskejä hänen päihteiden käytössään? Onko joku joskus huomauttanut hänelle asiasta? Muistaako hän aina, mitä on tullut tehtyä? Onko joskus kaduttanut jne.? Motivoivassa haastattelussa ei voida lähteä väittelemään, vaan pitää hakea yhteistä ymmärrystä siitä, missä mennään. Missä kohtaa toinen ehkä tarvitsee tukea tai apua? Jos avun vastaanottaminen on vaikeaa, täytyy pohtia, miksi se on sitä.

Vastaanotolla selvitetään

- mikä käsitys asiakkaalla itsellään on päihteiden käytöstään
- mikä merkitys alkoholilla on asiakkaalle ja mihin tarkoitukseen hän sitä käyttää
- juomiskäyttäytymisen historiaa aluksi pintapuolisesti mutta selvittelyä syvennetään asteittain seuraavilla tapaamisilla (juoko yksin, seurassa, ruoan kanssa jne.)
- motivaatiotekijöitä eli sitä, haluaako asiakas tarkastella juomistaan kriittisesti, haluaako hän vähentää juomistaan tai sen aiheuttamia haittoja, onko hän valmis tekemään työtä asian eteen, haluaako hän tulla toiseen tapaamiseen.

Lisäksi vastaanotolla tehdään riskikartoitus, jossa selvitetään

- onko asiakkaalle itselleen sattunut tapaturmia
- onko taipumusta aggressiivisuuteen juomisen yhteydessä
- säilyykö itsekontrolli
- onko häntä käytetty taloudellisesti tai seksuaalisesti hyväksi?

Voimavarojen kartoituksessa puolestaan selvitetään

- mitä voimavaroja henkilöllä on
- miten niitä voi hyödyntää
- missä hän on hyvä
- miten hyviä pyrkimyksiä ja kokemuksia voidaan vahvistaa
- onko asiakkaalla kokemuksia siitä, että hän on kyennyt kieltäytymään tarjotusta alkoholista tai voinut lopettaa juomisen ajoissa ilman haittavaikutuksia
- pystyykö hän lopettamaan alkoholinkäytön yhteen juomaan
- pystyykö hän kävelemään pubin ohi, vaikka rahaa olisikin?

Jos yhteistyö aloitetaan, on hyvä sopia alustavia tavoitteita, joita kohti pyritään.

Tavoitteissa on tärkeää

- realististen tavoitteiden ja osatavoitteiden määrittely, eli mitä henkilö itse haluaa omin sanoin
- vaihtoehtoisen toiminnan etsintä, hankkiminen ja vahvistaminen
- itsekontrollin tukeminen
- seuraamuksiin liittyvien tekijöiden huomioiminen
- keskustelu siitä, onko tavoitteena päihitteettömyys vai kohtuukäyttö
- miettiä, onko terapia vartenotettava vaihtoehto muutoksen käynnistämiseksi ja mitä muita vaihtoehtoja on.

Psykotterapia vaihtoehtona

Jos psykoterapiaan päädytään, asiakkaalle on selvitettävä, mitä se käytännössä tarkoittaa. Lisäksi on selvitettävä, onko asiakkaalla siihen liittyviä kysymyksiä, epäilyjä tai pelkoja. On tärkeää kertoa, mihin keskusteluilla pyritään ja miten nykyistä tilannetta voidaan helpottaa. Myös siitä on syytä keskustella etukäteen, tuleeko helpotus heti vai vasta aktiivisen työskentelyn jälkeen.

Psykoterapiassa selvitetään, mitkä ovat asiakkaan ongelmat ja miten hän voisi jatkossa ratkaista tai välttää ongelmia. Lisäksi kartoitetaan riskitilanteita. Yhteistyön välittömät, lyhyen aikavälin (3 kk) ja pitemmän aikavälin (1 v) tavoitteet ilmaistaan konkreettisesti. Selvitetään ajatusten, tunteiden ja fyysisten tunteusten yhteyttä alkoholinkäyttöön. Terapiassa pohditaan ja rakennetaan vaihtoehtoja. Psykoterapian rakenne voi vaihdella, eli sitä voidaan järjestää viikoittain tai harvemmin. Tapaamisen kesto voi sekin olla yksilöllinen – enemmän tai vähemmän kuin totutut 45 minuuttia riippuen siitä, miten henkilö ”lämpenee” asioistaan puhumaan. (Chydenius & Seppälä 2008.)

On tärkeää selvittää, mitkä tekijät aktivoivat alkoholinkäytön aloittamisen, koska niitä seuraa usein melko nopeasti juomiseen johtava toiminta. Tällöin on syytä tarkastella ajatusten ja tunteiden lisäksi myös sisäisiä tunteita ja yllykkeitä. Ulkoisena merkinä saattaa olla ravintolan kyltti. Janon tunne sinällään ei liity alkoholiin, mutta vahva assosiaatio sillä on mm. olueen. On tärkeää ajatella, että janon voi sammuttaa muullakin kuin alkoholipitoisilla juomilla. Myös niitä voi ”ansaitusti” nauttia.

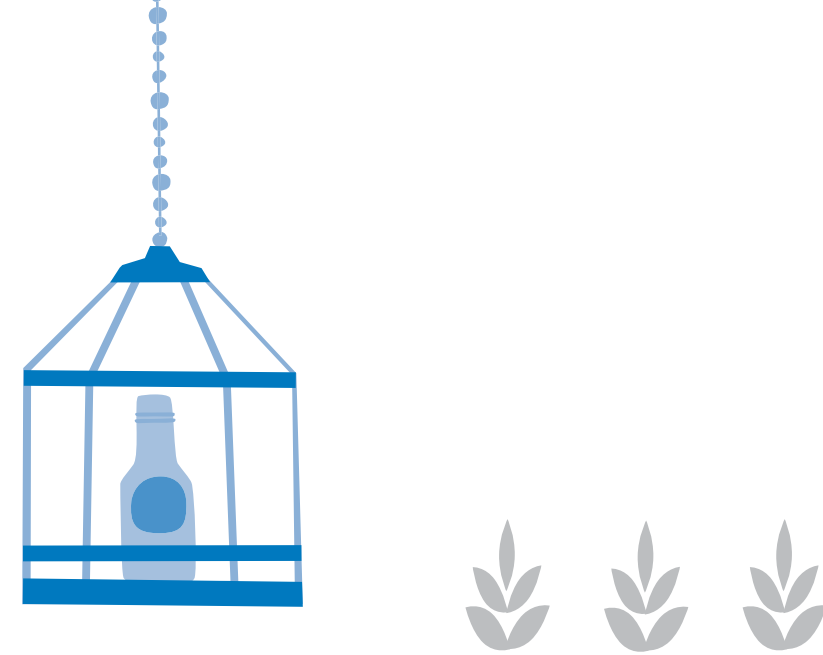
Hoitomotivaation ja juomiskäyttäytymisen selvittämisen jälkeen on syytä keskittyä assertiivisuus- eli jämäkkyysharjoituksiin, joita kognitiivis-behavioraalisissa terapioiden käytetään. Tämä tarkoittaa sitä, miten ihminen oppii tekemään tavoitteiden mukaisia valin-

toja, pitämään puoliaan ja sanomaan ”Ei” päihteille. Jos kaveri tarjoaa ja alkaa suostutella ja kiusoitella, täytyy olla vahva pitääkseen oman kantansa. Tämän asian opettelu on monella varsin alkutekijöissään. Usein tähän auttavat rooliharjoitukset, jossa terapeutti toimii suostuttelijana. Tavoitteena on, että tilanteet ovat mahdollisimman eläviä, joko sellaisia, joita on tapahtunut tai voisi tapahtua. Roolinvaihto tuo kehitysvammaiselle myös uuden näkökulman asiaan, jota monet ovat pitäneet hyvinkin hauskana ja voimaannuttavana. Olen havainnut, että monen kohdalla kevyt rentoutus elävöittää mielikuvia ja alussa poistaa tilanteeseen liittyvää ahdistuneisuutta.

Puolensa pitämiseen liittyviä harjoituksia on syytä käydä muutoinkin, ettei tule eriasteisia hyväksikäytön kokemuksia. Myöntövyystendenssi, eli tapa vastata myönteisesti esitettyyn kysymykseen tai vaatimukseen, on monen kehitysvammaisen ongelma, vaikka suostuminen toimisi vastoin omia päämääriä ja etuja.

Päihdehuollossa on useimmiten väistämätöntä, että retkahduksia tulee. Tämä on syytä tiedostaa ja ottaa myös varhaisessa vaiheessa esille, jotta hoito ei pääty siihen. Retkahduksiin tulee varautua, ja tavoitteena on vähentää niitä eli pidentää selviä kausia.

Onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä tilanteissa, joissa asiakas on kyennyt välttämään päihteiden käytön aloittamisen ennakoivista positiivisista mielikuvista ja ajatuksista huolimatta. Nämä ajatukset ja tunteet on syytä arvioida siten, että mieliin palautetaan tavoite, johon asiakas on pyrkimässä, sekä myös negatiiviset seikat, jotka esimerkiksi juomisen aloittamiseen liittyvät. Onnistumisia on syytä palkita paitsi keskusteluin myös konkreettialla. Tällöin asiakas hankkii itselleen jotain, jota haluaa, esimerkiksi cappuccinon ja leivoksen. Rahaa ei kannata kovasti ajatella, koska sitä on juuri säästynyt luultavasti moninkertaisesti.



Oltaessa hieman varmemmalla pohjalla itsekontrollin suhteen voidaan myös kokeilla ravintolaan menoa ja siellä alkoholittoman juoman (esim. kahvin) ostamista. Monelle kehitysvammaiselle alkoholinkäyttäjälle on ollut varsin vieras asia, että pubissa voisi tilata myös kivennäisvettä. Kokeilun myötä tämäkin on käynyt tutuksi. Tuttua käyttäytymismuotoa on helpompi kokeilla stressitai riskitilanteessa kuin täysin uutta tapaa. Totuttelu on varsin hyvä keino toiminnan vakiinnuttamiseen.

Mitä tapahtuu, kun useampia päiviä selvänä ollut kehitysvammainen nuori lähestyy pubia, jossa on usein käynyt? Luultavasti mieleen tulee ennakoivia ajatuksia siitä, millaista olisi mennä sisälle ja ostaa olut. Kyseinen mielikuva johtaa helposti houkutuksiin, elleivät negatiiviset seikat ole aktiivisesti pinnalla. Hoidon alkuvaiheessa asiakasta neuvotaankin valitsemaan kulkureitti mahdollisuuksien mukaan siten, että hän ei kulje niiden paikkojen lähellä, joissa houkutukset ovat suuret. Tämä on riskien minimoimista. Siinä vaiheessa, kun kykenee kulkemaan ravintolan ohi ilman mielenkuohuntaa ja juomahimoa, on jo paljon paremmassa tilanteessa. Totuttelu päihteettömyyteen on silloin hyvässä käynnissä.

Psykoterapiassa on totuttu siihen ajatukseen, että käyntejä on viikoittain tai jopa useamman kerran viikossa. Alkuvaiheessa tapaamisia on hyvä olla viikoittain, mutta työskentelyn edistyessä tapaamiskertoja voi harventaa jopa kerran kuukaudessa tapahtuvaksi. Olen havainnut, että kehitysvammaisten ihmisten muisti toimii varsin hyvin, kun kyseessä ovat heille emotionaalisesti tärkeät asiat. Tarvittaessa yhteisellä sopimuksella taustatietoa voidaan saada niiltä, jotka ovat kehitysvammaisen tukena arjessa. Esimerkiksi keskiasteisesti kehitysvammaisten kohdalla tästä seikasta voi olla hyötyä.

On myös hyvä suunnitella, mitä alkoholin tai muiden päihteiden tilalle voisi tulla. Terapia ja tukihenkilöt voivat auttaa, mutta on syytä etsiä muutakin ajanvietettä, joka tuo mielekkyyttä arkeen. Liikunta eri muodoissaan, musiikki ja kirjastot tarjoavat useita eri vaihtoehtoja, kuten myös erilaiset vapaa-ajan kerhot. Ne tarjoavat myös mahdollisuuden sosiaalisiin suhteisiin ilman päihteitä.

Vammaisuus

”Miksi Jeppe juo?” on kysymys, joka esitetään tanskalaisessa näytelmäklassikossa. Se kertoo jo itsessään, että asioihin ei ole aina yksiselitteistä ratkaisua. En muista ainuttakaan kehitysvammaista, joka ensi tapaamisessaan olisi tuonut juomisen syyksi sen, että on hän vammainen. Useimmiten terapeutti ottaa vammaisuusteeman esille, ja sen mahdollisia yhteyksiä kasvaneeseen alkoholinkulutukseen on selvitelty. Moni kehitysvammainen on joutunut elämänsä varrella kiusaamisen tai kiusoittelun kohteeksi. Erästä asiakastani oli nimitelty vammaiseksi, johon hän oli vastannut ärtyneenä, että ei ole mikään vammainen. Tätä asiaa käytiin läpi useampaan kertaan ja pohdittiin, miten epäasialliseen nimitykseen voisi parhaiten vastata. Ehdotin, että josko hän myöntäisikin vammaisuutensa. Mitä hän silloin voisi sanoa? Pitkän miettimisen jälkeen hän ehdotti: ”Minkä mä sille voin, että olen kehitysvammainen.” Nimitykset työpaikalla päättyivät tähän.

Esa Chydenius

johtava psykologi, psykoterapeutti (VET)

Rinne koti-Säätiö

Chydenius on työskennellyt pitkään kehitysvammaisten haastavaan käyttäytymiseen ja mielenterveyteen liittyvien asioiden parissa psykoterapeuttina ja kouluttajana.

Kehitysvammaisten henkilöiden alkoholinkäyttö on Chydeniuksen mukaan selvästi lisääntynyt 2000-luvulla, samoin siihen liittyvät seurannaisvaikutukset. Tämä on näkynyt käytännön työssä.

LÄHTEET

Chydenius, E. & Seppälä, H. 2008. Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia kehitysvammapotilaiden hoidossa. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia (toim.) Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 409–419.

Emerson E. & Turnbull, L. 2005. Self-reported smoking and alcohol use amongst adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities* vol. 9, 58–69.

Holmberg, N. 2000. Päihdeongelman henkilökohtaiset merkitykset – sokraattinen dialogi tapausesimerkin valossa. *Suomen Lääkärilehti* 4/2000 333–338.

Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A.R. & Fitzsimmons, L. 2013. Tobacco and alcohol related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of literature. *Journal of Intellectual Disability Research* vol. 57, 393–408, May 2013.

McGillicuddy, N. B. 2006. A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review* vol. 12, 41–7.

Ruoppila, I., Poutanen, V-M., Laurinkari J. & Vesala H. 2003.

Kelan etuudet kehitysvammaisille henkilöille 1962–1998.

Helsinki: Kela Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 73.

Taggart, L., McLaughlin, D. & Quinn, B. 2006. An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* vol. 59, 588–97.

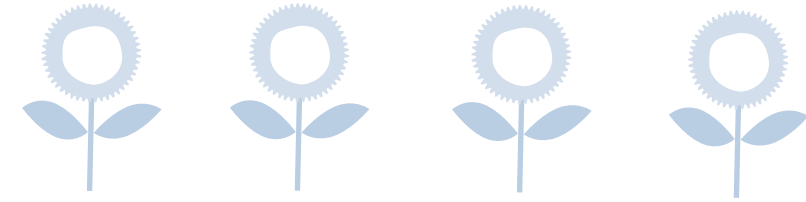


LEENA HASSINEN
RAIMO LAPPALAINEN
JOUNI RIIHIMÄKI

Arvolähtöinen työskentely lisää viittomakielisten hyvinvointia

Taustaa

Suomessa on noin 5 000 ihmistä, jotka ovat kuuroja ja joiden äidinkieli on viittomakieli (Jokinen 2000). Kuurojen psykologisista ongelmista on sekä kotimaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Osa näistä tutkimuksista on tehty koko viittomakielisestä väestöstä (esim. Lindfors 2005) ja osa on tehty psykiatrisissa tai psykoterapeuttisissa yhteyksissä (esim. Glickman 2009). Suomessa kartoitettiin kuurojen viittomakieltä käyttävien henkilöiden psykologisia oireita vuosina 2002–2004 (Lindfors 2005). Kartoituksessa tuli esille hieman kohonneita arvoja verrattuna väestöön yleensä. Yleisimmät kuurojen psykologiset ongelmat olivat yksinäisyys sekä masennus ja ahdistusoireet, joita oli yhdellä neljästä vastaajasta. Luku on hieman suurempi kuin keskimäärin Suomen väestössä. Tarve saada ongelmiin keskusteluapua oli selvästi korkeampi ihmisillä, jotka käyttivät viittomakieltä, kuin väestössä yleensä. Apua haluttiin erityisesti ihmissuhdeongelmista ja työhön liittyvistä asioista keskustelemiseen sekä psyykkisiin ongelmiin. Kokemukset kuurojen psykiatriselta poliklinikalta Helsingin ja



Uudenmaan sairaanhoitopiiristä osoittavat, että maaliskuun 1996 ja joulukuun 1998 välisenä aikana hoidetuilla 44 viittomakielisellä kuurolla tai vaikeasti kuulovammaisella yleisimmät ongelmat olivat masennus, ahdistuneisuus, persoonallisuushäiriöt, päih-teiden liikakäyttö, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoottiset oireet. Toisaalta syömishäiriöt eivät olleet suuri ongelma kuurojen ryhmässä (ks. myös Glickman 2009). Muita diagnooseja olivat epilepsia, kehitysvammaisuus tai dysfasia ja muut kielelliset häiriöt (Ryynänen & Kostamo 1998).

Osalla viittomakielisistä ihmisistä voi olla palvelujen ja tuen tarvetta jokapäiväisessä elämässä, kodin hoidossa, asioimisessa tai työllistymisessä. He kaipaavat viittomakielistä ympäristöä, mikä vähentäisi yksinäisyyttä. Kuurojen Palvelusäätiö tarjoaa asumispalveluja ja työtoimintaa seitsemässä eri palveluyksikössä. Asumispalvelujen piirissä oli vuonna 2012 248 asukasta ja työtoimintoihin osallistui 42 asiakasta. Toimihenkilöitä oli vastaavasti 253 (Vuosikertomus 2012).

Viittomakielisillä ihmisillä on myös psykologisen avun tarvetta, niin kuin väestöllä yleensä. Suomessa on tällä hetkellä Viittomakielisen psykoterapeuttiyhdistys Vipsyn terapeuttiluettelossa seitsemän psykoterapeuttia. Psykoterapiapalvelujen tarjoajia viittomakielisille tai kuurosokeille henkilöille on näin ollen vähän. Kaikki psykologisen avun tarvitsijoista eivät kuitenkaan kaipaa pitkää intensiivistä psykoterapiaa, vaan tukea hyvinvoinnin lisäämiseen. Tarve muunlaisten psykologisten interventioiden kehittämiseksi intensiivisen psykoterapian rinnalle onkin siksi ilmeinen.

Arvolähtöinen työskentely Kuurojen Palvelusäätiössä

Jyväskylän yliopiston psykologian laitos ja Kuurojen Palvelusäätiö ovatkin kokeilleet psykologisten interventioiden tuottamista henkilöstön kautta. Ensimmäinen puolen vuoden kokeilu tehtiin vuonna 2009, seuraava vastaavatyypinen hanke toteutettiin vuosina 2012–2013 ja parhaillaan on menossa kolmas koulutus. Tavoitteena on ollut kouluttaa henkilöstöä tukemaan asiakkaita, joilla on psykologisia tai sosiaalisia ongelmia tai joiden elämäntilanne on muuten vaikea.

Työskentelyn lähestymistapa perustuu uusimpaan psykologiseen tietämykseen ihmisen hyvinvoinnista. On olemassa runsaasti tietoa siitä, että psykologinen joustavuus on yhteydessä psykologisiin ongelmiin ja että joustavuutta voidaan lisätä arvo- ja hyväksyntäpohjaisen ja tiedostavaan läsnäoloon pohjautuvan näkökulman avulla (Hayes 2008). Näkökulma perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, joka koostuu kuudesta eri menetelmästä. Näitä ovat tiedostava läsnäolo (mindfulness), kielellisen kontrollin heikentäminen (esimerkiksi ajatusten havainnoiminen vain ajatuksina), tunteiden ja ajatusten hyväksyminen (tarkkaileva minä), arvotyöskentely sekä arvojen mukaisen toiminnan lisääminen ja ylläpitäminen. (Harris 2009, 2012.) Menetelmät eivät ole irrallisia, vaan ikään kuin kuusikulmion eri puolia. Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteita voidaan soveltaa laajasti hyvinvoinnin lisäämisessä, ei pelkästään terapiassa (Lappalainen ym. 2004). Tämä johtuu perustasta, jonka mukaan kieli tuottaa meille kaikille kärsimystä. Näin ollen se on tasa-arvoinen lähestymistapa psykologisten ongelmien käsittelyssä ja häivyttää esimerkiksi rajaa enemmistön (kuulevat) ja vähemmistön (kuurot) välillä.

Arvolähtöisen työskentelyn kokeilut ja tulokset

Ensimmäinen arvolähtöisen työskentelyn kokeilu toteutettiin vuonna 2009 Kuurojen Palvelusäätiön Mieli-projektin yhteydessä palvelukeskus Sampolassa Hämeenlinnassa. Aloite työskentelyyn tuli henkilöstöltä, joka koki tarvitsevansa lisäeväitä asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Osa henkilökunnasta oli saanut koulutusta käyttäytymisanalyysin tekemisessä, ja tätä oli sovellettu palvelusuunnitelmien tekemisessä. Käyttäytymisanalyysillä kootaan asiakkaan ongelmat ja niihin nykyisin ja elämänhistorian kautta vaikuttavat tekijät visuaaliseen muotoon. Tekijöiden väliset suhteet osoitetaan nuolilla. (Haynes 2000.) Analyysin perusteella asiakkaan kanssa voidaan yhdessä sopia, mitä ongelmakohtia lähdetään muuttamaan. Sampolassa käyttäytymisanalyysi oli otettu käyttöön palvelusuunnitelmia tehtäessä, mutta asiakkaiden kanssa työskentelyyn kaivattiin jotain lisää.

Ensimmäiseen kokeiluun osallistui yhdeksän ohjaajaa ja 16 asiakasta. Sekä ohjaajilta että asiakailta mitattiin kokeilun alussa psykologista oireilua (SCL-90) sekä mielialaa (BDI). Lisäksi arvioitiin psykologista joustavuutta (AAQ-2). Kaikki mittarit käännettiin ennen kokeilun aloittamista viittomakielelle. Aluksi ohjaajat osallistuivat kahden päivän koulutukseen, jossa heille opetettiin käyttäytymisanalyysin käyttöä sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian perusteita sekä menetelmiä. Menetelminä olivat arvotyöskentely, tietoisuustaitoharjoitukset, muut harjoitukset ja metaforat.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian arvotyöskentely lähtee siitä, että ihminen käy läpi itselle tärkeitä asioita tai eri elämäntilanteiden hyvän elämän elementtejä. Elämäntilanteita ovat mm. terveys, parisuhde, perhesuhteet, sosiaaliset suhteet, vapaa-aika, työ ja opiskelu. Arvotyöskentelyssä haetaan sitä, millaista elämää

haluaisi elää. Arvot ovat laadullisia määritteitä elämälle, eikä niitä voi sellaisenaan koskaan saavuttaa. Sen sijaan voidaan määrittää tavoitteita, mihin pyrkiä, ja toimintaa näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä yhteydessä voidaan puhua arvojen mukaisista teoista. Työskentely on osoittautunut yhdeksi tärkeimmistä alueista arvolähtöisessä työskentelyssä. Siinä asiakas pohtii nimenomaan omia arvojaan eikä muiden määrittelemiä arvoja.

Käyttäytymisanalyysin ja arvotyöskentelyn kautta saadaan tietoa siitä, mihin asioihin tarvitaan muutosta. Tunteiden ja ajatusten käsittelyä varten on erilaisia harjoituksia ja metaforia. Tietoisuustaitoharjoitukset auttavat rauhoittamaan mieltä ja palauttamaan huomion nykyhetkeen. Tarkkailija-harjoitus auttaa kehittämään minäkäsitystä, ja tunteiden hyväksymistä käsitellään erilaisten harjoitusten avulla. Metaforat puolestaan irrottavat kielellisestä kontrollista ja vanhoista ajattelutottumuksista, ja niiden avulla voidaan käsitellä kamppailua sellaisten tunteiden, ajatusten, muistojen tai mielikuvien kanssa, joista ihminen voisi päästää irti. Kokeilua varten harjoituksia ja metaforia käännettiin viittomakielelle.

Kokeilu kesti puolivuotta, ja sinä aikana ohjaajat tapasivat asiakkaitaan kahdeksasta kymmeneen kertaa. Jokaisella ohjaajalla oli kaksi asiakasta. Ohjaajat saivat työnohjausta joka toinen viikko, lukivat alan kirjallisuutta ja keskustelivat siitä ryhmässä. Kokeilun lopussa alun kyselyt tehtiin uudestaan ja lisäksi kokemuksesta tehtiin laajempi kysely molemmille ryhmille. Asiakkaiden kohdalla muutokset hyvinvoinnissa olivat vaihtelevia. Tähän vaikutti osittain se, että viittomakielelle käännetty materiaali koettiin vaikeaksi ymmärtää. Kokeilun liian lyhyt aika koettiin myös ongelmalliseksi. Asiakkaiden palaute kokeilusta oli kuitenkin hyvin myönteinen. Ohjaajien osalta tulokset osoittivat positiivisia muutoksia mielialassa ja psykologisessa joustavuudessa. Kuurojen Palvelusäätiön henkilöstökyselyssä puolestaan nousi

esille palvelukeskus Sampolan työviihtyvyyden lisääntyminen. Tarkempaa kuvausta kokeilun tuloksista ollaan kokoamassa englanninkieliseksi artikkeliksi.

Hyvien kokemusten pohjalta toteutettiin toinen rakenteeltaan samantyyppinen koulutus 2012–2013, niin että mukana oli ohjaajia kuudesta palvelukeskuksesta. Tälläkin kertaa projekti kesti puoli vuotta, mutta ohjaajilla oli kullakin yksi asiakas ja tapaamisia oli 15–20 kertaa. Mukana oli alusta loppuun 14 asiakasta ja ohjaajaa. Työnohjausta järjestettiin noin kerran kuussa siten, että osa toteutettiin pienemmissä ryhmissä ja kaksi ohjauskertaa kaikille yhteisesti. Työnohjauksissa käytiin läpi työskentelyä asiakkaiden kanssa: mitä käyttäytymisanalyysistä on noussut esille ja mihin suuntaan kannattaa lähteä. Erityisesti painotettiin arvolähtöistä työskentelyä, jotta asiakkaan omat näkemykset tulisivat esille. Työskentelyssä käytettäviä menetelmiä kerrattiin, ja ohjaajat jakoivat omia kokemuksiaan menetelmien toimivuudesta. Tämä koettiin erittäin antoisaksi, kuten myös työnohjaajalta saadut ehdotukset. Ohjaajat nostivat esille asiakkaiden ongelmina sosiaaliset suhteet ja ongelmat, jotka liittyvät vapaa-aikaan, psyykkisiin ja fyysisiin ongelmiin sekä työhön tai opiskeluun.

Kolmas koulutus alkoi syksyllä 2013. Rakenne erosi aiemmasta niin, että alussa ohjaajille järjestettiin orientaatiopäivä käyttäytymisanalyysistä ja arvolähtöisestä työskentelystä. Päivän aikana jaettiin myös materiaalia luettavaksi, jotta asiaan voi perehtyä jo etukäteen. Kahden koulutuspäivän aikana käytiin läpi teoriaa ja tehtiin yhdessä malli tapaamiskerroille. Tätä ei aikaisemmillä kerroilla ollut. Asiakstapaamisia on meneillään olevassa hankkeessa jälleen 15–20 puolen vuoden aikana. Työnohjaus tapahtuu mentorointina palvelukeskuksissa, niin että aikaisemmin koulutuksissa mukana olleet ohjaavat uusia ohjaajia. Yhteisiä työnohjauksia työnohjaajan johdolla järjestetään kaksi. Koulutukseen liittyvät kokemukset kootaan loppuseminaarissa, kuten aikaisemminkin.



Erityisesti painotettiin arvolähtöistä työskentelyä, jotta asiakkaan omat näkemykset tulisivat esille.

Johtopäätökset

Vuonna 2009 aloitettu Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Kuurojen Palvelusäätiön arvolähtöinen työskentely on osoittanut, että ohjaajia kouluttamalla voidaan parantaa sekä asiakkaiden että ohjaajien hyvinvointia. Vuoden 2013 loppuun mennessä arvolähtöiseen työskentelyyn on koulutettu noin 30 ohjaajaa. Työskentely on myös laajentunut, kun Kuurojen Palvelusäätiö on vienyt arvolähtöistä työskentelyä eteenpäin koko organisaatiossa koulutuspäiviensä kautta. Näkemykset on otettu huomioon myös kehittäessä asiakaspalvelujärjestelmiä. Arvolähtöinen työskentely on muuttunut koko ajan enemmän työyhteisön sisältä käsin ohjautuvaksi, jotta uudenlainen näkemys ja toimivat työskentelytavat jäisivät elämään.

Leena Hassinen

KM

psykoterapeutti (VET)

erityisalueena kuurojen ja kuurosokeiden terapia

(viitekehys kognitiivinen käyttäytymisterapia)

tohtoriopiskelija Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos

Raimo Lappalainen

professori

Jyväskylän yliopisto

Jouni Riihimäki

palvelujohtaja

Kuurojen Palvelusäätiö

Leena Hassinen, Raimo Lappalainen ja Jouni Riihimäki ovat yhdessä luoneet Kuurojen Palvelusäätiöön arvolähtöisen lähestymistavan asiakkaiden ohjaukseen. Kolmen koulutusprosessin aikana henkilöstölle on opetettu hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä, joita on käytetty asukkaiden hyvinvoinnin tukemiseen.

LÄHTEET

Glickman, N. 2009. Cognitive-Behavioral Therapy for Deaf and Hearing Persons with Language and Learning Challenges. New York: Routledge.

Harris, R. 2009. ACT made simple: An easy-to Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. Oakland: CA, USA: New Harbinger Publications

Harris, R. 2012. Onnellisuusansa. Elinvoimaa hyväksymisen ja omistautumisen avulla. Suomentanut Arto Pietikäinen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hayes, S. & Smith, S. 2008. Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää : Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla. Suomentaneet Päivi ja Raimo Lappalainen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Haynes, S. & O'Brien W.O. 2000. Principles and Practice of Behavioral Assessment. New York, NY: Plenum/Kluwer Press.

Jokinen, M. 2000. Kuurojen oma maailma – kuurous kielenä ja kulttuurina. Teoksessa Malm. A. (toim.) Viittomakieliset Suomessa. Pieksämäki: Finn Lectura.

Lappalainen, R. ym. 2004. Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

Lindfors, O. (toim.) 2005. Psykkinen oireilu ja psykoterapian tarve viittomakielillä aikuisväestöllä. Kuurojen Liitto ry:n julkaisu 35. Helsinki: Kuurojen Liitto ry.

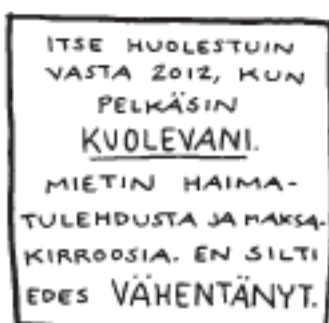
Ryynänen, A. & Kostamo, S. 1998. Kuurojen psykiatrisen sairaalahoidon kehittäminen. Projektikokemuksia HYKS:n psykiatrian klinikalta. Helsinki: Kuurojen Palvelusäätiö.

Vuosikertomus 2012. Helsinki: Kuurojen Palvelusäätiö.

JESSEN TARINA

Käsikirjoitus: Jesse, Irene Komu ja Aino Sutinen, piirtäjä: Aino Sutinen



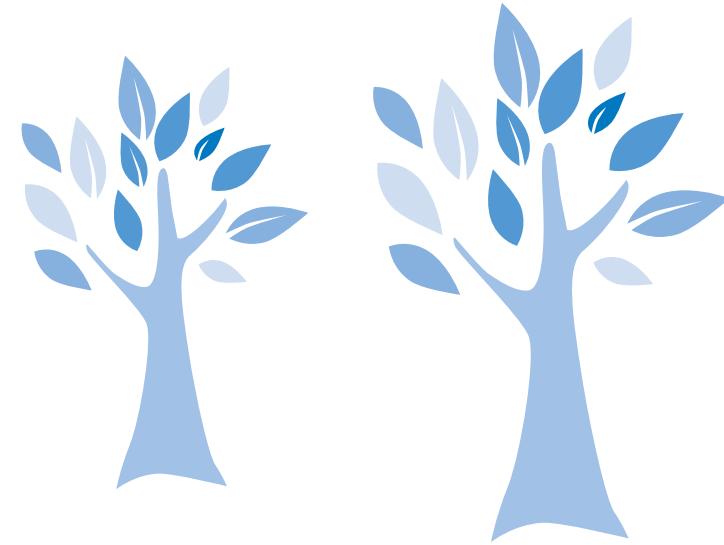


IRENE KOMU

Esteetön vertaisryhmä Woima-tiimi hyvinvoinnin tukena

Keväällä 2012 Suomen CP-liiton ja Kehitysvammaliiton työntekijät toivat esiin huolensa siitä, että asiakkaita, joilla on päihde- ja mielenterveysongelmia, on vaikea saada ohjattua eteenpäin oikeanlaisen avun piiriin. Asiakkaiden vammaisuus tuntuu edelleen – tavalla tai toisella – nousevan avunsaamisen esteeksi. Rakennetun ympäristön esteiden lisäksi matkan varrella on muitakin mutkia. Henkilökohtaisen avun järjestäminen intensiivisessä hoidossa on usein kiven takana. Monissa hoitopaikoissa ei ole voimavaroja avustamiseen eikä joustavia käytäntöjä oman avustajan käyttämiseen hoidon aikana. Asiakkaan lievä kehitysvammaisuus aiheuttaa toisinaan myös päihdepalvelussa väistöliikkeitä. Päihdepalveluissa saatetaan kokea, että työntekijöillä ei ole riittävästi osaamista kehitysvammaisen asiakkaan kohtaamiseen ja auttamiseen.

Näiden palvelujärjestelmässä olevien esteiden lisäksi vammaisten asiakkaiden hoitoon hakeutumista vaikeuttavat heidän aiemmat torjutuksi tulemisen kokemuksensa. Monet vammaiset henkilöt ovat kokeneet rakenteellista ja asenteellista syrjintää elämänsä varrella. On ymmärrettävää, että heillä ei kriisitilanteessa ole voimaa tai uskallusta lähteä hakemaan apua. Vammaisten henkilöiden päihde- ja mielenterveyspalvelujen tarve saattaa jäädä



peruspalveluissa huomaamatta, kun huomio kiinnittyy liaksi vammaisuuteen. Etsivälle päihde- ja mielenterveystyölle olisi selvä tilaus: liian monen vammaisen henkilön päihde- tai mielenterveysongelmat jäävät näkymättömiin, kodin seinien sisäpuolelle.

Paitsi ammattiavun saamisessa myös vertaisryhmätoimintaan osallistumisessa on merkittäviä haasteita. Puhevammaisuus tai sähköpyörätuolin käyttäminen ovat saattaneet muodostua esteeksi päästä esimerkiksi erilaisiin päihde- tai mielenterveysaiheisiin vertaisryhmiin. Näistä kokemuksista ja lähtökohdista käsin syntyi idea esteettömästä päihde- ja mielenterveysaiheisesta vertaisryhmästä. Ryhmätoimintaa lähdettiin suunnittelemaan kyselevällä mielellä. Asiakkaat haluttiin mukaan prosessiin jo suunnitteluvaiheessa. Ennen ryhmän aloittamista järjestettiin asiakkaiden ja työntekijöiden työpaja, jossa toimintaa ideoitiin ja suunniteltiin yhdessä. Ensimmäinen pilottiryhmä sai nimekseen Woima-tiimi, ja se aloitti toimintansa syksyllä 2012 Sininauhaliiton, Suomen CP-liiton ja Kehitysvammaliiton yhteistyönä. Woima tulee sanoista vertaisuus, vastuu, osallisuus, ideat, mahdollisuudet ja asiantuntijuus.

Woima-tiimin periaatteet

Vertaisryhmän tavoitteena on parantaa vaikeavammaisten ihmisten hyvinvointia ja osallisuutta sekä mahdollisuuksia löytää omaa elämäntilannetta helpottavia tekijöitä ilman päihteitä. Ryhmä on lähtökohtaisesti voimavarakeskeinen. Vertaisryhmässä pyritään yhdessä etsimään haastaviin elämäntilanteisiin uusia tulkinta- ja toimintavaihtoehtoja sekä näkökulmia. Ryhmäläisten vahvuuksia voimistetaan ja herätellään myös erilaisten tehtävien avulla.

Vertaisuus

Woima-tiimi tarjoaa mahdollisuuden ryhmäläisten keskinäisen vertaistuen syntymiselle sekä tilan ja ajan keskustelulle ja kokemusten jakamiselle. Ryhmässä voi luottamuksellisesti keskustella kaikista omaan hyvinvointiin liittyvistä asioista, myös päihteiden käytöstä ja mielenterveydestä. Ohjaajan tehtävänä on käynnistää keskustelu pienellä alustuksella ja varmistaa, että kaikki toimii ja että kaikilla on tila ja mahdollisuus tulla kuulluksi.

Vastuu

Ryhmäläiset ovat aikuisia ihmisiä, joilla on vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan. Tämä näkökulma auttaa osallistujia miettimään aktiivisesti, mitä he voivat tehdä itse ja miten he voivat vaikuttaa omaan elämäänsä. Vaikeavammaisen ihmisen arjessa voi olla tilanteita, joissa joko omaiset tai työntekijät ohjailevat vammaisen päätöksiä ja elämää. Keskusteluissa pyritään tunnistamaan näitä tilanteita ja miettimään, miten ryhmäläiset voisivat rakentavalla tavalla pitää puolensa, olla tietoisia omista oikeuksistaan ja kantaa rohkeasti vastuun omasta elämästään.



Osallisuus

Ryhmässä mietitään yhdessä, miten jokainen voi vahvistaa omaa osallisuuttaan. Missä kaikessa minä voisin olla mukana, mihin haluaisin vaikuttaa ja millä tavalla voin vaikuttaa itseeni liittyviin asioihin ja päätöksentekoon ja kokea olevani tasavertainen kansalainen.

Ideat

Woima-tiimi on autonominen pienryhmä, joka on sitoutunut vain omiin periaatteisiinsa. Woima-ryhmässä kokeillaan kaikkia ideoita, jotka ryhmäläiset yksimielisesti hyväksyvät. Ryhmässä ollaan avoimia erilaisille itsensä toteuttamisen muodoille.

Mahdollisuudet

Kaikilla ihmisillä on mahdollisuuksia, joita ihminen ei ehkä tunnista ja huomaa. Toiveita ja tarpeita, joita ei ole ehkä uskaltanut sanoa ääneen. Woima-ryhmässä keskustellaan toiveista ja tavoitteista ja mietitään keinoja niiden saavuttamiseksi pienin askelin.

Asiantuntijuus

Jokainen ryhmäläinen on oman elämänsä paras asiantuntija. Sitä paikkaa ei voi ottaa ohjaaja, työntekijä, lääkäri eikä omainen. Ryhmässä kunnioitetaan toisten asiantuntijuutta ja rohkaistaan siihen. Ryhmässä osallistujat voivat myös jakaa omaa asiantuntemustaan ja kertoa omasta toipumisestaan.

*Haluaisin puhua
yksinäisyydestä,
tyttöystävän
saamisesta ja
alkoholismista.*

*Toivon, että ryhmä
auttaisi pääsemään
eroon masennuksesta.*

Ryhmän aloittaminen

Pilottiryhmää ei alkuvaiheessa markkinoitu laajemmin. Suunnittelutyössä mukana olleet ohjaajat kertoivat Woima-tiimistä niille asiakkaille, joiden ajattelivat sekä hyötyvän vertaisryhmätoiminnasta että motivoituvan mukaan toimintaan. Ryhmäläiset haastateltiin ennen ryhmään tuloa ja samalla varmistettiin ryhmän mukaan tulemisen oikea-aikaisuus. Esimerkiksi akuutissa kriisissä olevalle henkilölle vertaisryhmä ei pysty tarjoamaan riittävää tukea ja apua. Haastattelutilanteessa kartoitettiin jokaisen ryhmästä kiinnostuneen hyvinvoinnin haasteita, toiveita ja tuen tarvetta. Osa toivoi ryhmän auttavan päihteiden hallinnassa, osa toivoi löytävänsä keinoja oman jaksamisensa vahvistamiseen ja löytävänsä uusia ystäviä.

Ensimmäisten tapaamiskertojen aikana suunniteltiin ja sovittiin ryhmän säännöt, toimintaperiaatteet sekä mietittiin aiheet, joita haluttiin yhdessä käsitellä. Aluksi tarkoituksena oli hyödyntää selkokielistä päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työkirjaa, Mahdollisuuksia muutokseen. Kuntoutuskurssimateriaalin käyttämisestä luovuttiin kuitenkin pian, sillä ryhmäläisten huomattiin haluavan käsitellä omasta elämästään nousevia kysymyksiä ja aiheita, joita ei löydy valmiista kirjoista ja kansista. Tämän jälkeen vakiintui hyväksi havaittu käytäntö: ryhmätapaamisissa keskusteltiin ryhmäläisten itse valitsemista aiheista, jotka päätettiin yhdessä aina syys- tai kevätkauden alussa.

*Silloin kun kaikki toimii
hyvin, esteettömyyttä ei
edes mieti. On vaan hyvä
olla ja helppo toimia. Saa
sen avun mitä tarvitsee.*

Esteettömyys on sitä, että kaikki toimii

Woima-tiimin esteettömyys tarkoittaa sitä, että ryhmä kokoontuu esteettömissä tiloissa ja että osallistujilla on tarvitessa mahdollisuus käyttää avustajaa, puhetulkkia ja kommunikaattoria. Avustaja- ja opaskoirat ovat tervetulleita ryhmään. Jokaiseen ryhmätapaamiseen on palkattu yleisavustaja, joten oman avustajan puuttuminen ei muodostu kenenkään osallistumisen esteeksi. Kommunikaatiossa hyödynnetään selkovuorovaikutuksen periaatteita, ja jos kirjallista materiaalia käytetään, se on selkomukautettua.

Esteettömyys huomioidaan myös ajankäytössä. Ryhmä kokoontuu joka toinen tiistai-ilta ja ryhmätapaaminen kestää noin kolme tuntia. Tämä pituus ja tällainen tiheys on hyväksi havaittu. Kolme tuntia mahdollistaa rauhallisen ja kiireettömän kuulumisten vaihdon, teemakeskustelun, tauot, yhteisen iltapalan sekä illan ajatusten loppukoonnin. On tärkeää, että ryhmässä on riittävästi aikaa kommunikoida, liikkumiseen ja taukoihin. Osa ryhmäläisistä on esittänyt toivomuksen, että ryhmä kokoontuisi joka viikko. Tähän ei kuitenkaan ole riittävästi työntekijäresursseja, eivätkä ryhmäläisten taksimatkat myöskään riittäisi viikoittaisiin tapaamisiin.

Sitaatit ovat peräisin Ilkka Koskisen tekemistä haastatteluista Woima-tiimin ensimmäisen toimintavuoden aikana.

Jokainen saa tuoda omia juttujaan ja kokemuksiaan esiin. Täällä uskaltaa puhua. Tuntuu siltä, että kuulun tähän porukkaan.

On helpottavaa, kun vammaisuudesta ei tehdä numeroa. Ryhmään tulee ihminen eikä vammainen.

Paikka, jossa uskaltaa puhua

Ryhmäläisten erilaiset lähtökohdat eivät ole muodostuneet esteeksi – ryhmässä on luottamuksellinen ilmapiiri, ja ryhmäläiset ovat rohkeasti tuoneet esiin sellaisia omaan jaksamiseen liittyviä teemoja, joista heillä ei ole aiemmin ollut mahdollisuutta keskustella vertaisten kanssa.

Ryhmäläiset ovat kertoneet, että omaan arkeen liittyvissä sosiaalisissa yhteisöissä ja tilanteissa ei ole tilaa syvällisille vertaiskeskusteluille, eikä sitä niiltä toisaalta odotetakaan. Esimerkiksi päivätoiminnan on tarkoitus ollakin toiminnallista yhdessäoloa, joka rytmittää arkea. Vertaistukeen tarvitaan luottamukselliset ja turvalliset olosuhteet. Ryhmäläiset ovat kertoneet voivansa puhua akuuteista vaikeista asioista esimerkiksi ohjaajille, mutta se ei vastaa vertaisen kanssa käytyä keskustelua ja tukea. Eräs osallistuja kertoi, että sopeutumisvalmennuskurssilla ja leirillä on joskus ollut hyviä vertaiskeskusteluja. Vertaistukea ja keskustelumahdollisuutta kaivataan kuitenkin jokapäiväiseen arkeen oman jaksamisen tueksi.

Kun aloitettiin, tuntui, että olin ihan noidankehässä. Nyt menee vähän paremmin.

Puhuminen, oman näkökulman esiintuomisen mahdollisuus ja muiden ajatusten kuuleminen on ollut kaikkien mielestä antoisinta. Ensimmäisen vuoden aikana keskusteltiin erilaisista menetyksistä, vaikeista tunteista ja yksinäisyydestä. Lisäksi käsiteltiin läheisiä ihmissuhteita, ystävien ja parisuhteen kaipuuta sekä seksuaalisuutta. Tärkeimmistä aiheista on keskusteltu pariinkin kertaan. Välillä teemaa on pohjustettu vierailevan alustajan tai elokuvan avulla. Molemmat kokeilut koettiin hyvänä vaihteluna.

Tärkeiksi teemoiksi nousivat ennen muuta henkilökohtaisen elämän haasteisiin ja vammaisuuteen liittyvät kokemukset, tunteet ja pohdinnat.

Suututtaa, kun ihmiset pitää tyhmänä siksi, että puhuminen on hankalaa ja pää heiluu. Vanne päässä helpottaa, kun juttelee täällä.

*Sain keskustelusta
uusia ajatuksia.
Aloin suhtautua itseeni
vähän positiivisemmin.*

*Parhaiten jäi
mieleen keskustelu
häpeästä. Itseensä
suhtautuu armollisemmin,
kun kuulee, että muillakin
on samoja ajatuksia.*

Lisää Woimaa ja uusia ryhmiä

Woima-tiimiläiset ovat sitoutuneet ryhmän toimintaan hyvin. Syksyllä 2013 tehdyn haastattelun mukaan vertaisryhmän tapaamiset ovat vauhdittaneet omaa toipumisprosessia, lisänneet itsetuntemusta ja antaneet rohkeutta lähteä liikkeelle. Ryhmä on auttanut hahmottamaan omaa tilannetta paremmin sekä pääsemään kohti omia tavoitteita. Toiminta on koettu hyvin tarpeellisenä ja voimaannuttavana.

Syksyllä 2013 ryhmässä on keskusteltu vertaisuuden merkityksestä itselle ja pohdittu, minkälaiseen suuntaan ryhmätoimintaa halutaan tulevaisuudessa viedä. Vertaisten yhteistä keskustelua pidetään Woima-tiimin ydinasiana. Sen ohella toivotaan muutakin toimintaa, muun muassa yhteisiä retkiä, olohuonetyyppisiä iltoja ja viikonloppuleiriä. Osa ryhmäläisistä toivoo, että tavattaessa puhuttaisiin vielä enemmän vammaisuuteen liittyvistä asioista. Woima-tiimiläiset ovat yhtä mieltä siitä, että samantyyppisiä ryhmiä tarvitaan lisää. Lähes kaikki kertovat tuntevansa muita vammaisia ihmisiä, joille tekisi hyvää päästä keskustelemaan ja purkamaan omaa elämää luottamuksellisessa ryhmässä.

*Yksinäisyys ja
eristäytyneisyys olivat
minulle tärkeimpiä aiheita.
Tajusin, ettei pidä istua yksin
kotona, vaan ottaa vastuu
omasta elämästään.*

*Ryhmä on nopeuttanut
kuntoutumistani. Tunnen
itseäni nyt paremmin
ja haluan itse alkaa kehittää
ryhmätoimintaa vammaisille.
Sille on tarvetta.*

Woima-tiimistä saadut kokemukset osoittavat, että eri järjestöjen asiantuntemusta ja voimavaroja kannattaa yhdistää myös asiakastyössä. Mukana olleet järjestöt oppivat yhteistyössä paljon toisiltaan ja pystyivät yhdessä vastaamaan kentältä nousseeseen tarpeeseen. Vastuuta ja voimavaroja jakamalla oli mahdollista toimia joustavasti ja nopeasti: pilottiryhmä saatiin käynnistettyä ilman erillistä hanketta tai erillismäärärahojen hakemista ja odottelua. Kolmen järjestön työntekijät pystyivät vuorottelemalla hoitamaan ryhmänohjauksen oman työn puitteissa. Kun on tahtoa, alkaa tapahtua.

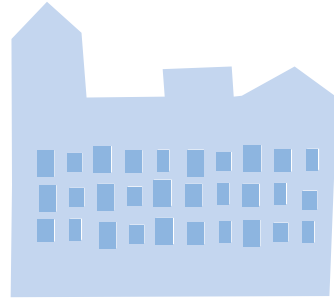
Irene Komu

FM

esteettömän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori
esteettömän vertaisryhmätoiminnan kehittäjä

Sininauhaliitto

PÄIVI RÅMAN



Päihdehoito ja kuntoutus asiakkaan kotona

Vantaan päihdepalvelut on toteuttanut vuodesta 2010 lähtien asiakkaan kotona annettua päihdehoitoa ja kuntoutusta ostopalveluna. Kotona toteutettu hoito on kohdennettu täysi-ikäisille vantaalaisille, jotka moninaisista syistä johtuen eivät pysty hyödyntämään päihdelaitoskuntoutusta. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi liikuntarajoitteisuus ja vammaisuus. Palvelua tarjotaan asiakkaalle myös, mikäli Vantaan oma 15-paikkainen päihdevieroitusyksikkö on täynnä tai asiakkaalla on ollut ennestään useita laitostarkkaisuhoitojaksoja. Palvelu soveltuu myös asiakkaille, jotka eivät lemmikkieläinlääkintöä voisi lähteä laitoshoidon. (Råman 2012, 27.)

Vuosien 2010–2012 aikana Vantaalla oli sopimus alkoholikatkaishoidon ja jälkikuntoutuksen tuottamisesta yhden palveluntuottajan kanssa, ja palvelua kutsuttiin tällöin nimellä KotiKatko. KotiKatko sisälsi arviointi- ja motivoitumiskäynnit, alkoholikatkaishoidon, jälkikuntoutuksen tukikäynnit ja intervalliviikot. Kyseessä oli kehittämissanke, joka pilotoitiin vuoden 2010 aikana. KotiKatko-hanke koordinoitiin päihdepalveluissa ja toteutettiin yhteistyössä vanhusten avopalvelun, kotihoidon, sairaalapalvelujen, aikuissosiaalityön sekä yksityisen palveluntuottajan kanssa.

Jo pilottivaiheen aikana KotiKatko saavutti ikääntyvät päihdeongelmaiset, ja heidän kotihoitonsa osoittautui kehittämisen arvoiseksi. Asiakkaiden kotona toteutettu päihdehoito ja kuntoutus olivat Vantaalla uutta avopalvelua. Haasteelliseksi tämän avopalvelumuodon teki se, että kyseessä oli eri hallintokuntien toteuttama yhteistyö.

KotiKatkoa kehitettiin Vantaalla koko sopimuskauden ajan. Vuonna 2012 Vantaa kilpailutti asiakkaan kotona toteutettavan katkaishoidon ja kuntoutuksen. Tarjouspyynnöt sisälsivät alkoholiongelmaisten lisäksi huume- ja lääkeriippuvaisten hoidon ja kuntoutuksen. Huume- ja lääkeriippuvaisten hoidosta ja kuntoutuksesta on kerääntynyt kokemusta vasta maaliskuusta 2013 lähtien, joten tässä artikkelissa keskitytään alkoholiongelmaisten KotiKatkoon.

Ikääntyvien alkoholikäyttö ja hoidon tarve lisääntyvät

Ennen KotiKatkon tuottamista päihdepalveluun tuli lukuisia yhteydenottoja ikääntyvien päihdehoidon tarpeesta. Vantaan oma 15-paikkainen päihdevieroitusyksikkö oli voimavaroiltaan riittämätön vastaanottamaan kaikkia avuntarvitsijoita. Sama koski kuntouttavaa laitoshoidon, jonka Vantaa hankkii ostopalveluna sopimuskumppaneilta. Toimintakyvyltään heikentyneiden asiakkaiden kohdalla tilanne oli huono, sillä Vantaan kilpailuttamat sopimuslaitokset oli suunniteltu omatoimisille, perushoidostaan itsenäisesti selviytyville ja kognitiivisilta taidoiltaan vuorovaikutukseen ja uuden oppimiseen kykeneville ihmisille. Asiakkaat, jotka olivat esimerkiksi hoivan ja huolenpidon tarpeessa, jäivät ilman päihdelaitoshoidon. (Råman 2012.)

Vantaan kotihoidossa ja sairaalapalveluissa tuli esiin huoli asiakkaista, joilla oli ongelmia alkoholinkäytössä. Kotihoidossa päihdeasiakkaat koettiin moniongelmaisuutensa vuoksi työlistäviksi. Päihteiden käytön lisäksi monilla asiakkailla oli mielenterveysongelmia, masennusta ja muistisairautta. Kotihoidon päihdeasiakkaille myönnetään kotihoidon perus- ja tukipalveluja samojen kriteerien mukaisesti kuin muillekin apua tarvitseville kuntalaisille. Kotihoidon asiakkaiden yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa käsitellään asiakkaan päihteiden käyttöä. Viime vuosina kotihoito onkin panostanut erityisesti asiakkaiden päihdeongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn. (Brotkin ym. 2011.)

Viime vuosina julkisuudessa on käyty keskustelua ikääntyvien alkoholikäytön lisääntymisestä. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen mukaan ikäihmisten alkoholinkäyttö on yleistynyt parin viime vuosikymmenen aikana. Vuonna 1985 suomalaisista 65–79-vuotiaista miehistä raittiiden osuus oli kaksi viidesosaa, kun taas vuonna 2007 raittiita miehiä mainitussa ikäryhmässä oli enää viidennes. Raittiiden naisten osuus vastaavana ajanjaksona väheni 70 prosentista 40 prosenttiin. (Vilkko ym. 2010, 142.)

1990-luvun alussa 55–65-vuotiaat käyttivät ikäryhmistä selvästi vähiten alkoholia, mutta nykyään heidän alkoholinkäyttönsä on nuorempien ikäryhmien tasolla. Vuosina 1993–2007 alkoholinkäyttö lisääntyi 65–84-vuotiaiden naisten ja miesten parissa. (Sisäasiainministeriö 2011, 22.) Vähintään kerran viikossa alkoholia juovien eläkkeellä olevien naisten ja miesten osuus on kasvanut vuosien 1993–2009 välillä. Vuonna 1993 miehistä 24 % ja naisista 8 % kertoi juoneensa kerran viikossa alkoholia.

Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat miehillä 40 % ja naisilla 18 %. Myös alkoholin viikkokulutus on kasvanut vuodesta 1985 vuoteen 2009. Vähintään 8 alkoholiannosta viikossa juovien 65–79-vuotiaiden miesten osuus on suurentunut. Useampi kuin joka neljäs 65–69-vuotias juo vähintään 8 alkoholiannosta viikossa. Eläkkeellä olevien 65–74-vuotiaiden naisten viikoittainen vähintään viiden alkoholiannoksen juominen on myös kasvanut. (Laitalainen ym. 2010, 17.)

Alkoholi on suurin yksittäinen tekijä onnettomuuksien, tapaturmien ja väkivallan taustalla. Alkoholisairauksien ja -myrkytyksien aiheuttamat kuolemat kaksinkertaistuivat 60 vuotta täyttäneiden naisten ikäryhmässä vuodesta 1998 vuoteen 2007. Miehillä edellä mainituista syistä johtuvat kuolemat kasvoivat 43 %. Samalla ajanjaksolla samoista syistä johtuvat alle 60-vuotiaiden naisten kuolemat kasvoivat 50 % ja miesten 28 %. (Sisäasiainministeriö 2011, 22–23.)

Väestön ikääntymisen myötä on todennäköistä, että päihdehuollon piiriin tulee lisääntyvässä määrin ikääntyviä. Julkisuudessa on kannettu huolta ikääntyvien kasvavasta päihdeongelmasta. Huoli on aiheellinen, sillä hoitamattomana päihdeongelma aiheuttaa terveydentilan heikkenemistä, toimintakyvyn vajetta ja siten vaikeuksia selviytyä arkipäiväisestä elämästä. Vantaalla sijaitseva Katriinan sairaala raportoi, että potilaista vähintään kolmanneksella on taustalla runsas päihdekäyttö. HUS:n Peijaksen sairaalan selvitysten mukaan huolestuttavin ryhmä ovat 50–60-vuotiaat, joista yli kolmanneksella on päihteiden käytössä asioidessaan joko päihtynyt tai päihderiippuvainen. Yli 60-vuotiaiden ryhmässä vastaava luku on 11 %. Jo pilottivaiheen aikana KotiKatkon asiakkaista suurin osa oli ikääntyviä, toimintarajoitteisia ja sellaisia, joilla oli taustallaan useita sairaalahoitojaksoja. (Råman 2012.)

Vantaan asiakastietojärjestelmästä (2010–2012) kerätyn aineiston mukaan vuonna 2010 maaliskuusta joulukuuhun ajoittuvalla jaksolla KotiKatkossa oli asiakkaita yhteensä 85, vuonna 2011 heitä oli 110 ja vuonna 2012 140. Yhteensä asiakkaita oli edellä mainittuina vuosina 335. Naisten osuus koko asiakasmäärästä oli vuonna 2010 47 %, ja se laski vuoteen 2012 mennessä 39 %:iin. Koko päihdepalveluissa vuosina 2010–2012 naisten osuus oli 35 %. Vuonna 2010 yli 60 vuotta täyttäneiden osuus kaikista KotiKatkon asiakkaista oli 56 %. Vuonna 2011 se oli 46 % ja vuonna 2012 sama. Yli 60 vuotta täyttäneiden osuus oli vuosina 2010 ja 2011 päihdepalvelujen polikliinisissä palveluissa 8 %. Vertailussa polikliinisillä palveluilla tarkoitetaan A-klinikkaa ja H-klinikkaa eli huumehoitoklinikkaa.

Matala kynnyks palveluun

Asiakkaan kotona toteutettava päihdekuntoutus on matalan kynnyksen toimintaa siitä huolimatta, että hoitoon hakeutuvalla tehdään lähete. Läheteeseen merkitään asiakkaan kokonaishoidosta vastaavan työntekijän yhteystiedot. Mikäli asiakkaalla ei ole vastuutyöntekijää, toimii palveluntuottajan edustaja jatkossa asiakkaan vastuutyöntekijänä. Vastuutyöntekijä on asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin aikana aktiivisessa vuorovaikutuksessa kaikkien asiakkaan hoitoon liittyvien ihmisten kanssa. Lähete osoitetaan päihdepalvelujen ostopalvelutiimin. Ostopalvelutiimin muodostavat kaksi koordinaattoria ja kaksi toimistosihteerä sekä elokuusta 2013 lähtien sosiaaliohjaaja. Koordinaattorit tekevät läheteen perusteella esiarvion asiakkaan soveltuvuudesta kyseiseen palveluun ja valitsevat asiakkaan hoidon tarvetta parhaiten vastaavan palveluntuottajan. Vuonna 2013 palveluntuottajat ovat profiloituneet ikääntyviin, työikäisiin, kaksoisdiagnoosiasiakkaisiin tai lapsiperheisiin.

KotiKatkoon ovat lähettäneet asiakkaita päihdepalvelujen polikliiniset palvelut ja päihdevieroitusyksikkö, kotihoito, sairaalapalvelut, vanhus- ja vammaispalvelut, lastensuojelu, HUS:n erikoissairaanhoido, terveyskeskuspäivystys, terveysasemat ja päihdehoitolaitokset. Suurin osa läheteistä on tullut sairaalapalveluista ja kotihoidosta. Sairaalapalveluilla tarkoitetaan Katriinan sairaalaa ja Peijaksen sairaalan tiloissa olevaa akuuttia geriatria kuntoutusosastoa. Kotona annetun päihdehoidon ja kuntoutuksen saatavuutta madallettiin jo KotiKatkon pilottivaiheessa siten, että kotihoito ja Peijaksen sairaalan terveyskeskuspäivystyksen selviämishoitoasema voivat olla suoraan yhteydessä palveluntuottajaan virka-ajan ulkopuolella. Jos asiakas itse tai hänen läheisensä ottaa suoraan yhteyttä ostopalvelutiimiin, voi koordinaattori puhelimesta tehdyn arvion perusteella pyytää palveluntuottajaa tekemään kotikäynnin. Asiakkaalta pyydetään aina yhteistyöluvut suullisesti ja kirjallisesti. Päihdepalvelujen ostopalvelukoordinaattorit käyvät arviointikäynnillä asiakkaan luona kotona tai sairaalassa tarvittaessa. Näin on toimittu esimerkiksi tilanteissa, jolloin vanhustenhuollolla on herännyt huoli asiakkaan päihteiden käytön aiheuttamista haitoista.

Asiakkaan luokse tehtäviä arviointi- ja motivointikäyntejä on yhdestä kolmeen. Käyntien aikana asiakkaalle kerrotaan palvelun sisällöstä, hänen kokonaistilanteensa kartoitetaan ja arvioidaan, soveltuuko palvelu asiakkaalle vai onko jokin muu palvelu, kuten laitoshoido, asiakkaalle tarkoituksenmukaisempi. Asiakkaan kokonaistilanteen kartoitukseen sisältyvät asiakkaan päihdeanamneesi, terveydentilan, lääkityksen, vieroitusoireiden ja sosiaalisen tilanteen selvittely. Sosiaalisen tilanteen kartoitukseen ja arviointiin liittyvät muun muassa asuinolosuhteet, asiakkaan toimintaympäristö, arkielämänhallinta, ihmissuhteet ja toimeentuloon liittyvät asiat. Motivointikäynneillä asiakasta haastetaan tutkimaan omaa päihteiden käyttöään, sen hyötyjä ja haittoja sekä kannustetaan asiakasta sitoutumaan päihdehoitoon. (Råman, 2011.)



Kotona toteutetun päihdehoidon ja kuntoutuksen erityisyys on sen nopeassa saatavuudessa ja tiiviissä yhteydenpidossa asiakkaaseen.

Kotona toteutetun päihdehoidon ja kuntoutuksen erityisyys on sen nopeassa saatavuudessa ja tiiviissä yhteydenpidossa asiakkaaseen. Palveluntuottajat ovat sitoutuneet antamaan palvelua kolmen vuorokauden sisällä lähetteen saapumisesta, mikäli kyseessä on katkaisu- tai vieroitushoito. Käytännössä katkaisuhuolto on aloitettu lähetteen saapumispäivänä tai viimeistään seuraavana päivänä. Alkoholiongelmallisilla katkaisuhuolto kestää enintään 14 vuorokautta ja huume- tai lääkeongelmallisilla enintään 21 vuorokautta. Katkaisuhuoltoon liittyy ympärivuorokautinen puhelinpäivystys. Ensimmäisen hoitoviikon aikana asiakkaaseen ollaan yhteydessä 2–4 kertaa vuorokaudessa, ja yhteydenottoista vähintään kaksi on kotikäyntiä. Kotikäynti kestää vähintään 45 minuuttia. Seuraavilla viikoilla yhteydenottoja on 1–3 vuorokaudessa, ja näistä vähintään yksi on kotikäynti. Muut yhteydenotot ovat puheluita. (Råman 2012.)

Katkaisu- ja vieroitushoidon jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus jatkaa kuntoutuksessa. Asiakkaan päihdehoitoa ja kuntoutusta ohjaa kuntoutussuunnitelma, jonka työntekijä tekee yhdessä asiakkaan kanssa. Hoidon etenemistä seurataan ja arvioidaan. Maaliskuussa 2013 otettiin käyttöön erillinen arviointilomake, jonka asiakas tekee hoitajakson päättymisvaiheessa. Asiakas arvioi itse kuntoutumisensa edistymistä hoidon alkuvaiheessa määrittelemiinsä tavoitteisiin nähden. Kuntoutussuunnitelma, hoitoyhteenveto ja arviointilomake lähetetään tilaajalle eli ostopalvelutiimiin ja lähetteen antajalle silloin, kun asiakkaalla on ollut hoitosuhde lähettäjään, kuten kotihoitoon tai A-klinikalle. Asiakasdokumentit arkistoidaan.

Päihdekuntoutuksen aikana asiakasta tuetaan vähentämään päihteiden käyttöä tai lopettamaan päihteiden käyttö, ja tässä huomioidaan hänen sosiaalinen ympäristönsä. Kuntoutus sisältää ohjausta, neuvontaa ja tukea. Vertaistuki, harrastukset ja tarpeenmukaiset avopalvelut sekä avohoidon tukimuodot räätälöidään

kullekin asiakkaalle eli asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioidaan. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa korostuu jälkikuntoutuksessa. Yhteydenpito asiakkaaseen vähenee kuntoutusviikkojen myötä. Kuntoutus kestää enimmillään 12 viikkoa, jonka jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus niin sanottuihin tukikäynteihin. Tukikäyntien tarkoituksena on auttaa asiakasta ylläpitämään alkanutta elämäntapamuutosta. Vantaan asiakastietojärjestelmän (2010–2012) mukaan tukikäyntejä on tehty asiakasta kohti kahdesta neljään käyntiin kuukaudessa. Tukikäynnit ovat sopineet hyvin asiakkaille, jotka ovat siirtymässä muiden avopalveluiden piiriin. (Råman 2012.)

Kotikatkon vaikutukset

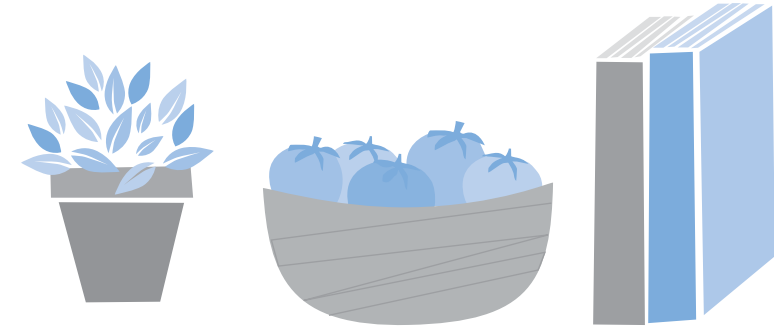
Kotona annettu alkoholikatkaisuhuolto ja jälkikuntoutus ovat osoittautuneet tarpeellisiksi. Esimerkiksi kotihoidon työntekijät ovat kokeneet saaneensa KotiKatosta tukea asiakkaiden kotona asumisen turvaamiseksi. Alkoholinkäytön vähentymisen nähtiin parantavan asiakkaiden toimintakykyä ja kotona selviytymistä. (Råman 2012.)

Asiakkaan kotona toteutetusta alkoholikatkaisuhoidosta ja jälkikuntoutuksesta on tehty opinnäytetyö, jossa käsitellään KotiKatkon toimintatapoja ja vaikutuksia. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, mikä KotiKatko-toiminnassa vaikuttaa asiakkaan elämään. Kyseessä oli empiirinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin laadullisten menetelmien avulla. Tutkimuksen primääriaineiston muodostivat KotiKatkon kolmen asiakkaan haastatteluai- neistot. Avoimet haastattelut toteutettiin marraskuussa 2011, jolloin asiakkaiden jälkikuntoutuksesta oli kulunut vähintään yli puoli vuotta. Jokaiselle asiakkaalle tehtiin kaksi haastattelua. Tutkimuksen sekundääriaineiston muodostivat haastateltavien kuntoutussuunnitelmat ja hoitoyhteenvedot. (mt.)

Tutkimuksen mukaan merkittävimpiä asiakkaan tilannetta muuttavia seikkoja olivat asiakaslähtöinen työote, asiakkaan rinnalla kulkeminen, välittäminen, kunnioitus, luovuus, asiakkaan ja työntekijän keskinäinen luottamus, työntekijän sitoutuminen hoidon toteuttamiseen, mielekkäät kohtaamispaikat ja konkreettisen avun antaminen. Lisäksi asiakkaaseen liittyviä asioita olivat asiakkaan halu ja tahto kuntoutumiseen ja palvelujen vastaanottamiseen, sitoutuminen hoitoon ja tavoitteisiin, ymmärryksen lisääntyminen alkoholinkäytön seurauksista, uskon ja toivon herääminen paremmasta ja luottamus työntekijään ja palveluun. Päihteettömyyden seurauksena fyysinen toimintakyky ja luottamus itseän vahvistuivat. Päihteettömyys toimi siten itseluottamusta vahvistavana tekijänä. (mt.)

KotiKatkon työntekijät olivat sisäistäneet asiakaslähtöisen työotteen, joka ilmeni muun muassa siten, että asiakkaita kuunneltiin ja että asiakkaat asettivat itse kuntoutuksen tavoitteet. Työntekijöiden lämmin ja välittävä suhtautuminen herätti asiakkaissa luottamusta ja mahdollisti avoimen vuorovaikutuksen. Vaikeista tunteista puhuminen oli helppoa välittävässä ilmapiirissä. Tutkimuksen mukaan asiakkaille oli tärkeää, että työntekijöiden kanssa keskustelu ei rajoittunut alkoholiin ja sen käytön haittoihin vaan asiakkaan kanssa keskusteltiin monista arkipäivää ja koko elämää koskevista asioista. Keskusteluja käytiin muuallakin kuin asiakkaan kotona. (mt.)

Eräs tärkeä tapa vaikuttaa asiakkaiden elämään oli heidän rinnalla kulkeminen. Työntekijät kävivät asiakkaan kanssa esimerkiksi kirpputorilla, kaupassa, palvelukeskuksessa tai päivätoimintapaikassa. Ahdistus- ja paniikkihäiriöistä kärsivän asiakkaan kohdalla työntekijän mukanaolo eri tilanteissa vaikutti oireita helpottavasti. Tällaiset altistamishoidot vähensivät asiakkaan oireita ja antoivat kokemuksen siitä, että tilanteesta voi selvitä. Työntekijät toimivat myös siten, että asiakkaat saatettiin ryhmiin



ja heitä oltiin vastaanottamassa ryhmän jälkeen, jolloin he saivat kertoa ryhmäkokemuksistaan. (mt.)

Työntekijöiden kyky käyttää luovuuttaan erilaisissa asiakas-tilanteissa oli merkittävää. Esimerkiksi yhdellä asiakkaalla oli ennakoluuloja A-klinikan asiakkaita kohtaan siinä määrin, että ennakoluulot olivat muodostaneet esteen ryhmiin osallistumiselle. Työntekijän luovuus ilmeni siinä, että hän yhdessä asiakkaan kanssa havaitsi, millaisia asiakkaita A-klinikalle meni. Asiakas sitoutui A-klinikan ryhmiin havaittuaan, että klinikalle menijät eivät ulkoiselta olemukseltaan erottuneet muusta väestöstä. (mt.)

Rinnalla kulkemiseen liittyi myös asiakkaiden asioiden hoitaminen. Etenkin jälkikuntoutuksen alkuvaiheessa, jolloin asiakkaan voimat tarttua omien asioidensa hoitoon olivat vähäiset, työntekijä hoiti asiakkaan puolesta käytännön asioita. Työntekijä saattoi esimerkiksi selvittää asiakkaan puolesta, kuka oli asiakkaan sosiaalityöntekijä, ja järjestää kauppapalvelua tai vastaavaa. Rinnalla kulkemiseen liittyi myös työntekijän herkkyyks olla läsnä ja tutustua asiakkaan maailmaan sekä hänen voimavaroihinsa ja luoda tilanteita, joissa asiakasta rohkaistiin itsenäiseen toimintaan. (mt.)

Lopuksi

Kotona toteutettu päihdekuntoutus on vakiinnuttanut asemansa Vantaan päihdepalvelujen hoito- ja kuntoutusvalikoimassa. Palvelun keskiössä ovat olleet ikääntyneet, mutta myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten osuus on koko ajan kasvamassa.

Työikäisten vammaisten osuus KotiKatkossa on ollut alle 10. Nämä asiakkaat ovat olleet aisti-, puhe- ja liikuntavammaisia. Vammaisten asiakkaiden osuus on ollut vähäistä siitäkin huolimatta, että KotiKatkon toiminnasta tiedotettiin laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon eri tulosyksiköihin. Pilottivaiheen aikana palvelusta tiedotettiin yhdessä tilaajan ja palveluntuottajan kanssa. Pilottivaiheen jälkeen päihdepalvelun koordinaattorit ovat käyneet säännöllisesti kertomassa kotiin annetuista palveluista tulosalueille. Palvelusta tiedottaminen on nähty tärkeänä hoidon saatavuutta ajatellen.

Päihdepalvelujen suunnittelija Johanna Ruokolainen teki keväällä 2013 laaja-alaisen kartoituksen Vantaan sosiaali- terveydenhuollon työntekijöiden mielipiteistä päihdepalvelujen ulkopuolelle jäävistä asiakkaista. Kartoitus tehtiin Webropol-kyselynä, ja se osoitettiin kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Vastaajia oli 457, joista 26 % kuului vanhus- ja vammaispalveluihin. Alustavien tulosten perusteella vanhus- ja vammaispalveluiden vastaajista 7 % arvioi kohtaavansa päivittäin päihdepalvelujen tarpeessa olevia mutta palvelujen ulkopuolella olevia asiakkaita, 26 % vastasi kohtaavansa edellä mainittuja asiakkaita viikoittain ja 32 % kuukausittain. Ainoastaan 5 % vastasi ohjanneensa kyseessä olevia asiakkaita päihdehuollon palveluihin aina, 25 % ohjasi usein, 36 % joskus eikä 25 % vastaajista ollut koskaan ohjannut asiakkaita päihdehuollon palveluihin. Vastaajista 24 % kertoi ottaneensa puheeksi päihteiden käytön aina, 30 % usein, 32 % joskus eikä 8 % ottanut koskaan puheeksi päihteiden käyttöä. (Ruokolainen 2013.) Palveluista tiedottaminen on siis tärkeää, ja puheeksiotto-koulutukselle voisi olla tarvetta.

Päivi Råman

sosionomi YAMK

laitoshoidon koordinaattori

Vantaan Päihdepalvelut / Ostopalvelutiimi

LÄHTEET

Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2010. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. THL:n raportti 30/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Råman, P. 2011. Alkoholikatkaisuhuolto ja jälkikuntoutus. Pilottihankkeen loppuraportti. Vantaa: Vantaan kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi, Perhepalvelut, Päihdepalvelut.

Råman, P. 2012. Asiakkaan kotona tapahtuva alkoholikatkaisuhuolto ja jälkikuntoutus. Tapauskohmainen arviointitutkimus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyö (YAMK).

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/53065>

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009–2060. Viitattu 3.5.2011.

Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>.

Sisäasiainministeriö 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille.

Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi.

Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011. Helsinki: Sisäasiainministeriö. Viitattu 17.5.2012.

Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2010. Miten iäkkäät suomalaiset juovat? teoksessa Mäkelä, P. Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi Juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Julkaisemattomat

Brotkin, H., Keskinen, P. & Korhonen, A-L. 2011.

Henkilökohtainen tiedonanto 18.8.2011

Ruokolainen, J. 2013. Kartoitus päihdepalvelujen ulkopuolelle jäävistä asiakkaista. (Tuloste tekijän hallussa.)

MARJA-LIISA LAPIO



Ikääntyneiden päihdeongelma ja sosiaalinen turvallisuus

Ikääntyneiden päihteiden käyttö

Olen just tänä syksynä suorittanut päihdetyön tutkinnon, mutta ei siellä mitään puhuttu ikääntyneiden päihdetyöstä (1).

Jään päihdetyön tutkinnon suorittaneen sosiaalityöntekijän kanssa ihmettelemään, miksi ikääntyneiden päihdeongelma sivuutetaan. Eikö eläkeläiskulttuureihin piiloutunut päihdeongelma olekaan koulutuksellinen haaste? Uhkakuvalla sodan jälkeen syntyneestä suuresta märestä ikäluokasta ja käsiin räjähtävästä päihdeongelmasta ei näytä enää olevan pelotevaikutusta. Tosiasiassa alkoholin kokonaiskulutus on kolminkertaistunut suuren ikäluokan nuoruusvuosien (1968) jälkeen, ja yli 65-vuotiaidenkin eli ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien. Ikääntyneiden alkoholinkäyttäjien määrä kasvaa, koska eliniän oletetaan pidentyvän, ikääntyneiden osuus väestöstä nousee ja ikääntyneiden suhtautuminen alkoholinkäyttöön on muuttunut ja muuttuu koko ajan aiempia sukupolvia sallivammaksi.

¹ käytän kursiviivaa osoittamaan suorat lainaukset alaviiteeseen

Ikääntyneiden naisten juomisen murros ei enää herätä hämmennystä, vaikka naiset ovat kyseenalaistaneet alkoholinkäyttöllään aiempien sukupolvien naiskansalaisuuden, raittiusihanteet ja elämäntavan. Selviytyttyään raittiuskasvatuksen moralismin ja 1960-luvun radikalismien ristivedosta naiset ovat luoneet juomakulttuurin, johon on ollut vaikea puuttua. Mitä pidemmälle päihdeongelma on edennyt, sitä tarkemmin naiset ovat varjelleet kulissejaan. Rapistuva habitus on vaatinut entistä tiheämpiä kamppaajalla käyntejä, huulipunaostoksia ja merkkivaatteita. Saattaa olla, että lähiympäristö on huomannut ongelman hyvin hoidetun ulkomuodonkin takaa, mutta läheisillä on ollut Elisabeth Ettorren (1997) sanoin moraalinen vaikeus katsoa totuutta silmiin alkoholisoitumassa olevan ikääntyneen äidin tai isoäidin kohdalla. Ympäristön sosiaalinen tekopyhyys on estänyt realistisen kuvan muodostumisen naisten päihdeongelmasta. Kun ongelmaa ei ole ollut, siihen on ollut mahdoton puuttua tai saada apua. Pois sulkeminen on syrjäyttänyt päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ikääntyneet naiset palvelujärjestelmästä ja kasvattanut heidän sosiaalista turvattomuutta entisestään.

Ikääntyneiden päihdeongelmaa ei kuitenkaan kannata liioitella, sillä suurin osa on oppinut ikääntyessään kohtuullistamaan juomisensa. Ongelmaan kannattaa suhtautua realistisesti ja pitää ikääntyneiden päihdetyötä luontevana osana muuta päihdetyötä. Ikääntyneiden päihdeilmiön ymmärtäminen vaatii tietoa siitä, millaisia ongelmia hallitsematon alkoholinkäyttö aiheuttaa ikääntyneelle. Erityisesti heille, joiden märkä elämäntapa on kestänyt lähes koko elämän. Juomisen alkamisajankohdan perusteella suomalaisista ikääntyneistä ongelmakäyttäjistä kaksi kolmasosaa kuuluu juomisen varhain aloittaneisiin. Kolmasosa päihdeongelmien kanssa kamppailevista ikääntyneistä sen sijaan luetaan myöhemmin aloittaneiden ryhmään, sillä heidän suurkulutuksensa on alkanut vasta eläkkeelle siirtymisen yhteydessä. Erityisen tärkeää

on tieto niistä ikääntyneistä, joille on tullut ongelmia hallitusta alkoholinkäytöstä huolimatta. Ongelmat ovat syntyneet lääkkeiden ja alkoholin arvaamattomista yhteisvaikutuksista, koska he eivät ole olleet tietoisia alkoholin haitallisista vaikutuksista vanhenevassa elimistössä, sopivista annoksista, annosten määrästä tai tiettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista, puhumattakaan lääkevaikutusten viipymisestä vanhenevassa elimistössä aiempaa kauemmin. Tai siitä, että viinilasillisen tai drinkin yhteydessä kannattaa juoda vettä, koska ikääntyessä rasvan määrä lisääntyy ja nestepitoisuus vähenee, mikä johtaa aikaisempaa korkeampaan veren alkoholipitoisuuteen. Käytännössä ikääntynyt päihtyy pienemmästä määrästä alkoholia kuin nuori aikuinen.

Näyttää siltä, että palvelurakenneuudistusten ja vähenevien voimavarojen kurimuksessa ei pystytä lain velvoitteista huolimatta ratkaisemaan, miten kasvavan eläkeläisväestön alkoholinkäyttöön tulisi suhtautua ja miten se olisi hallittavissa. Tuoreen THL:n tutkimuksen (Noro 2013) mukaan kunnissa on valmiudet toteuttaa vanhuspalvelulakia. Kuitenkin tehostetun palveluasumisen riittämättömyys sekä erityisesti ikääntyneiden päihdepalvelujen (60 %) ja mielenterveyspalvelujen (55 %) puute vaivaa.

Vaikka ikääntyneiden päihde- ja mielenterveysongelmat istuvat huonosti markkinavetoiseen palvelupolitiikkaan, ongelmia ei enää piilotella, vaan ne myönnetään. Ongelmien pallottelu hallinnon alalta toiselle ei ole parantanut yhteiskunnalliseksi sairaudeksi koettua päihdeongelmaa tai palvelutarjontaa. Päihdeongelman esillä pitävät keskustelufoorumit ovat avanneet kiinnostuksen tarkastella ikääntyneiden päihteiden käyttöä, ei ainoastaan haittaa tuottavana ongelmana, vaan myös yksilöllisenä ja kulttuurisena kysymyksenä. Ilmiönä, jonka ympärille ikääntyneiden päihdetyö rakentuu.

Päihteitä käyttävien ikääntyneiden sosiaalinen turvallisuus

Ikääntyneiden päihdeongelman yleisyyttä ja syitä etsivästä tarkastelusta on aika siirtyä päihdeilmiön sekä päihdetyön keskeiseen luonteenpiirteeseen: sosiaaliseen turvallisuuteen sekä turvallisuuden rakentumiseen. Turvallisuus on yhteiskunnallisesti turvattava perusarvo, sillä onhan jokaisella päihteiden käytöstään huolimatta oikeus elää terveellisesti ja turvallisesti ilman väkivaltaa. Sisäasiainministeriössä on laadittu uusi sisäisen turvallisuuden ohjelma (2011–2015), jonka tavoitteiden kerrotaan nousevan paikallisesta väestö- ja palvelurakenteesta, alueellisista kehittämistarpeista ja eri sektoreiden tavoitteista sekä käytettävissä olevista voimavaroista. Sosiaali- ja terveysministeriö on tullut mukaan turvallisuustalkoisiin ja haastanut kaikki yhteiskunnan alueet ottamaan vastuun turvallisuudesta. Turvallisuustavoitteiden todetaan toteutuvan päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän ikääntyneen näkökulmasta keskeisellä tavalla eli vahvistamalla yksilön osallisuutta ja ehkäisemällä yhteiskunnassa köyhyyttä ja syrjäytymistä. Kuntaliiton kantama turvallisuusvastuu koostuu alueellisesta turvallisuusohjelmasta, kunnan yhteistoiminta-alueen turvallisuussuunnitelmasta, hyvinvointistrategiasta, päihdestrategiasta sekä vanhusstrategiasta.

Turvallisuusstrategiat luovat lainmukaisen perustan ikääntyneen sosiaaliselle turvallisuudelle, mutta miten vastuu turvallisuudesta toteutuu yksittäisen ihmisen kohdalla. Yhteiskuntavelvoitteista huolimatta turvallisuus saattaa jäädä jokaisen henkilökohtaiseksi haasteeksi. Olipa kysymys sitten yksittäisen ikääntyneen subjektiivisesta, objektiivisesta tai sosiokulttuurisesta turvallisuudesta, jota kutsun tässä sosiaalisesti turvallisuudeksi. Subjektiiivinen turvallisuus määräytyy omakohtaisesta turvallisuuden tunteesta, joka rakentuu pitkälti mediamielikuvien ja omien kokemusten varaan. Oma kokemukseen perustuva käsitys yleistetään helposti

jonkin paikan tai tilanteen turvallisuudesta. Objektiivinen turvallisuus vahvistaa enemmänkin mielikuvaa tiettyjen alueiden tai tilanteiden turvattomuudesta kuin yksilön turvallisuudesta. Perustuuhan objektiivinen turvallisuus poliisin tietoon tulleiden väkivaltarikosten määrään. Jotta jostakin paikasta tulee turvallinen, jokin pitää puhua turvattomaksi. Sama toimii myös ihmisiin ”me ja muut” -asetelmana. Yleensä me luomme turvallisuutta, ja ne muut eli päihteiden käyttäjät turvattomuutta.

Suomen rikostilastot (2010) värittävät turvattomuuden mielikuvaa, sillä niiden mukaan valtaosa henkirikoksiin syyllistyneistä henkilöistä ja uhreista on ollut tapahtumahetkellä päihtyneenä, useimmiten ”alkoholihumalassa”. Myös henkirikollisuus kohdistuu Suomessa sosiaalisesti syrjäytyneimpiin ihmisiin, toisin kuin muissa pohjoismaissa. Moniongelmaisilla, heikosti koulutetuilla, asunnottomilla ja päihteiden ongelmakäyttäjillä on muuta väestöä suurempi riski syyllistyä väkivaltaan ja joutua väkivallan kohteeksi. Uhritutkimukset (Heiskanen & Ruuskanen 2011; Piispa 2011) osoittavat myös alkoholinkäytön ja pahoinpitelyjen määrän kulkevan käsi kädessä. Esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän ikääntyneen sosiaalinen syrjäytyneisyys on johtanut elämänsä varrella lukuisia kertoja väkivaltaan, ja väkivalta sosiaaliseen turvattomuuteen.

Sosiaalinen turvallisuus sekä päihdeongelman ratkaiseminen näyttävät molemmat olevan rationaalisesti mahdottomia. Päihdeongelmista kärsivien ikääntyneiden kanssa käymissäni arjen hallinnan teemakeskusteluissa (2012–2013) turvallisuuskysymykset eivät tunnu huolestuttavan heitä enää. Rationaalisuus ei ole heidän vahvuusalueitaan. Mediamielikuvaltaan yhä turvattommaksi käyvässä maailmassa heidän on pitänyt luottaa vaistoonsa sen suhteen, mitä tulee turvallisuuteen tai sen menettämiseen. Kadulla eläneinä he eivät ole olleet valmiita oitis luopumaan yksilöllisistä oikeuksistaan käyttäen päihteitä yhteisöllisten turvallisuuspäämääri-

en vuoksi. Tottuneena yksilön valinnan vapauteensa päättää omista tekemisistään, arvoistaan ja elämäntavastaan heistä on kasvanut tahtovia, valitsevia ja omien päätöstensä mukaan toimivia.

Teoreettisesti ei pitäisi olla mitään ongelmaa siitä, miten valinnan vapauteen tottuneiden ikääntyneiden sosiaalinen turvallisuus rakentuu suhteessa heidän lähiympäristöönsä. Sosiaaligerontologisten suositusten (Koskinen ym. 1998) mukaan yhteisö tarjoaa kaikkea sitä, mitä ilman päihdeongelmien kanssa kamppailevat ikääntyneet ovat joutuneet elämään. Vanhuustutkimukset osoittavat, että ikääntyneet hyötyvät osallisuudestaan kuulua johonkin yhteisöön tai verkostoon, sillä yhteisö toimii puskurina syrjäytymistä vastaan ja puolustaa yksilön oikeuksia. Jäsenyys vahvistaa heikentynyttä itsearvostusta, itsemääräämisoikeutta ja sosiaalista identiteettiä. Yhteisö toimii tukiverkostona ja auttaa sopeutumaan vanhuuden mukanaan tuomiin haasteisiin. Merkittävää on myös se, että avun pyytämisen kynnyks madaltuu. Pitkäaikaisasunnottomalle ikääntyneelle avun pyytäminen on usein kiusallista, sillä hän on tottunut turvattomuuteensa, kohtaamaan ongelmansa ja selviytymään niistä. Hän tiedostaa herkästi sosiaalisen turvallisuutensa tilanne- ja paikkasidonnaisen luonteen ja tunnistaa turvallisuuden muuttuvan turvattomuudeksi sen mukaan, millaisen arvon ympäristö hänelle sekä hänen elämäntavalleen kulloinkin antaa. Itsellään hänellä on usein kokeneen päihdetyöntekijän sanoin ”vankka vakaumus omasta arvottomuudestaan ja oikeudesta turvalliseen elämään”.

Miten perheyhteydestään vieraantuneen päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän ikääntyneen sosiaalinen turvallisuus rakentuu hänen omassa kodissaan? Voidaanko ylipäätään olettaa, että koti on ollut joskus hänelle korvaamaton, arkeen ja intiimiin perhe-elämään tarkoitettu tila, jossa elämän keskeiset asiat ovat toteutuneet? Kotiin ja perhesuhteisiin on elämän varrella ladattu paljon ja lähisuhteilta on odotettu paljon. Todellisuudessa kotiyhteisön merkitys on kadonnut hänen arjestaan. Suhteet lähio-

maisiin ovat katkenneet. Osallisuudesta on tullut osattomuutta, jota pyritään paikkaamaan alkoholilla ja kotihoidolla.

Dokaamisen diskurssit kotihoidossa

Esimerkkitapauksena voidaan kurkistaa, miten ikääntyneiden asiakkaiden osattomuus on näkynyt Helsingin kaupungin kotihoidossa. Miten työntekijät ovat selviytyneet tehtävästään tukea *kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu?* Vastauksia on löydetty Sininauhaliiton ”Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi” -hankkeen (2005–2011) aikana kotihoitohenkilöstöltä kerätystä aineistosta, jota seuraavaksi käsitellään. Analyysi diskursseista eli puhumisen tavoista antaa viitteitä sosiaalisen turvallisuuden luonteesta, joka rakentuu päihteitä käyttävien ikääntyneiden asiakkuuksissa.

*Pinna on päivästä kiinni, miten jaksaa
niiden örinöitä kuunnella*

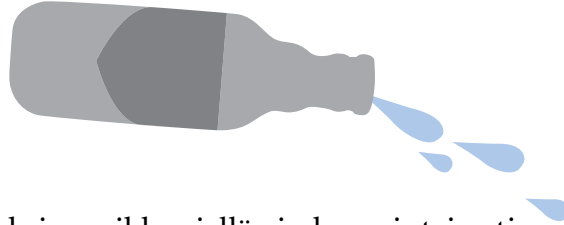
Kotihoidossa ikääntyneiden hallitsemattomaan alkoholinkäyttöön on totuttu, mutta siihen ei ole aiemmin juurikaan puututtu. Terveysthuollossa ongelma on usein ohitettu toteamalla sen kuuluvan sosiaalitoimen alaan. Vasta vakavien elämänhallinnallisten puutteiden takia ongelmallisesti alkoholia käyttävät ikääntyneet ovat ohjautuneet vanhuspalveluiden, sosiaalityön tai kotihoidon asiakkaiksi. Kotihoitotyön taustalla on epärealistinen toive, että asiakas pyrkisi kasvamaan vastuuseen omasta elämästään heti, kun hänen voimavaransa siihen riittävät. Kun toive raitistumisesta ei toteudu, työstä tulee turhauttavaa. Asiakkaan juomista on ollut vaikea ottaa puheeksi, koska hoitajaa *hämmentää ja kenties hieman ahdistaa tavata iäkäs ihminen umpihumalassa*. Tilanne on kestämaton ja voi purkautua periksi antavaan toteamukseen: *Ei tää ongelma mihinkään häviä. Se on hänen oma asiansa. Sillä on paljon muitakin ongelmia kuin alkoholi.*

*Kun humalatila rikkoo hoidon jatkuvuutta,
lääkityksen seuraaminen on lähes mahdotonta*

Työntekijän turhautumista seuraa toivottomuus, *kun asioiden hoitaminen ei asiakasta kiinnosta tai kun asiakas ei kykene itse liikkumaan WC:hen tai vuoteeseen. Itselle tulee toivoton olo, haluaisi auttaa, mutta aina ei kykene*. Emotionaalinen riittämättömyys asiakkaan kohtaamisessa luo turhauttavia tilanteita. *Työn tekeminen on mahdotonta*. Sosiaalinen turvattomuus herää, kun asiakas uhkaa ottaa viinaa ja lääkkeitä. Tilanteenlukutaito ohjaa ennakoimaan turvattomat tilanteet. *Päihtyneet asiakkaat ovat ennalta arvaamattomia. Aina ei tiedä, mitä on vastassa, ja mitä tapahtuu. Kun asiakas on aggressiivinen, joutuu olemaan varuillaan, erityisesti silloin kun ryyppykavereita asunnossa*. Työntekijä on oppinut, että tietyn asiakkaan kohdalla tietyssä tilanteessa mihinkään ei kannata puuttua.

Sosiaaliset tilanteet ovat rankkoja

Hajut kauheat, kielenkäyttö on käsittämätöntä, kyllästyttävää, työntekijä toteaa. Tilanteissa on vaikea olla asiallinen, *hoitotoimenpiteet eivät onnistu, kun asiakas on juomisen takia jalaton, pidätyskyvytön ja aggressiivinen*. Asiakkaan puheet voivat olla seksistisiä ja otteet hoitajaan ”liian lujaa” tarttuvia. Epähygieenisuus ja eritteet ovat tavanomaisia. *Tupakansavun ja marihuanan tuoksun altistamana työntekijä syyllistyy helposti muiden syylistämiseen. Ennen pitkää alkaa ihmetyttää sosiaalityöntekijöiden hyssyttely. Sairaalakotiuttaa entisiä alkoholisteja puutteellisin ohjein. Ja taksikuskikin on ylen avulias ja hakee asiakkaalle viinaa*. Sosiaalisen turvallisuuden ylläpitäminen vie valtavasti resursseja ja teettää ylimääräistä työtä. Asiakkaan todetaan usein olevan kännissä niin hoitokielteinen, että lääkkeitä (ei voi) antaa. Oma asemaa hoitajana pyritään vahvistamaan toteamalla, että *tekee sen mitä pitääkin tehdä – sen pitää riittää. Keinot eivät aina kuitenkaan riitä eikä selviä yksin*. Ei sosiaali- ja terveydenhoidos-



sakaan tarvitse selviytyä yksin, vaikka siellä ei ole perinteisesti opittu ikääntyneen päihdeongelmista kärsivän tavoin pyytämään apua muualta. Sosiaalisesti turvattomiin tilanteisiin voidaan ja pitää kutsua avuksi toinen hoitaja / ambulanssi / poliisi tilanteen vakavuuden tai epämääräisyyden mukaan.

Vaikka piilotissuttelu paljastuisi, silti se kieltää alkoholin käyttönsä

Asiakas on juonut monta vuotta, koti kuin kaatopaikka, ei ymmärrä omaa tilannettaan. Suunniteltu käynnin sisältö jää vajavaiseksi tai kokonaan muuttuu, kun kontakti asiakkaaseen heikkenee. Tilanteen haltuunotto vaatii ymmärrystä siitä, että hän juo ikävänsä omaa miesvainajaansa. Neuvottomana työntekijät saattavat kysyä yhä uudestaan: Kuka on oikea henkilö motivoimaan asiakasta? Miten asiakas pärjää yksin kotona, kun hoitaja lähtee pois? Miten voisin auttaa ja helpottaa tilannetta? Mihin sijoitetaan pariskunta, joka ei tiedosta riippuvuuttaan? Asiakkaan itsemääräämisoikeus tiedostetaan ja todetaan, että ei hoitaja voi ladella sääntöjä, jos toiminta ei suoraan vaaranna ketään. palvelutalossa alkoholin käyttö häiritsee muita asukkaita. Ongelmajuoajat juovat salaa omissa asunnoissaan. Palvelutalot samoin kuin kotihoitokin ovat yhtäältä laitoshoidon vapaampia ja itsenäisempiä, mutta samaan aikaan tarkoin kontrolloituja ja normitettuja tiloja. Ikääntyneiden asukkaiden tai asiakkaiden sekä työntekijöiden on vaikea löytää ristiriitojen tullen paikkansa.

Aluksi vähän pelotti, mutta kun opin tuntemaan asiakkaan, humala ei enää niin paljon häiritse

Asiakas saattaa tulla avaamaan oven vaikka alasti. Onneksi joskus humalatila jää vain epäilyksen asteelle. Työtä tää vaan on. Yksi osa työtä, ei sen kummallisempaa. Uskoisin kokevani ne (päihde) tosiasioina, jotka liittyvät joidenkin ihmisten elämänhallinnan problematiikkaan. Päihteiden käyttö asiakastapaamisessa on triviaali asia, joskus se vain kuuluu asiakkaan elämään. Turvallisiksi koetuissa tilanteissa keskustelen asiakkaan kanssa haittavaikutuksista ja jätän muistilapun, että pitäisi välin viinin jälkeen ja joisi runsaasti vettä lääkkeiden kanssa.

Vaikka puheeksi ottaminen ja alkoholista puhuminen tuo lisää työtä, pitkällä tähtäimellä se helpottaa asiakasta sekä omaa työtä.

Mikä minä olen itseäni paljon vanhemmalle ihmiselle mitään neuvomaan? -asenne ei enää kannu, kun on ammattieettisesti havahtunut ihmisten kohtaamiseen. Enää ei viitsi jättää puutumatta, kun tietää, miten pitää toimia. Vaikka työ kotihoidossa on joskus turhauttavaa, hoitajat toteavat pyrkivänsä estämään sairaalakierteen. Heidän mukaansa katkaisuhuoltoon järjestettiin lähte. Ja omaisten kanssa pyritään sopimaan aika keskustelulle. Pääasia, että tähän panostetaan, mutta miten ilman tiimityötä pärjättiin? Asiakastapaamisiin liittyvän turvattomuuden kerrotaan joissakin tapauksissa olevan tilapäisesti ehkäistävissä, kun asiakaskäynnit sopii ennakoon, silloin asiakkaat ovat useimmiten selvin päin.

Kotihoitohenkilöstön toteamuksista rakentuu todellisuus, jossa sosiaalinen turvallisuus on usein olemassa mutta uhattuna. Asiakkaiden ja työntekijöiden välisten suhteiden turvallisuuden voidaan tulkita rakentuvan kolmesta erilaisesta puhumisen tavasta:

- Ongelmakeskeisestä ja päihtyneet asiakkaat ulkopuolisesti kohtaavasta näkemyksestä, jossa asiakkaat nähdään ensisijaisesti hoitohenkilökunnalle sekä itselleen ongelmia tuottavina. Ongelmakeskeisyys tuottaa sosiaalista turvattomuutta, joka kuormittaa työtä.

- Päihteiden käyttötilanteita myötäilevästä ja emotionaalisesti tilanneherkästä suhtautumisesta, johon liittyy huoli ikääntyneestä asiakkaasta ja hänen ongelmistaan. Päihdeongelmista kärsivä asiakas nähdään ilman hoitoa ja tukea jäävänä ja syrjäytyvänä.

- Realistisesti päihteiden käyttöön suhtautuvasta ja kokonaisvaltaista työnäkyä kuvaavasta puhunnasta, jossa ikääntynyt asiakas nähdään päihdeongelmastaan huolimatta yhteiskunnan erityis-suojelun tarpeessa olevana kansalaisena, jolla on samat oikeudet kuin muillakin.

Sosiaalista turvallisuutta rakentavat puhumisen tavat eivät sulje toisiaan pois, eli ne eivät ole samaan asiakkaaseen kohdistuvia tai saman työntekijän näkemyksiä. Turvallisuus on ajan ja paikan mukaan muuttuva ja siksi monitahoinen ilmiö, jota on vaikea hallita. Kotihoidon ideologian mukaan päihteet kieltävä toiminta on pois suljettu, vaikka se luo työntekijöille turvattomuutta suhteessa ikääntyneeseen asiakkaaseensa. Alkoholi pyrkii paikkaamaan ikääntyneen osattomuutta, jota myös kotihoito pyrkii paikkaamaan. Paikkaamistavat vain näyttävät sulkevan toinen toisensa pois. Näyttää siltä, että kotihoidon työntekijät ovat tottuneet ikääntyneiden asiakkaidensa tavoin sosiaaliseen turvattomuuteen, kohtaamaan työssä eteen tulevat ongelmat ja selviytymään niistä itse. He tiedostavat herkästi sosiaalisen turvallisuutensa tilanne- ja paikkasidonnaisen luonteen ja ennakoivat turvallisuuden muuttuvan turvattomuudeksi sen mukaan, millaisen arvon asiakas kotihoidon työlle kulloinkin antaa. Turhauttavissa ja tur-

vattomissa tilanteissa työn merkitys ja arvo joutuvat koetukselle, sillä avun pyytämisen kynnyks on korkea. Ulkopuoliseen apuun turvaudutaan harvoin. Kotona asuvan moniongelmaisen asiakkaan tukeminen niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu tai halua suoriutua, edellyttääkin kotihoidon työntekijöiltä vankkaa vakaumusta oman työnsä arvokkuudesta ja oikeudesta sosiaaliseen turvallisuuteen.

Sosiaalisen turvallisuuden käytännön hallintaa edesauttavat sopimukset:

- 1 Mikä päihteiden käyttöön liittyvä toiminta tuomitaan häiriönä poistettavaksi, eli mitä ei voida sietää?
- 2 Millä tavoin päihteiden käyttöön liittyvä turvattomuus sitoudutaan kanavoimaan hallittavaksi, eli miten ennakoidaan ja ehkäistään turvattomat tilanteet?
- 3 Mitkä ikääntyneiden päihteiden käyttöön liittyvät epämääräisyydet ovat väistämättömiä ja sellaisina hyväksyttäviä, eli mitä asioita joudutaan käytännön tilanteissa katsomaan läpi sormien?

Ikääntyneiden päihdetyö luontevaksi osaksi päihdetyötä

Sosiaali- ja terveystaloudessa päädytään yhä uudelleen moniammatilliseen, julkisen ja kolmannen sektorin rajat ylittävään yhteistyöhön höystettynä vapaaehtoistyöllä. Ikääntyneiden päihdetyön mieltämistä keskeiseksi osaksi päihdetyötä ja päihdetyön ammattitutkintoa ei voida enää sivuuttaa. Sosiaalisen turvallisuuden takaava vanhus- ja päihdepolitiikka edellyttää sellaista päihdetyötä, jossa otetaan huomioon ikääntyneiden erityistarpeet ja kansalais- ja perusoikeudet.

Sininauhaliiton Ikääntyneiden päihdetyö (IPT) jatkaa hankkeina aloittamaansa sosiaaligerontologisen päihdetyön kehittämistä. Kehittämistyö edellyttää vanhus- ja päihdetyön kumppanuutta sekä teoreettisesti että käytännössä. Yhteistyöt sosiaaligerontologiseen vanhuustutkimukseen omistautuneiden tutkijoiden, käytännössä kypsyneen vanhus- ja päihdetyöntekijöiden sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ikääntyneiden kanssa on välttämätöntä.

Marja-Liisa Laapio

KL

ikäntyneiden päihdetyön koordinaattori

Sininauhaliitto

LÄHTEET

- Ettorre, E. 1997. *Women and Alcohol: From a Private Pleasure to a Public Problem?* Lontoo: The Womens' Press.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Alanko, A. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Hakkarainen, P. 1998. Sosiaalisen ongelman määrittely – sosiaalisen konstruktionismin näkökulma sosiaalisiin ongelmiin. Teoksessa Koskinen, K. (toim.) *Sosiologia karttalehtiä*. Tampere: Vastapaino.
- Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa – miesten kokema väkivalta Suomessa. Helsinki: HEUNI.
- Piispa, M. & Heiskanen, M. 2009. Alkoholin rooli naisten parisuhteessa kokeman väkivallan seurauksena. *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2009, 45–53. Helsinki: THL.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. 1995. Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (toim.) *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat: konstruktionistinen näkökulma*. (9–13) Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. Sarja sosiaalityö; 2.

Koskinen, S. 2007. Ikääntyneiden voimavarat. Luento XIV Valtakunnallisilla Päihdepäivillä (14.9.2007)

Koskinen, S. ym. 1998. *Vanhustyö*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Helsinki: Sininauhaliitto.

Laapio, M-L. 2010. Osattomuudesta osallisuuteen: Ikäeettisen päihdetyön kehittämisprosessi ”Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi” -hankkeessa. Helsinki: Sininauhaliitto.

Noro, A. 2013. *Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus*. Helsinki: THL.

Suhonen, H. 2005. *Elämä on pysähtynyt keinu*. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuuksistaan. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Sulkunen, P. 1981. Märkä sukupolvi, alkoholin kulutus ja alkoholipolitiikka 1980-luvulla. *Alkoholipolitiikka* 46:5, 240–246. Helsinki: Stakes.

Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. *Kansanterveyslaitos Julkaisuja B1/2006*. Helsinki: Kansanterveyslaitos

Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Helsinki: Sininauhaliitto.

Tolvanen, E. 1996a. Kastuuko mummokuva. *Alkoholipolitiikka* 1/1996. Helsinki: Stakes.

Tolvanen, E. 1996b. Sopiiko alkoholi mummokuvaan? *Naistutkimus* 1/1996. Helsinki: Suomen Naistutkimuksen Seura (SUNS).

Tolvanen, E. & Jylhä, M. 1994. Eläkeikäisten alkoholinkäytön yleisyys ja sen muutossuunnat. *Gerontologia* 8 (1): 23–32. Jyväskylä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.

Valkonen, T. & Kauppinen, T. 2005. Märkä ja nuorena nukkuva sukupolvi? Teoksessa Karisto, A. (toim.) *Suuret ikäluokat*. Tampere: Vastapaino

Internetlähteet:

www.hel.fi

www.ikaantyneidenpahdetyo.fi



PELKÄSIN SAAVANI
kielteisen
PÄÄTÖKSEN, KOSKA
CP-VAMMA
VAIKUTTA
HAHMOITAMIS-
KYKYYN.

ONNEKSI JUTTU RATKESI HYVIN
JA PÄÄSIN
KOGNITIIVISEEN KESKUSTELUTERAPIAAN.

KELAN KANSSA
ON SAANUT
SELVITTÄÄ KORVAUS-
ASIOITA ESIM.
KAKSOISTUNTIE-
SUHTEEN. TERAPIA-
MATKAT KORVATAAN
ONNEKSI ERIKSEEN,
MUUTEN matkoja
EI RIITTÄISI
MUUALLA
KÄYMISEEN.

TERAPIASTA ON
OLLUT TOSI PALJON
hyöttyä, VARSINKIN
ALUKSI.

PÄÄSIN OLEN
tyytyväinen
ELÄMÄÄNI!

TOIVOISIN, ETTÄ MINULLA OLISI
ENEMMÄN ystäviä JA
IHMISIÄ YMPÄRILLÄNI,
KAVEREITA JOIDEN
KANSSA VOISI
MENNÄ VAIKKA
leffaam.

OLISI HIENOA,
JOS
OLISI
JOSKUS
VARAA
MENNÄ
teatteriin.

Hyvinvointiani
HALUAISIN
KOSENTAA MYÖS
laihtumalla.

OLEN VÄHÄN
JO LAIH-
NUTKIN JA
VOIN NYT
PAREMMIN.

MONIEN VAMMAISTEN
HYVINVOINTIA RASSAA SE,
ETTÄ ON VAIKEA TULLA
ymmärretyksi. SE AIHEUTAA
EPÄTIETOISUUTTA, EPÄVARMUUTTA
JA nolostumista.

ON VAIKEA LÄHTÄÄ
liikkeelle JA
VAIKEA PYTÄÄ
apua.

KOEN MYÖS
KIUSALLISENA
KEHON
KREMPAT.

RINTASYÖPÄÄN
SAIRASTUMISEN
JÄLKEEN KÄVIN
KERRAN NS.
tavallisessa
VERTAISRYHMÄSSÄ.

EN Viihtynyt, KOSKA SIELLÄ
PUHUTTIIN VAIN kuolemasta
JA ONGELMISTA
— VALITIIN
TYLLIIN
kukkia
HAUDALLE!

EN MYÖSKÄÄN VOINUT
OSALLISTUA KAIKKEEN
pyörätuolin
KANSSA.
JÄIN SIVUUN
JA HILJAISEKSI.
VAIKKA YLENSÄ SAAN SUUNI AUKI.



AMU URHONEN

Vammainen, siis ihminen

Päihdepalvelut toteutetaan paikallisella tasolla. Kaikilla on henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta oikeus saada niitä tarvittaessa. Vammaisten asiakkaiden näkökulma on viime vuosina nostettu entistä paremmin esiin valtakunnallisen tason keskustelussa ja linjauksissa, mutta kunnissa vaihtelevammin. Pahimmillaan tämä on johtanut siihen, että vammaiset ihmiset ovat saattaneet jäädä kokonaan ilman tarvitsemiaan palveluita.

Kunnallinen asiamies

Toimin tämän vuoden alussa muutaman kuukauden Tampereen kaupungin vammais- ja esteettömyysasiamiehen sijaisena. Työ oli erittäin kiinnostava mahdollisuus hyödyntää ja täydentää luottamustoimista ja töistä aiemmin kertynyttä asiantuntemustani.

Kunnallinen vammais- ja esteettömyysasiamies ei ole lakisääteinen virka. Se on yksi syy siihen, miksi asiamiehiä on toistaiseksi vähän. Vammaisasiamiehiä on Espoossa, Vantaalla ja Helsingissä. Esteettömyysasiamiehiä on Espoossa, Helsingissä ja Turussa. Lappeenrannassa ja Laitilassa esteettömyysasiamiesten tehtävät ovat sivutoimisia. Tampereen lisäksi Vaasassa vammais- ja esteettömyysasiamiehen tehtävät on yhdistetty. Asiamiehen virka perustettiin Tampereelle vuonna 2007.

Asiamiehenä työskennellessäni kävi nopeasti selväksi, että tarvetta työlle on runsaasti. Tehtäviini kuului muun muassa rakennussuunnitelmien ja valmiiden kohteiden esteettömyyden edistämistä, yhteistyötä vammaispalvelutoimiston kanssa, selvitysten tekemistä ja vammaisneuvoston sihteerisyys. Neuvoin yksittäisiä vammaisia ihmisiä, mutta en tehnyt heidän puolestaan valituksia tai muuta sellaista. Työtä olisi ollut paljon enemmän kuin ehdin tehdä.

Toinen havaintoni oli, että vammais- ja esteettömyysasiat ovat melko erilaisia. Asiamiehelle on melkoinen vaatimus hallita tekniset esteettömyysasiat yhtä aikaa vammaislainsäädännön kanssa. Itseäni auttoi tässä kohdassa aiemman työhistoriani lisäksi se, että olen naimisissa arkkitehdin kanssa. Molemmilla osa-alueilla olisi varmasti riittänyt tekemistä yhdelle kokonaiselle työntekijälle.

Kolmanneksi päättelin, että asiamiehen toimen pitäisi olla alueellinen. Minulle tuli hyvin paljon viestejä ja puheluita Tampereen lähikunnista, joissa ei ole asiamiestä. Etenkin orivesiläiset, joille kotikunta ostaa vammaispalvelut Tampereen kaupungilta, ajattelivat herkästi, että myös asiamies oli heidän käytettävissään. Periaatteessa minun ei olisi pitänyt lainkaan neuvoa heitä, koska olin töissä nimenomaan Tampereen kaupungilla, mutta en tietenkään evännyt apua keneltäkään. Esteetöntä katu- ja rakennussuunnittelua tarvittaisiin kaikissa alueen kunnissa

Asenteet – ongelmien ongelma

Päihdekysymyksiin törmäsin asiamiehenä toimiessani vain harvoin. Samanlainen kokemus oli Jukka Kaukolalla, jonka sijaisena toimin. On vaikea uskoa tämän johtuvan siitä, että asiamiehen asiantuntemukselle ei olisi tarvetta.

Viime vuosina vammaisten päihdeongelmat ovat nousseet suhteellisen usein esiin alan valtakunnallisessa keskustelussa. On tehty

suosituksia ja ohjeita vammaisten yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi. Palvelujen yhdenvertaista saavutettavuutta edellyttää suomalaisen lainsäädännön lisäksi YK:n vammaisten oikeuksien yleissopimus.

Vammaiselle ihmiselle voi tulla päihdeongelma siinä kuin kenelle tahansa muullekin. Joissakin tapauksissa liiallinen päihteiden käyttö on aiheuttanut vammaisuuden. Päihdeongelmasta kärsivän ihmisen läheinen voi olla vammainen. Saavutettaville palveluille on siis tarvetta. Vieläkin olennaisempaa on, että yhdenvertaisuus on ihmisoikeus. Palvelujen pitää olla kaikkien käytettävissä.

Vammaisten ihmisten ja päihdetyöntekijöiden esiin tuomat kokemukset osoittavat, että puutteita on yhä. On vaikea arvioida ongelmien määrää tarkkaan, koska aiheesta on tehty Suomessa varsin vähän tutkimusta. Yleisistä tilastoista ei voi erottaa vammaisia henkilöitä, koska vammaisuus ei ole meillä hyväksyttävä tilastointiperuste. Esteettömyydessä, yksityisyydensuojan säilyttämisessä ja asenteissa on vielä paljon tekemistä. Ongelmat ovat esteenä oikea-aikaiselle palvelujen saamiselle, ja seuraukset voivat olla kohtalokkaat. Tarvitaan toisaalta esteettömiä yleisiä päihdepalveluja ja toisaalta erityisosaamista.

Liiankin usein kuulee ehdotuksen, että vammaisille voisi järjestää keskitettyjä erityispalveluita. Ratkaisu ei ole kovin käytännöllinen, koska vammaisten ihmisten päihdeongelmat ja palvelutarpeet ovat aivan yhtä moninaisia kuin kaikkien muiden. Ei ole tarkoituksenmukaista erottaa vammaisia ihmisiä muista vain vammaisuuden takia. Erityisosaamista voi ja pitää levittää kaikkiin päihdepalveluihin.

Lähes kaikkien päihdepalveluihin liittyvien ongelmien taustalla on yksi iso ongelma: asenteet. Kysymys ei kuitenkaan ole pahasta tahdosta, vaan ennakkoluuloista, joita vammaisiin ja vammaisuus-



Suomessa on paljon sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneita vammaisia ihmisiä. Heidän ammatillisen ja omakohtaisen kokemuksensa yhdistelmä olisi erittäin arvokasta päihdepalveluissa.

teen liittyy. Useimmiten ne ovat virheellisiä, mutta niin syvällä, ettei niiden olemassaoloa aina edes huomata. Asenteiden muuttaminen on hidasta etenkin paikoissa, joissa on vakiintuneet tavat ja ihmiset, mutta jostain täytyy aloittaa. Avoin ja tuomitsematon keskustelu on paras alku.

Yksi parhaista tavoista muuttaa asenteita on vammaisten ihmisten osallisuus. Suomalaisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa on totuttu pitämään vammaisia ihmisiä tekemisen kohteena, jonka oman parhaan tietää joku muu kuin he itse. Siksi paljon vammaisten ihmisten omaa asiantuntemusta on jäänyt käyttämättä. Vammais- ja esteettömyysasiamiehenä yksi tärkeimmistä tehtävistäni oli edistää vammaisten ihmisten oman äänen kuulumista muun muassa palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Myös päihdealan rekrytointiin kannattaa kiinnittää huomiota: Suomessa on paljon sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneita vammaisia ihmisiä. Heidän ammatillisen ja omakohtaisen kokemuksensa yhdistelmä olisi erittäin arvokasta päihdepalveluissa.

Esteetön, toimiva ympäristö

Esteettömyys on välttämätön edellytys palvelujen saamiselle. Se on itsessään ihmisoikeus. Lisäksi se takaa monien ihmisoikeuksien toteutumisen. Fyysisestä esteettömyydestä on puhuttu jo vuosia, mutta se ei vielä ole toteutunut riittävästi. Edelleen kuulee paljon kokemuksia, joissa ihminen on saanut lähetteen hoitopaikkaan, mutta ei olekaan päässyt sinne sisään.

Fyysisen esteettömyyden lisäksi on huomioitava psyykkinen ja sosiaalinen esteettömyys, jotka osittain liittyvät fyysiseen esteettömyyteen. Psyykkinen esteettömyys tarkoittaa muun muassa tilojen ja toiminnan hahmotettavuutta. Esimerkiksi selvät opasteet tekevät paikasta helpommin hahmotettavan kaikille. Opasteissa on hyvä käyttää kuvia, jotka kaikki voivat ymmärtää kieli- tai

lukutaidosta riippumatta. Kirjallisen materiaalin ymmärrettävyyteen on aina kiinnitettävä huomiota. Tarpeen mukaan voi käyttää erityistä selkokieltä.¹

Sosiaalinen esteettömyys liittyy ennen kaikkea vuorovaikutukseen. Tämän ulottuvuuden merkitys korostuu jatkuvasti, kun tiedonvälitys kehittyy ja monimuotoistuu entisestään. Niin perinteisten kuin verkkopalvelujenkin täytyy olla kaikkien käytettävissä. Oikein hyödynnettynä teknologia voi lisätä tiettyjen ihmisten yhdenvertaisuutta tiedonsaannissa. Esimerkiksi videoiden tekemisen yksinkertaistuminen helpottaa viittomakielisen tiedotusmateriaalin tuottamista.

On erittäin tärkeää sitouttaa kaikki päihdepalveluissa toimivat työntekijät ja vapaaehtoiset esteettömyyteen. Asia on syytä ottaa esiin perehdytyksessä ja täydennyskoulutuksessa. Monet esteettömyysratkaisut toimivat vain, jos niitä käytetään oikein. Inva-wc:n hätäkutsulangasta ei ole pelastajaksi, jos se on aina sidottuna korkealle kattoon. Induktiosilmukka ei välitä puhujan ääntä kuulolaitteeseen, jos ei käytetä mikrofonia, vaikka puhujalla olisi kuinka kova ääni.

Esteettömyys on jatkuva prosessi. Sitä on jatkuvasti seurattava ja kehitettävä yhdessä asiantuntijoiden ja käyttäjien kanssa. Kun perusratkaisut ovat kunnossa, ratkaisujen päivittäminen on helppompaa. On oltava aina valmis muutoksiin asiakkaiden tarpeen mukaan. Tämä on hyvä ottaa huomioon esteettömyyssuunnittelussa valitsemalla heti alussa joustavia ratkaisuja, kuten säädettäviä huonekaluja. Kaikkien työntekijöiden ja vapaaehtoisten on hyvä tietää, millaisia apuvälineitä on olemassa ja mistä niitä tarvittaessa voi ostaa tai lainata. Näin apuvälineen saaminen sujuu joustavasti eikä viivästytä palveluprosessia.

¹ www.papunet.fi

Esteettömyys kannattaa ottaa huomioon rakennetun ympäristön ja palvelujen suunnittelussa alusta alkaen. Silloin se myös toteutuu parhaiten ja tulee edullisimmaksi. Paikalliset esteettömyysasiantuntijat ovat erinomainen apu suunnitteluprosessissa. Vammaisneuvostoissa ja -järjestöissä on hyvää kokemukseen perustuvaa asiantuntemusta, mutta pelkästään sen varaan laskeminen voi johtaa vain osittain hyviin ratkaisuihin. Suositeltavin vaihtoehto on pyytää suunnitteluun ja arviointiin mukaan useita ihmisiä, jotka voivat tuoda työhön erilaisia näkökulmia. Arkkitehdeille ja muille suunnittelijoille on hyvä painottaa esteettömyyden merkitystä, ettei se pääse unohtumaan muiden tekijöiden takia.

Vain pieni osa päihdepalveluista voi aloittaa tyhjältä pöydältä. Useimmiten tilat ovat olleet käytössä jo pidemmän aikaa, ja käytännöt ovat muodostuneet tietynlaisiksi. Osa tiloista on suunniteltu alun alkaen niin huonosti, että tilanteen korjaaminen on haasteellista. Se ei kuitenkaan voi olla peruste päihdepalvelujen ulkopuolelle jättämiselle. Mikäli toimitila on aivan mahdoton, on syytä etsiä toinen tila. Useimmiten se ei ole välttämätöntä, vaan esteettömyysratkaisut voidaan tehdä olemassa oleviin tiloihin. Esteettömyys ei pilaa hienointakaan rakennustaiteellista elämystä, jos ratkaisut valitaan huolellisesti.

Palvelut

Esteettömyys riittää monesti tekemään päihdepalveluista vammaisillekin sopivia. Esimerkiksi pyörätuolinkäyttäjän erilaisuus unohtuu nopeasti, kun ei tarvitse koko ajan ihmetellä, mistä ja miten hän pääsee liikkumaan. Silloin voi keskittyä itse päihdehoitoon.

Kaikki päihdepalvelut on suunniteltava alusta alkaen sellaisiksi, että niissä otetaan huomioon ihmisten moninaisuus. Joskus se ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan erityispalveluja.

Monelle vaikeavammaiselle merkittävä palvelu on henkilökohtainen apu, joka on vammaispalvelulain mukaan vaikeavammaisen subjektiivinen oikeus. Kunnan on myönnettävä sitä tarpeen mukaan. Henkilökohtainen avustaja sekoitetaan vieläkin liian usein hoitajaan, mutta siitä ei ole kysymys. Lain lähtökohtana on, että vammaisen henkilö toimii itse avustajansa työnantajana ja päättää, mitä avustaja tekee. Tämä tarkoittaa, että vammaisen henkilö on itse vastuussa valinnoistaan – myös virheellisistä. Lääketieteelliset toimenpiteet ja kuntoutus ovat eri asia. Avustajan työtehtävät määrittyvät täysin vammaisen henkilön tarpeiden mukaan. On yleistä, että avustaja ei ole joka sekunti vammaisen työnantajansa luona, vaan odottelee esimerkiksi toisessa huoneessa kuuloetäisyydellä tai puhelimen tavoitettavissa. Näin vammaisen ihminen saa halutessaan olla yksin, vaikka tarvitsisi paljonkin apua.

Mikäli henkilö ei jostain syystä kykene toimimaan avustajansa työnantajana, muu järjestämistapa on mahdollinen. Hankala päihdeongelma saattaa aiheuttaa tilanteen, jossa henkilö ei pysty kantamaan vastuuta työnantajajuuteen liittyvistä velvollisuuksista. Se ei kuitenkaan saisi aiheuttaa tilannetta, jossa ihminen jää ilman välttämätöntä apua. Alaikäisten kohdalla on tavallista, että työnantajana toimivat vanhemmat. Tämä on mahdollista aikuisillekin, mikäli perusteet ja sopiva sijaistyonantaja löytyvät. Vammaispalvelulain mukaan henkilökohtainen apu voidaan hankkia myös ostopalveluna tai palvelusetelillä. Tällöinkin vammaisen ihminen saa itse määrätä avustajan työtehtävät.

Tulkkipalvelut ovat välttämättömiä muun muassa puhe- ja kuulovammaisille sekä kuuroille. Tulkki turvaa asioiden ymmärrykseen tulemisen keskustelun kaikille osapuolille. Ehkä tunnetuin tulkkipalvelu on viittomakielen tulkki, joka tittelinsä mukaisesti tulkkaa viittomakielelle tai viittomakieleltä. Kirjoitustulkit kirjoittavat kaiken sanotun kuulovammaisen asiakkaansa nähtä-

ville. Puheen tulkki välittää puhevammaisen sanat. Puhetulkki on tulkeista huonoiten tunnettu, joten edes sitä tarvitsevat eivät välttämättä osaa hakea sitä. Tulkin lisäksi kommunikaatiossa voi käyttää erilaisia kommunikaation apuvälineitä.

Henkilökohtaista avustajaa tai tulkkia tarvitsevat henkilöt kohtaavat usein tilanteita, joissa puhutaan heidän sijastaan avustajalle tai tulkille. Se on loukkaavaa ja alentavaa. On erittäin tärkeitä, että vammaista ihmistä ei ohiteta, vaan puhutaan nimenomaan hänelle. Hän on tapahtuman päähenkilö ja tekee kaikki itseään koskevat päätökset itse. Tulkin tai avustajan mahdollisesta ulkopuolisuuden tunteesta ei tarvitse olla huolissaan. Hän on kyllä tottunut asemaansa taustalla.

Kuljetuspalveluita tarvitaan päihdepalveluihin pääsemiseksi. Kela korvaa terveydenhuollon ja kuntoutuksen matkat, ja kunta huolehtii virkistys-, asiointi-, työ- ja opiskelumatkoista vammais- palvelulain nojalla. Lain mukaan kunnan tulee myöntää virkistys- ja asiointimatkoja yksilöllisen tarpeen mukaan, mutta käytännössä monet kunnat pitävät laissa säädettyä vähimmäismäärää enimmäismääränä. Tämä määrä on 18 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa. Se on kaksi alle kaksi edestakaista matkaa viikossa.

Päihdepalveluihin osallistuminen vaatii kunnan maksamia kuljetus- palveluja silloin, kun kysymys ei ole varsinaisesti terveydenhoidosta tai kuntoutuksesta. Esimerkiksi vertaistukiryhmässä käyminen voi olla tällainen meno. Matkojen vähäisyys voi tulla tässä ongelmaksi, koska samoilla matkamäärillä pitäisi hoitaa muitakin asioita. Päihdeongelmasta parantuminen ja toipuminen eivät saa olla kiinni siitä, että kunta pihistelee palveluista, joiden tarjoaminen kuuluu sen velvollisuuksiin. Päihdepalvelujen työntekijät voivat auttaa lisämatkojen saamisessa esimerkiksi kirjoittamalla asiakkaalle lausunnon niiden välttämättömyydestä.

Laitoskuntoutusjaksolla on huolehdittava, että vammaisen henkilö saa tarvitsemansa kuntoutuksen, esimerkiksi fysio- tai toimintaterapiaa.

Palvelut täytyy järjestää niin, että vammaisen henkilön normaalit oikeudet toteutuvat. Valitettavasti näin ei aina käy, koska asiaa ei huomioida palveluja suunniteltaessa. Tyypillisesti muun muassa vammaisten ihmisten yksityisyys on palvelujen järjestämistavan takia jatkuvasti vaarassa. Keskitetyissä asumispalveluissa vammaisen ihmisen yksityisasiat saattavat levitä. Kysymys on useammin ajattelemattomuudesta kuin tahallisesta tietojen levittelemisestä. Monessa kunnassa kuljetuspalvelukyytejä on alettu yhdistellä. Useimmiten säännöt sallivat yksin matkustamisen esimerkiksi silloin, kun on menossa päihdehuollon toimipisteeseen, mutta päihdeongelmasta kertominen tilauksen tekemisen yhteydessä voi olla este avun hakemiselle.

Asiantuntemus

Vammaisuuden asiantuntemusta tarvitaan päihdepalveluissa nykyistä enemmän. Päihdeongelmat saattavat jäädä havaitsematta, koska niiden oireet pannaan vamman piikkiin. Voi esimerkiksi olla vaikeaa päätellä, onko horjuvan kävelyn syynä liika alkoholi- linkäyttö vai tasapaino-ongelmat. Tällöin apu jää saamatta tai on vääränlaista.

Keskeisiä ammattiasiantuntijoita löytyy ainakin lääkäreistä, fysio-, psyko- ja toimintaterapeuteista sekä sosiaalityöntekijöistä. Heidän asiantuntemustaan vammaisuudesta on hyvä yhdistää päihde- alan ammattilaisten osaamiseen. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kokonaisvaltaisen hoidon. Siinä piilee kuitenkin se vaara, että ammatillaiset puhuvat vammaisen ihmisen yli. Näin



Vammainen ihminen on aina oman elämänsä paras asiantuntija. Hänen oman tahtonsa selvittämiseen on panostettava silloinkin, kun se vie aikaa ja vaivaa.

käy helposti erityisesti silloin, kun ihmisellä on kommunikaatioon liittyviä ongelmia. Vammainen ihminen on aina oman elämänsä paras asiantuntija. Hänen oman tahtonsa selvittämiseen on panostettava silloinkin, kun se vie aikaa ja vaivaa. Esimerkiksi kommunikaatioon on olemassa runsaasti apuvälineitä ja muita tukimuotoja. Asiakaslähtöisyys parantaa päihdetyön onnistumisen mahdollisuuksia.

Omassa lapsuudessani 1980-luvulla ammatilliset vammaisuuden asiantuntijat tuntuivat pitävän tehtävänään sitä, että vammaisesta tehdään mahdollisimman normaali. Se johti ennen kaikkea häpeään ja riittämättömyyden tunteeseen liian monen kohdalla. Tästä ajattelutavasta on pääosin luovuttu, mutta sitä tapaa valitettavasti edelleen. Parempi lähtökohta olisi, että asiantuntijoiden tehtävänä on yhdessä vammaisen henkilön kanssa löytää toimintatavat, jotka sopivat juuri hänelle. Jotkin niistä ehkä poikkeavat voimakkaastikin normista, mutta pääasia on että ne toimivat ja tuntuvat hyviltä.

Joskus puhe asiantuntemuksen puutteesta on tekosyy, joka esittää kun vammaisuus pelottaa. Siihen vedotaan, kun vammaista henkilöä ei haluta ottaa asiakkaaksi tai osallistujaksi. Kannattaa kuitenkin muistaa, että vammaisuus ei läheskään aina tarkoita päihdehuoltoon liittyviä erityistarpeita. Monet erityistarpeet ovat sellaisia, että niiden toteuttaminen ei vaadi muuta kuin hieman viitseliäisyyttä ja tavallista järjenkäyttöä. Esimerkiksi kuulovammaiselle voi olla hyötyä siitä, että puhutaan mikrofooniin. Siihen ei tarvita täydennyskoulutuskurssia, puhumattakaan erityispedagogiikan maisterin tutkinnosta. Välttämättä edes aikaa ei tarvita yhtään enempää kuin muutenkaan. Asiasta voi puhua avoimesti. Yleensä vammainen ihminen osaa itse kertoa omista erityistarpeistaan, esimerkiksi avustamisesta tai opastamisesta.

Lopuksi

Päihdehuollon palvelujen on oltava yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Vammaisten ihmisten kohdalla yhdenvertaisuusperiaatteen toteutuminen vaatii joskus – mutta ei aina – erityisiä toimenpiteitä. Ne voivat olla esteettömyysratkaisuja tai palveluita. Olennaista on asenne, joka kunnioittaa ihmisten moninaisuutta.

Päihdepalvelujen järjestämisestä vastuussa ovat pääosin kunnat. Niiden on otettava vammaisnäkökulma järjestelmällisesti huomioon päihdepalveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa. Kunnalliset vammaisneuvostot ja vammaisasiamiehet voivat olla tässä suureksi avuksi. Heidät pitäisi ottaa nykyistä paremmin mukaan.

Vammaisten kokemuksia päihdehuollon palveluista ja niiden käytön esteistä pitäisi tutkia tähänastista enemmän. Näin saisimme tärkeää tietoa siitä, miten palveluista voisi tehdä tästä näkökulmasta entistä parempia.

Amu Urhonen

TK
puheenjohtaja
Kynnys ry

SIRPA PÖLLÖNEN

Ammatillisuus vammaisen päihdeasiakkaan kohtaamisessa

Ammatillisuus perustuu sosiaali- ja terveysalan työtehtävissä opiskelun kautta hankittuun teoreettiseen tietoon sekä käytännön harjoitteluissa ja työelämässä saatuun työkokemukseen. Näistä muodostuu alan ammattitaito, joka kehittyy ammatillisuudeksi. Oman elämän kokemukset ja niiden reflektointi eli tavoitteellinen pohdinta luovat sosiaali- ja terveysalan työntekijöille arvokasta kokemusasiantuntijuutta, joka on tärkeää asiakkaan kohtaamisessa ja ammatillisuuden ymmärtämisessä.

Suomalainen ammatillinen koulutus on erittäin laadukasta ja arvostettua. Suomeen tulee sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita eri puolilta maailmaa juuri hyvän koulutuksen vuoksi. Viimeisen 20 vuoden aikana ammatillisen koulutuksen muutokset ovat olleet voimakkaita. Suomalaisen ammatillisen koulutusjärjestelmän yhdenmukaistaminen muiden EU-maiden koulutusten ja pätevyysien kanssa on muuttanut voimakkaasti koulutus- ja tutkintojärjestelmää. Aikaisemmin hyvinkin kapea-alaiset ja erikoistuneet tutkinnot ovat muuttuneet laaja-alaisiksi ja moniammatillinen osaaminen on arvossaan.

Koulutuksen muutokset vuosikymmenten varrella näyttäytyvät arjessa ja käytännöissä. Oma ensimmäinen tutkintoni on vuodelta 1977, jolloin valmistuin farmanomiksi Keski-Suomen keskusammattikoulusta. Tuolloin farmanomin tehtävät apteekkityössä oli hyvin tarkkaan määritelty. Sain apteekissa tehdä kaikkea sitä, mitä yliopistosta valmistuneet farmaseutit ja proviisoritkin, paitsi en itsenäisesti valmistaa lääkkeitä tai voiteita enkä myöskään luovuttaa reseptilääkkeitä asiakkaalle. Siihen aikaan suurissa apteekeissa tarvittiin seitsemän eri työntekijää yhden reseptin käsittelyyn. Reseptin kulku apteekissa oli seuraava: vastaanotto, kirjaaminen, hinnoittelu, lääkkeen valmistaminen tai keräily, ohjeiden kirjoittaminen, tarkistaminen eli kollaasi ja lopulta lääkkeen luovuttaminen asiakkaalle. Tätä monivaiheista ja monen työntekijän panosta vaativaa toimintaa perusteltiin silloin lääketurvallisuuden takaamisella ja virhemahdollisuuden minimoinnilla. Ajat ovat muuttuneet, sillä apteekista reseptilääkkeeni hakiessani minua palvelee vain yksi ainoa ihminen. Hän suorittaa kaikki nämä samat työvaiheet istuessani siinä hänen edessään. Tämä on yksi esimerkki ammatillisuuden muutoksesta Suomessa.

Toinen esimerkkini on vähän tuoreempi. Aloitin sosionomin opinnot vuonna 1996 ammattikorkeakoulussa, ensimmäisten joukossa Suomessa. Opintojen aikana teimme tutustumiskäyntejä erilaisiin hoitopaikkoihin. Vierailimme useissa päihdehoitopaikoissa, joissa me opiskelijat kyselimme mahdollisia kesätyöpaikkoja itsellemme. Saimme kuulla, että sosionomiopiskelija ei voi toimia päihdetyössä ennen valmistumistaan. Epäpäteviä ei voida ottaa edes kesälomien ajalle sijaisiksi. Niin ehdotonta pätevyys silloin oli. Pätevyudet ja tehtävät ovat myös muuttuneet voimakkaasti koulutusjärjestelmässä tapahtuneiden muutosten vuoksi. Tällä hetkellä suurin osa päihdetyössä toimivista työntekijöistä on joko lähihoitajia tai päihdetyön ammattitutkinnon suorittaneita.

Lähihoitaja päihdetyön osaajana

Viime vuodet olen toiminut ammatillisten aineiden opettajana lähihoitajakoulutuksissa ja opettanut yhteiskunnallisia aineita, kasvatusaineita, sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyttä sekä päihde- ja mielenterveystyöhön suuntautuvia opiskelijoita. Lisäksi olen opettanut päihdetyön ammattitutkinto-opiskelijoita useissa koulutuksissa ja toiminut näytön vastaanottajana päihdetyön ammattitutkinnon tutkintotilaisuuksissa. Mielestäni päihdetyön ammattitutkinto on ottanut hyvin paikkansa päihdetyössä, ja se varmistaa opiskelijoiden päihdetyön osaamisen erilaisista koulutustaustoista huolimatta. Muutamat päihdetyön ammattitutkinnon suorittaneista opiskelijoista ovat olleet myös entisiä päihteiden käyttäjiä. He ovat päihdealan ammattilaisia ja sen lisäksi myös päihdealan kokemusasiantuntijoita, mikä antaa heille usein paremmat mahdollisuudet asiakkaan kohtaamiseen ja ymmärtämiseen ammatillisessa päihdetyössä. Lähihoitajat ovat suurin ammattiryhmä päihdetyössä, ja päihdetyön ammattitutkinto soveltuu hyvin myös heille päihdetyön osaamisen kehittämiseen. Päihdetyön ammattitutkinnon suorittaminen edellyttää alan peruskoulutusta tai sitä vastaavia tietoja ja taitoja sekä työkokemusta.

Lähihoitajakoulutuksen muutokset 2000-luvun alussa olivat haasteelliset ja epäilijöitä riitti. Jälkiviisaana voidaan sanoa, että tutkintomuutos oli hyvin tarpeellinen ja onnistunut. Lähihoitajat työllistyvät hyvin ja erityisesti päihde- ja mielenterveystyön osaamisalueeseen valitsevat työllistyvät jopa erittäin hyvin. Vammaispuolen osaamisalueelle ei ole aivan yhtä suurta kiinnostusta kuin muille osaamisalueille.

Vammaistyö on vaativaa ja haasteellista, usein myös kolmivuorotyötä ja fyysisesti raskasta. Lähihoitajan koulutuksessa vammaistyön osaamisalueeseen valinneet lähihoitajat eivät välttämättä

ole opiskelleet mielenterveys- ja päihdetyön opintoja lainkaan. Vastaavasti mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalueen valinneet lähihoitajat eivät ole opiskelleet vammaisalan opintoja. Tämä on koulutuksellinen haaste, johon voidaan vastata järjestämällä lisä- ja täydennyskoulutusta niin mielenterveys- ja päihdealan kuin vammaisalan työntekijöille.

Esteettömyys elinikäisen oppimisen avaintaitoihin

Lähihoitajan eli sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteet on vahvistettu 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon tavoitteissa on kuvattu mm. seuraavasti: lähihoitaja työskentelee ihmisten kanssa ja heitä varten. Hän osaa avustaa ja ohjata asiakasta ja potilasta voimavaralähtöisesti, yksilöllisesti ja tasavertaisesti arjen tilanteissa. Lähihoitajan tutkinnon perusteissa on kuvaus myös elinikäisen oppimisen avaintaidoista. Näitä taitoja ovat seuraavat:

- oppiminen ja ongelmanratkaisu
- vuorovaikutus ja yhteistyö
- ammattietiikka
- terveys, turvallisuus ja toimintakyky
- aloitekyky ja yrittäjyys
- kestävä kehitys
- estetiikka

Estetiikka on kuvattu niin, että opiskelija ottaa toiminnassaan huomioon oman alansa esteettiset tekijät. Hän edistää ja ylläpitää työympäristönsä viihtyisyyttä ja muuta esteettisyyttä. On hyvä, että asiakastilat ja lähihoitajan työympäristö ovat viihtyisiä ja kauniita katsoa, jos asiakas näkee ne. Ainakin yhtä tärkeää on se, että asiakas myös saa tarvitsemansa palvelut ja että hän pääsee palvelujen piiriin esteettömästi. Esteettömyys on hyvin



monimuotoinen käsite. Se tarkoittaa tilojen esteettömyyttä, aistiympäristön esteettömyyttä, sosiaalista esteettömyyttä, taloudellista esteettömyyttä tai asenteellista esteettömyyttä. Elinikäisen oppimisen avaintaitoihin olisi erittäin tärkeää ottaa mukaan myös esteettömyys, siinä missä kestävä kehitys ja estetiikkakin.

Päihdepalvelujen esteettömyydessä on vielä paljon kehitettävää. Vammainen päihdeasiakas voi pahimmassa tapauksessa joutua kohtaamaan kaikki edellä mainitut esteet hakeutessaan päihdehoitoon. Päihdehoitopaikan fyysiset tilat voivat olla esteelliset. Hoidossa käytettävä materiaali ei ehkä ole hänelle saavutettavassa muodossa (pistekirjoitus, äänite tai selkokieli). Opasteet hoitopaikkaan voivat olla puutteelliset. Asiakas voi tulla torjutuksi avuntarpeensa vuoksi, kuten esimerkiksi silloin, kun henkilökohtaista avustajaa ei voida ottaa mukaan hoitoon, vaikka se olisi välttämätöntä asiakkaan arjessa.

Toisinaan vammaisen ihmisen päihdeongelmaa vähätellään, eikä hoitoa pidetä tarpeellisenä, vaikka asiakas itse kokee tarpeen ja hakeutuu päihdehoitoon. Maksusitoumuksen tai lähetteen saaminen päihdehoitoon voi olla vammaiselle vaikeaa. Päihdehoitopaikan henkilökunta ei myöskään aina halua, uskalla tai osaa suhtautua avoimesti vammaiseen ihmiseen ja hänen päihdeongelmaansa.

Ammatillisuus ja esteettömyys

Esteettömyyden kehittäminen tulee olla osa sosiaali- ja terveysalan opintoja ja elinikäisen oppimisen taitoja. On hyvä muistaa, että esteettömyys on ihmisoikeus ja vammaisilla henkilöillä on oikeus saada samantasoisia palveluja kuin kenellä tahansa ihmisellä. Esteetöntä ammatillisuutta voidaan kehittää myös työpaikkojen omissa henkilöstökoulutuksissa sekä lisä- ja täydennyskoulutuksissa. Esteetöntä ammatillisuutta voidaan kehittää vuorovaikutuksen, tiedotuksen ja koulutuksen avulla. Lähihoitajan eettiset ohjeet antavat hyvät lähtökohdat esteettömän ammatillisuuden kehittämiseen.

Lähihoitajan eettiset periaatteet ovat

- ihmisarvon kunnioittaminen
- itsemääräämisoikeus
- oikeudenmukaisuus
- tasa-arvo
- vastuullisuus
- yhteisöllisyys

Näiden eettisten periaatteiden lisäksi tarvitaan tietoja ja taitoja esteettömyydestä, erilaisesta vammaisuudesta, mielenterveydestä, päihhteistä ja riippuvuuksista, syrjäytymisestä, vertaistuesta ja hoitoon ohjauksesta. Palveluntuottajien ja heidän työntekijöidensä keskinäinen vuoropuhelu sekä tiedon ja osaamisen jakaminen esteettömyydestä on kaikkien yhteinen etu.

Esteettömyyden kehittäminen työelämässä

Vammaisalan sekä mielenterveys- ja päihdepuolen työntekijöiden välille tarvitaan yhteistyötä ja oman ammatillisen osaamisen jakamista. Yhteistyössä ja konsultoiden voidaan tehdä palveluista saavutettavia, niin että palvelut soveltuvat kaikille. Näin autetaan parhaiten esteettömyyden kehittymistä ja autetaan vammaisia henkilöitä pääsemään tarvitsemiensa päihdepalvelujen piiriin.

Emppa eli esteetön mielenterveys- ja päihdetyö edistää saavutettavia ja esteettömiä palveluja osana Sininauhaliiton toimintaa. Emppa tekee mielellään kehittämis- ja koulutusyhteistyötä, tuottaa selkomateriaalia, tekee yhteistyötä esteettömyyden parantamiseksi sekä laatii yhdessä asiakkaiden sekä sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa päihdesuunnitelmia.

Sirpa Pöllönen

sosionomi YAMK

esteettömän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori
sosiaali- ja terveysalan kouluttaja
Sininauhaliitto

ULLA-MARI KARHU



Toimiva arki kaikille

Toimiva arki on nostettu keskeiseksi maakunnallisessa suunnittelussa parhaillaan valmistelussa olevassa Uusimaa-ohjelmassa. Uusimaa-ohjelma sisältää Uudenmaan pitkän aikavälin vision ja strategian – peräti vuoteen 2040 saakka – sekä kehittämisen strategiset valinnat lähivuosiksi. Nämä valinnat muodostavat kokonaisuuksia, joiden avulla edetään kohti tärkeimmiksi nostettuja tavoitteita. Uusimaa-ohjelman valmistelun kuluessa on noussut esiin kolme strategista valintaa:

- 1) kasvun mahdollisuudet tähtäävät alueen kilpailukyvyn lisäämiseen
- 2) toimiva arki tavoittelee asukkaiden hyvinvoinnin kohentumista
- 3) kestävä luonnontalous parantaa ympäristön tilaa ja vie eteenpäin kestäviä valintoja.

Toimiva arki on kaikkien uusimaalaisten hyvinvoinnin kannalta tavoittelemisen arvoista. Teeman käsittelyssä ei ole erityisesti painotettu vammaisten näkökulmaa, koska toimivan arjen tavoitteet ovat kaikille asukkaille yhteiset.

Toimiva arki lyhyesti

Toimivan arjen perusedellytykset liittyvät kaikilla ihmisillä liikkumiseen, asumiseen, elinympäristöön, työhön ja toimeentuloon sekä yhteisöllisyyteen. Yhdyskuntien suunnittelun tärkeimpiä tavoitteita on turvallinen, sujuva, tasa-arvoinen ja kestävä kehityksen mukainen liikkuminen. Viihtyisä, kohtuuhintainen ja elämäntilanteeseen sopiva asunto on tärkeä kaikille. Uudellemaalle suuntautuva muuttoliike tarkoittaa, että myös sinne muuttavien asunnontarpeet on huomioitava.

Arkipäivä koetaan paljolti työn ja osallisuuden kautta. Ammatti, työ ja mielekäs tekeminen ovat erittäin arkisia asioita. Niiden kautta ihminen elättää itsensä ja toteuttaa itseään. Työn parissa kuluu suuri osa ajasta, ja työn kautta ihminen määrittelee paikkansa yhteisössä. Arki ei ole vain työtä, joten työn ja perhe-elämän tai työn ja muun elämän yhteensovittaminen on toimivan arjen avainkysymyksiä. Työhön, harrastustoimintaan, ajankäyttöön ja liikkumiseen on löydettävä joustavia, erilaisiin elämänvaiheisiin sopivia ratkaisuja.

Uusimaa-ohjelmassa painotetaan osallisuutta, sillä maakunnan sosiaalinen eheys on hyvinvointiin ratkaisevasti vaikuttava tekijä. Tärkeimmät mahdollisuudet liittyvät nuorten osallistumismahdollisuuksien lisäämiseen, maahanmuuttajien kotoutumiseen sekä paikallisen toiminnan aktivoimiseen. Syrjäytymiskehityksen ehkäisemisessä työelämän uudistaminen on tärkeää. Osallistumismahdollisuuksien lisääminen vammaisille, erityisesti nuorille, on ensiarvoista.

Arki sujuu, kun turvalliseen liikkumiseen on vaihtoehtoisia tapoja eikä liikkumiseen kulu kohtuuttomasti aikaa. Yhdyskuntasuunnittelun tärkeä tavoite on vähän ympäristöhaittoja aiheuttava ja eri väestöryhmien kannalta tasa-arvoinen liikkuminen. Tiiviissä yhdyskuntarakenteessa nämä tavoitteet toteutuvat parhaiten. Tiiviys mahdollistaa myös yksityisten lähipalvelujen syntymisen ja julkisten palveluiden tehokkaan järjestämisen. Tällöin asiointi pyöräillen, kävellen tai apuvälineiden avulla on mahdollista.

Kaikki eivät voi tai halua asua tiiviissä yhdyskunnassa, mutta myös maaseutualueilla kyläasutuksen vahvistuminen tukee kuljetusten järjestämistä ja lähipalveluiden säilyttämistä. Toimivat liikennejärjestelmät, liikenteen sujuvuus ja jopa turhan liikenteen vähentäminen voivat parantaa arkea.

Uusimaa on Suomen kansainvälisin, monikulttuurisin ja voimakkaaimmin kasvava alue. Sen väestönkasvu on suurelta osin maahanmuuton ansiota. Kasvu ja kulttuurinen monipuolistuminen muuttavat uusimaalaista ilmettä tulevina vuosikymmeninä. Maahanmuuttokeskustelussa todetaan usein, kuinka tärkeää talouden kasvun ja yhteiskunnan toimivuuden kannalta on saada kaikki väestöryhmät mukaan yhteiskunnan toimintaan. Ei pidä unohtaa, että sama tavoite pätee myös vammaisiin. Monimuotoisuus ja monikulttuurisuus ovat laajoja käsitteitä ja valtavia mahdollisuuksia kaikille uusimaalaisille.

Lukija voi kummeksua, missä ovat maininnat palveluista, vammaispalveluista tai räätälöidyistä palveluista. Arjen tavoitteet asumisesta, liikkumisesta, työstä ja osallisuudesta ovat samat kaikille. Vanhukset, lapsiperheet, nuoret, maahanmuuttajat, vammaiset ja muut erityisryhmät tavoittelevat hyvää asumista, turvallista ja viihtyisää ympäristöä, työtä ja osallisuutta. Palvelut eivät ole päämäärä sinänsä, vaan ne ovat välillinen keino matkalla hyvään arkeen.



Viisas ja sujuva liikkuminen

Toimiva joukkoliikenne on monien erilaisten järjestelmien mutkikkaan yhteistoiminnan tulos.

Tarvitaan joukkoliikenteen informaatiojärjestelmiä, yhtenäisiä maksu- ja lippujärjestelmiä sekä matkaketjuajattelua esimerkiksi liityntäpysäköinnin ja vaihtoyhteyksien osalta. Olennaista on eri järjestelmien yhteensopivuus ja asiakkaan näkökulman huomioiminen.

Uudenmaan väestömäärä ja työpaikkojen määrä kasvavat. Joukkoliikenteen lisäksi kasvu synnyttää teiden kehittämisen ja ylläpidon tarpeen turvallisen ja sujuvan liikenteen takaamiseksi. Liikenneväylien kunnossapito ja korjaus, kuten teiden päällysteiden ja siltojen peruskorjaukset, ovat kalliita, mutta välttämättömiä.

Liikenteen siirtäminen raiteille on suuri tavoite, mutta myös linja-autoliikenteen sujuvuuteen on kiinnitettävä huomiota erityisesti niillä suunnilla, joilla ei ole raideliikennettä.

Uusimaalaiset käyttävät paljon aikaa liikenteessä. Kaikki liikkuminen ei kenties ole viisasta, joten hyvän arjen tehokkaaseen hallintaan kuuluu myös lähityön ja lähipalveluiden kehittäminen.

Viihtyisä asuminen ja elinympäristö

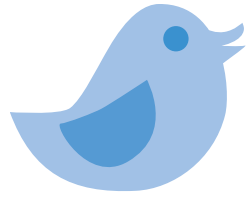
Uudenmaan väestönkasvu ylläpitää asuntorakentamisen tarvetta erityisesti pääkaupunkiseudulla ja kehyskunnissa. Kuntien tehtävä asuntopolitiikassa vaihtelee Uudellamaalla alueellisesti paljon.

Muuttoliike kehyskuntiin on valikoivaa. Niihin muuttaa paljon työllisiä, suhteellisen hyvin koulutettuja ja pääosin keskituloisia asukkaita. Lapsiperheet suosivat kehyskuntia, mutta ulkomaalaistaustaisten asukkaiden määrä on pääkaupunkiseudun ulkopuolella vielä suhteellisen vähäinen. Yksinasuvien määrä kasvaa myös kehyskunnissa.

Uusimaa tarvitsee lisää erilaisiin elämäntilanteisiin sopivia, viihtyisiä, kohtuuhintaisia ja sijainniltaan hyviä asuntoja. Ikääntyvä väestö tarvitsee mahdollisuuden asua kotona toimintakyvyn heikentyessään. Lapsiperheet toivovat tilaa ja turvallista ympäristöä. Yhden hengen taloudet tarvitsevat tilanteeseensa sopivia asuntoja.

Vammaisten asumiseen liittyvät keskeisesti kotiin saatavat palvelut. Palveluiden saatavuus on useimmiten kunnan vastuulla. Yksilölliset tarpeet huomioiva asumisratkaisu kuuluu jokaiselle toimintakykyyn katsomatta. Sanomattakin on selvää, että viihtyisä, kohtuuhintainen ja sijainniltaan hyvä asunto on osa myös vammaisen toimivaa arkea.

Eri elämäntilanteessa olevien ryhmien toiveiden lisäksi Uudellamaalla tarvitaan yhteistä näkemystä maankäyttöpolitiikasta niin, että alueiden erot eivät kasva jatkossa. Asuntotuotannon edellytysten lisäksi on huolehdittava asuin ympäristön laadusta ja luonnon monimuotoisuuden säilymisestä. Viheralueet lisäävät asukkaiden virkistymismahdollisuuksia ja hyvinvointia monella tavalla. Virkistysalueet lisäävät asuinalueiden houkuttelevuutta. Erityisesti arvokkaat kulttuuriympäristöt ovat tärkeitä identiteettitekijöitä, ja ne vahvistavat suhdetta elinympäristöön.



Hyvää työtä



Uudenmaan hyvinvointi riippuu siitä, kuinka paljon tehdään työtä. Työ luo hyvinvointia alueelle ja ihmisille. On tärkeää, että työntekijöillä on työelämässä tarvittavaa osaamista ja että ihmisiä koulutetaan aloille, joilla on työllistymismahdollisuuksia. Työelämän pitää kuitenkin myös joustaa. Ajatukseen opiskelun, työn ja vapaa-ajan yhteensovittamisesta on jo totuttu. Työtä on voitava myös räätälöidä työntekijän voimien ja tarpeiden mukaan.

Työllä luodaan vaurautta ja hyvinvointia, mutta työ on myös parasta sosiaaliturvaa. Tämä monimerkityksinen ilmaus kertoo, että palkkatyö tuo paremman ansiotulon kuin mihin kattavinkaan sosiaalietuus pystyy. Työllisyysasteen nostaminen on tärkein keino köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämisessä myös vammaisten kohdalla. Lisäksi ihminen saa työn kautta merkityksen arjelleen ja pääsee osaksi yhteisöä. Työn merkitystä on todella vaikea korvata vain hyvinvointipalveluja lisäämällä. Työelämän on muututtava niin, että mukaan pääsevät kaikki omilla voimillaan ja kyvyillään.

Työikäisen väestön määrä vähenee Suomessa suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle. Uudenmaan kehitys poikkeaa tästä trendistä erityisesti maahanmuuton ansiosta. Ikääntyvä väestö yhdistettynä väestön kasvuun tarkoittaa lisääntyvää palveluiden – erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden – kysyntää. Toisaalta kysyntä parantaa työllisyysnäkymiä, mikä on alueen kannalta toivottavaa.

Maahanmuutto ja kotoutuminen

Maahanmuutto nähdään myönteisenä sekä tulijalle että suomalaiselle yhteiskunnalle. Uusimaa on valmis ottamaan vastaan osaavaa työvoimaa ja yrittäjiä aikovia maahanmuuttajia ja valmis myös kantamaan vastuunsa Suomeen tulevista pakolaisista. Tärkeää on maahanmuuttajien neuvonta ja koulutus sekä työvoiman kysynnän ja tarjonnan parempi kohtaaminen.

Maahanmuuttajille halutaan tarjota kielikoulutusta ja muuta kotoutumiskoulutusta. Kunkin tulijan tilanne huomioidaan ja hänelle tarjotaan oikea-aikaista ja sopivan tasoista kielenopetusta ja täydennyskoulutusta, joka vastaa hänen tarpeitaan ja osaamistaan. Onnistunut kotoutuminen on kaksisuuntaista. Maahanmuuttajat tulevat osaksi suomalaista yhteiskuntaa, ja yhteiskunta muuttuu monikulttuurisemmaksi.

Maahanmuutto ei ole pelkästään kilpailukyky- tai työvoimakysymys. Suomi ja Uusimaa ovat aidosti muuttumassa monikulttuurisiksi. Meille on syntymässä uusi erityisryhmä, joka hakee tasaveroista paikkaansa ja osallisuutta yhteiskunnassa. Nämä vaatimukset voivat vammaisista kuulostaa tutuilta, sillä vammaiset ja vammaisjärjestöt ovat tehneet valtavan työn tasa-arvon, osallistumismahdollisuuksien ja kuulluksi tulemisen eteen viime vuosikymmeninä. Lainsäädäntö ja asenteet ovat muuttuneet erilaisuutta ymmärtäväksi ja jopa arvostavaksi. Voisiko ajatella, että vammaisjärjestöjen sinnikäs työ on tasoittanut maaperää erilaisuuden kestämiselle niin, että siitä voivat hyötyä maahanmuuttajatkin? Tämä on henkilökohtainen toiveeni.

Paikallisuus, lähidemokratia ja nuorten osallistuminen

Paikallisuus ja lähidemokratia ovat tärkeitä tekijöitä, kun osallisuutta kehitetään alueen ja yhteisön voimavaraksi. Lähiympäristössä, asuinyhteisössä, suvun ja perheen piirissä tai harrastusten parissa tapahtuva toiminta vahvistaa siteitä asuin- ja elinympäristöön ja tuo asukkaille erilaisia tehtäviä paikallisessa toiminnassa ja kehittämisessä.

Lähiympäristön laatua voidaan kohentaa yhteisöllisesti. Asukkaat voivat parantaa lähiympäristönsä viihtyisyyttä, turvallisuutta ja palveluja omaehtoisilla hankkeilla ja hyödyntämällä tarjolla olevaa tukea. Asukaslähtöinen toiminta tiivistää yhteistyötä ja lisää asuinalueiden houkuttelevuutta pysyvämmiin kuin kertaluontoiset investoinnit. Käynnissä oleva kunta- ja palvelurakennemuutos asettaa haasteita lähidemokratian järjestämiselle. Toimiva lähidemokratia tarjoaa mahdollisuuden paikalliseen toimintaan ja oman alueen kehittämiseen niin kaupungeissa kuin maaseudullakin.

Nuorten työllistymiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn tähtäävä yhteiskuntatakuu on istuvan hallituksen kärkihankkeita. Uudellamaalla tavoitteeseen suhtaudutaan vakavasti. Nuoria kuullaan, he voivat vaikuttaa oman elämänsä kulkuun ja heille järjestään mahdollisuus päästä koulutukseen ja työmarkkinoille. Uudellamaalla toteutetaan mm. laajoja infrainvestointeja, joiden suunnittelussa ja toteutuksessa nuorten työllistäminen on keskeistä. Yhteiskuntatakuu koskee myös vammaisia nuoria, vaikka asiaa on epäilty. Yhteiskuntatakuun voima on nimenomaan siinä, että se koskee myös erityisryhmiä. Toteutumisen onnistuminen vaatii kaikkien julkisen sektorin toimijoiden, elinkeinoelämän ja järjestöjen yhteistyötä.

Lopuksi

Maakunnallisen näkemyksen mukaan hyvä, toimiva arki on yhteinen kaikille uusimaalaisille. Uusimaa-ohjelman hyväksymisen jälkeen tavoitteita ryhdytään toteuttamaan erillisen toimenpideohjelman mukaan ja myös rahoitusta suunnataan tavoitteiden mukaan. Uusimaalaisia toivotaan joukolla mukaan konkreettisiin toimiin, aloitteisiin, ideoihin ja kokeiluihin. Ohjelman yksityiskohdat täsmentyvät, kunhan sitä aletaan toteuttaa tulevana vuosina. Uusi EU-rakennerahastojen ohjelmakausi alkaa vuoden 2014 alusta, ja samalla avautuvat uudet mahdollisuudet kehittämiseen.

Keski-ikäiset ja ikääntyvät ihmiset sekä nuoret vammaiset käsittelevän ohjelmassa osaksi uusimaalaisuutta. Tästä syystä vammaisia ei ole otettu ohjelmassa erityisasemaan, tämä on Uusimaa-ohjelman käsityksen mukaan tasa-arvon ilmentymä.

Ulla-Mari Karhu

VTM

suunnittelupäällikkö, hyvinvointi ja maahanmuutto

Uudenmaan liitto

