

TERVEYSKESKUSTEN OMALÄÄKÄREIDEN SUHTAUTUMINEN VERTAISTUKEEN

Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Yhteiskuntapolitiikka
Heini Lekander
kandidaatin tutkielma
kevät 2008

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	3
2. VERTAISTUEN MÄÄRITTELYÄ	4
3. ESIMERKKEJÄ VERTAISTUESTA	7
3.1 Kansalaistaustaiset ryhmät	
3.2 Järjestötaustaiset ryhmät	
3.3 Välittäjätaustaiset ryhmät	
3.4 Julkistaustaiset ryhmät	
3.5 Haastatteluissa esillä olleet ryhmät	
4. OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄ	12
5. KOLMANNEN SEKTORIN JA KUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHTEISTYÖSTÄ	14
6. TUTKIMUSMENETELMÄT	17
7. LÄÄKÄREIDEN SUHTAUTUMINEN VERTAISTUKEEN	18
7.1 Vertaistuen tunnettavuus ja lääkäreiden määritelmiä	
7.2 Lääkäreiden kokemuksia vertaistukea tarjoavista toimijoista	
7.3 Potilaiden ja omaisten ohjaaminen vertaistuen pariin	
7.4 Lääkäreiden tiedonsaanti vertaistuesta	
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	26
LÄHTEET	31
LIITTEET	33

1. JOHDANTO

Kandidaatintyöni aiheena on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten suhtautuminen kolmannen sektorin tarjoamaan vertaistukeen. Ammattilaisryhmistä valitsin tutkittavaksi terveyskeskusten omalääkärit. Omalääkärijärjestelmä on vakiintunut monissa kunnissa 1990-luvulta lähtien. Samaan ajanjaksoon sijoittuu myös erilaisen vertaistuen tarjonnan kasvu. Perusterveydenhuollossa lääkärit kohtaavat paitsi potilaita myös eri elämäntilanteiden koskettamia omaisia. Sen takia voisi olettaa, että terveyskeskuslääkäreillä on myös tilanteita, joissa he ehdottavat potilaalle tai omaiselle hakeutumista vertaistukiryhmään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumista ja asenteita kolmatta sektoria kohtaan on tutkittu Suomessa vielä todella vähän. Toisaalta monet ammattilaiset tekevät paljon yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, mutta tästäkään toiminnasta ei ole olemassa tutkimusta. Kuitenkin julkisen ja kolmannen sektorin toiminnan rajapinnat herättävät paljon pohdintaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaistenkin keskuudessa

Kolmas sektori ei voi paikata hyvinvointivaltion mahdollisesti jättämiä vajeita, vaan toimia palvelujen täydentäjänä (mm. Möttönen 2002: 118). Toimiva yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin välillä edellyttää kuitenkin myös positiivista asennoitumista molempien tahojen toimijoilta. Tärkeintä kuitenkin lienee, että erilaisista hyvinvointivajeista kärsivä ihminen saa elämäntilanteeseensa sopivan avun ja tuen. Diakoniatyöntekijänä olen kohdannut lukuisia asiakkaita, jotka ovat kertoneet saaneensa paljon apua vertaistukiryhmästä arjessa jaksamiseen ja myös vaikeaan elämäntilanteeseen sopeutumiseen. Vertaistukiryhmien merkityksestä on jo jonkin verran olemassa suomalaistakin tutkimusta.

Tutkimukseni on kvalitatiivinen tutkimus, menetelmänä aineiston keräämisessä käytän teemahaastattelua. Tutkimukseni liittyy paitsi yhteiskuntapolitiikan myös kansalaisyhteiskunnan tutkimiseen. Teen opinnäytetyöni tilaustyönä Keski-Suomen

sosiaaliturvayhdistyksen Versova-hankeeseen, joka on vapaaehtoistoiminnan ja vertaistuen kehittämishanke. Tavoitteena on, että opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää Versovan toiminnassa, jonka yksi tavoite on kartoittaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten asenteita suhteessa vapaaehtoistointaan ja vertaistukeen sekä vaikuttaa mahdollisiin asenteisiin mm. tiedotuksen ja koulutuksen kehittämisen avulla.

Erilaisia vertaistuen määrittelyjä esittelen luvussa 2. Suomessa ainakin Marianne Nylund on luokitellut erilaisia vertaisryhmiä. Tätä luokittelua avaan joidenkin esimerkkien avulla luvussa 3. Terveyskeskusten omalääkärijärjestelmää puolestaan esittelen luvussa 4, koska se on toistaiseksi useimmissa terveyskeskuksissa käytössä oleva toimintamalli. Tosin kevään 2008 aikana on uutisoitu (mm. Tuppurainen: Helsingin Sanomat 26.5.2008) että ainakin pääkaupunkiseudulla väestövastuusta ollaan luopumassa. Tärkeimpänä syynä tähän pidetään lääkäripulaa. Esimerkiksi Sipoossa on joutunut odottamaan asuinpaikasta riippuen terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä pahimmillaan jopa 7 viikkoa. Toisaalta järjestelmästä luopuminen on aiheuttanut kunnissa myös kritiikkiä, niin lääkäreiden kuin potilaidenkin puolelta. Omalääkärijärjestelmä kun on mahdollistanut perhelääkärin tyyppisen toiminnan, jossa potilaat ovat voineet tulla tutummaksi lääkärille ja toisin päin. Toisaalta lääkärikohtainen väestövastuu on ollut usein tavoitetta (enintään 2000 asukasta/lääkäri) huomattavasti suurempi.

Koska terveyskeskukset ovat kuntien rahoittamaa palvelua, tarkastelen luvussa 5 hieman kunnan ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä ja haasteita sosiaali- ja terveystoimen osalta. Luvussa 6 esittelen käyttämäni tutkimusmenetelmät. Luku 7 on haastatteluaineiston esittelyä. Lopussa on vielä pohdintaa ja johtopäätökset, jotka nousevat sekä kirjallisuuden että haastatteluaineiston pohjalta.

2. VERTAISTUEN MÄÄRITTELYÄ

Riitta Mykkänen-Hänninen (2007: 50-51) esittää erottelun vapaaehtoisten tekemän maallikkoauttamisen ja ammattilaisten tarjoaman avun välille. Hän näkee maallikkoauttamiselle tyypillisinä piirteinä tuen antamisen, kuuntelemisen ja läsnäolon. Ammattilaisen tarjoama apu puolestaan on tavoitteellista toimintaa, jossa laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmia ja myös vastataan niiden toteuttamisesta.

Keski-Suomen sosiaaliturvayhdistyksen vapaaehtoistoiminnan ja vertaistuen kehittämishanke Versovan projektisuunnittelija Anne Laimio (2008) kirjoittaa, että nimen omaan ihmisten samankaltainen elämäntilanne tarjoaa mahdollisuuden vertaisryhmässä kokemukseen ymmärretyksi tulemisesta. Vertaisryhmiin osallistuneet kuvaavat hänen mukaansa ryhmässä tullessa paremmin kuulluksi kuin ammattilaisten taholta tai ainakin empatia on toisen tasoista, koska ryhmä koetaan turvallisenä ja luotettavana. Myös ryhmän vastavuoroinen jakaminen edistää avoimuutta. Vastavuoroinen apu myös kehittää Laimion mukaan ihmisen itsetuntoa ja lisää ”normaaliuden” kokemusta. Omat tuntemukset eivät olekaan niin epänormaaleja, vaan mahdollisesti elämäntilanteeseen liittyvään prosessiin luonnollisina kuuluvia reaktioita. Laimion mukaan esimerkiksi toteamus ” en olekaan ainut” tai ” en olekaan tulossa hulluksi” ovat usein vertaisryhmässä esille nousseita kommentteja.

Vertaisryhmien etuna on Laimion (2008) mukaan myös niihin mukaan pääsemisen helppous. Ryhmiin osallistuminen on yleensä joko täysin ilmaista tai varsin edullista. Vertaisryhmään pääsemiseksi ei yleensä tarvitse lääkärin lähetettä eikä myöskään ryhmään pääsyä tarvitse jonottaa.

Ruotsalainen Magnus Karlsson (2006, 5) määrittelee vertaistuen tai oma-apuryhmän (hän käyttää kirjassaan jälkimmäistä termiä) seuraavasti: ihmisten muodostama pieni yhteisö, joka kokoontuu käsittelemään ryhmän jäseniä yhdistävää ongelmaa. Ryhmän tavoitteena on edistää keskinäistä apua ja tukea.

Samoin Susanna Hyväri (2005, 214-215) määrittelee vertaistukiryhmälle leimaa-antavaksi piirteeksi vastavuoroiset, toisten auttamiseen pyrkivät suhteet, jotka muodostavat ryhmän. Tämä ryhmä käsittelee osallistujille yhteisiä elämäntilanteita yhdessä. Hyväri erottaa kuitenkin vertaistukiryhmän nimen omaan elämän kriisitilanteisiin liittyväksi, apua ja tukea tarjoavaksi ryhmäksi. Sen sijaan vertaisryhmä voi hänen mukaansa muodostua esimerkiksi saman ammatti- tai elämäntaparyhmän ympärille. Käytän kuitenkin tässä tutkielmassa termiä vertaisryhmä.

Vertaisryhmiä voi olla sekä avoimia että suljettuja. Avoimeen ryhmään voi tulla uusia ryhmän jäseniä myös myöhemmin kuin ryhmän käynnistyessä. Suljettu ryhmä puolestaan ei ota uusia jäseniä aloituksen jälkeen. Suljetulle vertaistukiryhmälle on usein myös hyvin

tyypillistä prosessimainen työskentely. Ryhmäprosessille ominaista on sen toiminnan aloitus, työskentelyvaihe ja prosessin yhteinen päättäminen. Vertaisryhmän toiminnan luonne on ratkaisevinta siinä, onko ryhmä avoin vai suljettu. (Mykkänen-Hänninen 2007: 29).

Yhdysvalloissa on pitkät perinteet oma-apuryhmien toiminnalle. Linda Farris Kurtz (Farris Kurtz 1997: 4) erottelee oma-apuryhmän (self-help group) ja vertaistukiryhmän (support group) seuraavasti: oma-apuryhmä on hänen mukaansa laajempi ja monimuotoisempi ryhmä jolla on selkeä tavoite tukea ryhmän jäseniä muuttamaan jotakin asiaa itsessään. Vertaistukiryhmät ovat puolestaan hänen mukaansa pienempiä ja ryhmänäkin selkeämpiä. Niiden tavoitteena on enemmänkin tukea ja lohduttaa kuin muuttaa ryhmään kuuluvia.

Edellä mainittujen lisäksi on vielä käytössä termi ”mutual aid” jonka voisi kääntää keskinäiseksi avuksi. Yhdysvaltalainen Thomasina Jo Borkman (1999: 4-5) kuvaakin tätä käsiteviidakkoa ”Baabelin torniksi”. Hän puhuu tukiryhmistä (support group) ammattilaisen ohjaamana ryhmänä, jossa ryhmän jäseniä yhdistää sama ongelma. Keskinäinen apu (mutual aid) on hänen määrittelynsä mukaan ryhmä, jossa ihmiset tukevat toisiaan sosiaalisesti, tunnetasolla ja myös materiaalisesti. Esimerkkinä naapuri-apu tulipalossa kotinsa menettäneelle perheelle tai vertaistukiryhmän jäsenten keskinäinen ystävyys ja tuki toisilleen on keskinäistä apua.

Tästä keskinäisestä avusta Suomessa on myös käytetty termiä ”läheisapu” erotuksena vertaistuesta tai vapaaehtoistoiminnasta (Kattainen ym. 2008: 218-221). STAKES:in selvityksen mukaan läheisapu on apua, jossa henkilö auttaa tai tukee omaisiaan, tuttaviaan tai ystäviään. Väestöön suhteutettuna läheisapua toteuttavia suomalaisia olisi tutkimuksen mukaan 1,2 miljoonaa suomalaista. Autettavista 60 prosenttia oli sukulaisia ja 40 prosenttia ystäviä. Joissakin tapauksessa läheisapua annettiin tämän tutkimuksen mukaan myös omille tai puolison lapsuuden ystäville, syrjäytyneille tuttaville tai esimerkiksi entisille työkavereille.

Suomessa Marianne Nylund (1999:116-119) on 1990- luvulla myös käyttänyt oma-apuryhmän termiä. Hän määrittelee oma-apuryhmät kolmannen sektorin toimijoiksi erotuksena perheen tai ystävien keskenään tuottamalle avulle ja tuelle. Nylund keräsi tuolloin tutkimuksessaan tietoa suomalaisista oma-apuryhmistä ja tämän kyselyaineiston

perusteella jakoi nämä ryhmät neljään eri kategoriaan sen mukaan, mikä taho toimintaa järjesti. Nämä neljä kategoriaa olivat kansalaistausta, järjestötausta, välittäjätausta ja julkistausta. Lisäksi Nylund mainitsee taustattomat oma-apuryhmät.

Vertaistuelle ei siis Suomessa ole vielä vakiintuneita käsitteitä. Tämäkin ehkä osaltaan vaikeuttaa toiminnan tunnettavuuden edistämistä. Eri toimijat käyttävät kukin myös erilaisia nimityksiä vertaistuesta. Tämä voi osaltaan vaikeuttaa niin apua tarvitsevien kuin ammattilaistenkin mahdollisuutta löytää tarvittava vertaistuen muoto. Tämä on yksi ongelma, jota tulen myös tutkielmassani sivuamaan.

Olen haastattelurunkoa kootessani määrittelyt vertaistuen Anne Laimion tavoin keskinäistä tukea tarjoavaksi ryhmäksi, jossa ryhmän jäsenet ovat tasavertaisia. Toki joissakin tilanteissa vertaistuki voi olla myös ammatillisesti ohjattua, mutta silloinkin ohjaaja pyrkii tukemaan ryhmän jäsenten omaa aktiivisuutta, kuten Kriisikeskus Mobilen ryhmässä tapahtuu (esimerkki luvussa 3.4.). Haastattelussa esimerkeiksi nostamani ryhmät noudattelevat Nylundin jakoa. Siellä on esimerkkejä lähes kaikista vertaistuen muodoista, tosin painottuen järjestöjen organisoimaan toimintaan. Kuitenkin Nylundin käyttämä oma-apu termi on mielestäni vanhentunut ja se voi myös luoda turhaa vastakkainasettelua ammatillisen avun ja vertaistuen välille. Sen takia olen käyttänyt ainoastaan termejä vertaistuki tai vertaistukiryhmä.

3. ESIMERKKEJÄ VERTAISTUESTA

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton julkaiseman Järjestöbarometrin (2007: 48-49) mukaan suomalaisista jopa kuusi prosenttia osallistuu vertaisryhmien toimintaan. Järjestöbarometrin kyselyssä tosin vertaistoimintaan osallistumista kysyttiin laajasti sen enempää vertaistukea määrittelemättä. Saman barometrin mukaan naisia osallistuu vertaistoimintaan hieman miehiä enemmän. Ikäryhmistä eläkeläisikäiset osallistuivat vertaistoimintaan hieman nuorempia ikäluokkia aktiivisemmin. Kuitenkin esimerkiksi 40-49-vuotiaita osallistui ikäluokista seuraavaksi eniten.

Järjestöbarometrin mukaan (2007: 49-50) sosiaali- ja terveysalan järjestöjen vertaistoimintaan osallistuneista toimintaan käytettiin keskimäärin kahdeksan tuntia kuukaudessa. Yleisintä oli osallistua noin tunnin verran viikossa. Vertaistoiminnan

merkitys järjestöjen toiminnassa on kasvanut. Järjestöbarometrin (2007:140) mukaan sekä vapaaehtoistoiminnan että vertaistuen merkittävyyden kasvu heijastelee nimenomaan kansalasten toiminnan ja osallistumisen arvostuksen kasvua järjestökentässä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnan keskeisinä painopistealueina ovat kuitenkin edelleen asiantuntijuus, ehkäisevä työ ja vaikuttamistoiminta.

Vertaistukiryhmiä on tarjolla monille potilasryhmille ja heidän omaisilleen. Niitä organisoivat esimerkiksi järjestöt, kunnat ja yhdistykset. (Mykkänen-Hänninen 2007: 27).

3.1 Kansalaistaustaiset ryhmät

Marianne Nylundin (1999: 121 - 122) tutkimuksen mukaan kansalaistaustainen vertaisryhmä on yksittäisen kansalaisen perustama, usein melko spontaanistikin syntynyt ryhmä. Esimerkiksi Nylund nostaa ”miten jaksan elämässäni” otsikon alla kokoontuneen keskusteluryhmän. Kyseinen ryhmä kokoontui työttömien toimintakeskuksen tiloissa ja ryhmän ohjaajana oli vertaisohjaaja. Ryhmän tavoitteena oli Nylundin mukaan edistää ihmisten jaksamista erilaisten vaikeuksien keskellä. Toiminnasta seurasi ryhmän käynnistäneen henkilön mukaan mm. AA- ja AL-Anon ryhmien käynnistyminen kyseisellä paikkakunnalla. Nylundin mukaan alle 10% vertaisryhmistä on kansalaistaustaisia. Tällaiset ryhmät toimivat itsenäisesti, irrallaan julkisesta sektorista tai järjestöistä. Usein niiden toiminta voi olla satunnaista tai määräaikaista. Yhteistyötä ammattilaisten ja järjestöjen kanssa voidaan tarvita kansalaistaustaisen ryhmän tapaamispaikkojen järjestämisessä, ellei ryhmä kokoonnu jonkun kodissa. Kansalaistaustaisiin ryhmiin ohjaaminen on vaikeaa, koska ryhmät eivät välttämättä tiedota kovin kattavasti toiminnastaan tai yhteyshenkilö vaihtuu usein.

3.2 Järjestötaustaiset ryhmät

Järjestötaustaisiin ryhmiin Nylund (1999: 122-124) lukee ryhmät, jotka ovat käynnistyneet joko yksittäisen järjestöaktiivin tai vapaaehtoisen toimesta. Ryhmän ohjaajina on ryhmän jäsenet tai vapaaehtoiset ohjaajat. Nylund lukee tähän ryhmään kuuluvaksi myös AA-ryhmät, koska ne noudattavat kansainvälisen AA-liikkeen 12- askeleen ohjelmaa. Joissakin muissa yhteyksissä AA on määritelty taustattomaksi tai kansalaistaustaiseksi toimijaksi. Myös AA-ryhmien jäsenet korostavat usein toiminnan sitoutumattomuutta ja

riippumattomuutta. Järjestötaustaisiin ryhmiin voivat julkisen sektorin työntekijät ohjata asiakkaitaan, mutta he eivät puutu tai osallistu itse ryhmän toimintaan.

AA-liikkeen ryhmät ovat vanhin ja kansainvälisesti tunnetuin vertaistuen toimintamalli. Nimettömät tai anonyymit alkoholistit (AA) sai alkunsa Yhdysvalloissa 1930-luvulla kun kaksi alkoholista, pörssimeklari William Griffith Wilson sekä lääkäri Robert Holbrook päättivät koota keskusteluryhmän auttamaan ihmisiä pääsemään eroon alkoholismista. Liikkeen toiminnan perustana ovat 12 perinnettä ja 12 askeleen ohjelma. (Karlsson 2006: 48). Suomeen AA-liike tuli 1940-luvulla. Susanna Hyvärin mukaan (Hyväri 2001: 67) AA-liikkeen yhteisöllisyydelle tyypillistä on selviytymistarinat. Yhteisössä ja ryhmissä jaetuista tarinoista tulee hänen mukaansa yksi ”suuri kertomus” jota ilman koko liikettä ei voisi olla olemassa. Näiden tarinoiden avulla ryhmiin osallistuvat alkoholistit voivat luoda ”poikkeavasta tyypillistä”, jos ei muualla niin ainakin oman yhteisönsä piirissä.

3.3 Välittäjätaustaiset ryhmät

Välittäjätaustainen ryhmä tarkoittaa ryhmää, jossa käynnistäjänä voi olla joko yksittäinen vapaaehtoinen tai ammattilainen. (Nylund 1999: 124-125). Ryhmissä on mukana tai taustalla julkisen tai kolmannen sektorin toimija. Ryhmän ohjaajasta riippuen ryhmän toiminnassa painottuu joko kokemuksellinen tai asiantuntijatieto. Tyypillistä on mm. että ammattilainen on ryhmän ohjaajana alussa, mutta jää sitten taustalle ja ryhmän ohjaajaksi tulee vertaisohjaaja. Joissakin ryhmissä ammattilainen ja vertaisohjaaja toimivat ohjaajaparina, jolloin voidaan hyödyntää sekä vertaiskokemusta että ammatillisuudesta nousevaa tietotaitoa. Tämä ryhmätyyppi oli Nylundin mukaan yleisin ja niitä oli lähes puolet tutkimuksen vertaisryhmistä.

Esimerkiksi näistä välittäjätaustaisista ryhmistä valitsin tähän Jyvässeudun nuoret lesket ry:n (www.jyvasseudunnuoretlesket.com). Nimensä mukaisesti yhdistys tarjoaa vertaistukea kohtalaisen nuorena leskeksi jääneille. Toimintaa on ollut 10 vuoden ajan, vuodesta 1998 lähtien. Toiminta käynnistyi yksittäisen aktiivisen ihmisen otettua yhteyttä lehteen. Toiminnan rungon on koko ajan muodostunut kerran kuussa järjestettävät illat. Ohjelma niissä vaihtelee, mutta keskeisin tavoite on vertaistuen tarjoaminen saman kaltaisessa elämäntilanteessa oleville. Nuorten leskien toiminnassa kokemuksellinen tieto on keskeistä, yhdistys tarjoaa tietoa myös leskeyteen liittyvissä käytännön kysymyksissä.

Toiminnassa on huomioitu myös lapset, heille on tarjolla omaa ryhmätoimintaa. Lasten ryhmät toimivat samanaikaisesti vanhempien ryhmän kanssa.

3.4 Julkistaustaiset ryhmät

Julkistaustaiset ryhmät ovat kunnan tai seurakunnan työntekijän, siis sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen käynnistämiä ryhmiä. Esimerkkinä näistä sosiaalityöntekijän perustama ryhmä päihdeongelmasta toipuville naisille. Tällaisessakin ryhmässä keskeisenä tavoitteena voi olla ryhmän keskinäisen tuen vahvistaminen. Ammattilainen toimii enemmänkin mahdollistajana. Ammattilainen määrittelee kuka ryhmään voi tulla ja kuka jää ulkopuolelle. Julkistaustaisia ryhmiä oli 1990-luvulla Marianne Nylundin (Nylund 1999: 122-124) mukaan 12 % vertaisryhmistä. Nylund kritisoi, että kokemuksellisen tiedon jakaminen voi jäädä ohueksi näissä ryhmissä. Ammattilaisen läsnäolo estää, tai ainakin rajoittaa ryhmäläisiä arvioimasta julkisia palveluja, mikä puolestaan on usein tyypillistä puhtaasti vertaislähtöisissä ryhmissä. Nylund epäilee, että seurakuntien palkattujen työntekijöiden ohjaamisessa enemmän on tilaa myös julkisen sektorin kriittiselle arvioille. Esimerkkinä näistä ryhmistä hän nostaa esille seurakuntien sururyhmät läheisensä menettäneille.

Haastattelin (27.5.2008) Jyväskylässä toimivan Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijää, Sinikka Vuorelaa, joka on ohjannut vertaisryhmiä perheväkivaltaa kokeneille naisille. Kriisikeskus Mobile on Jyväskylän seudun mielenterveysseuran ja Keski-Suomen kuntien ylläpitämä palvelu. Sen keskeiset toimintamuodot on kriisin kohdanneiden ihmisten tapaamiset joko kodeissa tai kriisikeskuksen tiloissa, puhelinauttaminen sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen. Lisäksi kriisikeskus toimii sosiaalipäivystyksen etupäivystyksenä ja siellä hoidetaan myös rikosuhripäivystystä. Myös perheväkivaltatyö on kuulunut kriisikeskuksen työmuotoihin. Työtä on tehty sekä väkivallan tekijöiden, että uhrien kanssa. (www.kriisikeskusmobile.fi)

Vuonna 1995-1996 käynnistettiin ”Jyväskylän hoitomalli” sekä perheväkivallan tekijöille että uhreille. Vertaisryhmä nähtiin heti äärimmäisen tärkeänä työskentelymenetelmänä. Vuonna 1997-98 toimi ensimmäinen naisten ryhmä. Ohjaajina ryhmässä oli aina 2 ammattilaista. Ohjaajien tärkeimpänä tavoitteena Vuorelan mukaan näissä ryhmissä on ryhmään osallistuvien voimaannuttaminen ja eheyttäminen.

Ryhmän tavoite on samaa kokeneiden kohtaaminen ja kokemusten jakaminen. Ohjaajat tarjoavat myös tietoa väkivallan seurauksista ja nostavat erilaisia, vaikeitakin tunteita käsittelyyn. Sinikka Vuorela kertoo, että ryhmäläisten toiveena on peilata todellisuutta. Väkiältä hämärtää sen kohteeksi joutuneiden todellisuutta. Ryhmäläiset kyselevät, ”mikä on totta, mikä ei”? Ohjaaja pyrkii saamaan ryhmän jäsenet keskustelemaan keskenään. Ryhmäläiset ovat usein suurempia toisilleen, kuin ohjaaja koskaan ehkä tulisi olleeksi. Ryhmään tullaan kriisikeskuksen yksilötapaamisten kautta. Joitakin asiakkaita on tullut lisäksi Ensi- ja turvakodin kautta. Ryhmässä jatketaan jo yksilötyössä aloitettua tunteiden tunnistamista, nimeämistä ja ilmaisua. Tämä edellyttää Sinikka Vuorelan mukaan suurta luottamusta. Siksi on hyvä, että asiakkailla on jo ennen ryhmään tuloa ollut yksilökohtainen asiakassuhde. Ryhmäläisiltä edellytetään vähintään 6-8 yksilötapaamista ennen ryhmään osallistumista. Ryhmä käynnistyy aina tarpeen mukaan, kun uusi ryhmä saadaan kasaan. Kokoon-tumiskertoja on 7-8 kertaa, 2 tuntia kerrallaan ja ne sisältävät myös toiminnallisia menetelmiä. Ohjaajat huolehtivat, että jokainen tulee ryhmässä kuulluksi, saa oman aikansa ja puheenvuoronsa.

Vuorelan mukaan ryhmän päättyessä osallistujilla on tietoisuus kriisikeskuksen olemassaolosta ja palveluista tarvittaessa myös jatkossa.

Osa ryhmästä jatkaa perheneuvolan tai muun palvelun asiakkaana. Myös terveydenhuoltohenkilökunta ohjaa joidenkin asiakkaiden kohdalla ottamaan yhteyttä Mobileen.

Perheväkivaltaa kokeneiden naisten ryhmään osallistuneiden antamat palautteet ovat olleet Vuorelan mukaan erittäin positiivisia. Paras palaute on se, kun naiset ryhmän päättyessä ilmoittivat, että haluavat jatkossa kokoontua keskenään. Silloin ryhmän ohjaajina toimineet kriisikeskustyöntekijät voivat kokea onnistuneensa työssään vertaisryhmän ammatillisina ohjaajina.

3.5. Haastatteluissa esillä olleet vertaisryhmät

Haastattelussa esillä oli pääasiassa erilaisten järjestöjen piirissä toimivia vertaisryhmiä. Suomessa on vahva yhdistystoiminnan kulttuuri ja Keski-Suomessakin monet valtakunnalliset sosiaali- ja terveysjärjestöt toimivat aktiivisesti. Monen suurenkin

järjestön aluetoimisto myös löytyy Jyväskylästä. Haastattelussa esille nostamani vertaistukea tarjoavat järjestöt löytyvät liitteestä 1.

Suomalaiselle kansalaistoiminnalle on todellakin keskeistä vahva yhdistyskeskeisyys. Kansalaistoiminta on perinteisesti haluttu organisoida nimenomaan perustamalla rekisteröity yhdistys. Tällä on odotettu saavan toiminnalle enemmän uskottavuutta ja luotettavuutta ulkopuolisten silmissä. Yhdistyksen nimissä toimiminen on helpottanut myös taloudellisten avustusten hakemista ja yhteistyötä julkisen sektorin kanssa. Suomessa kansalaistoiminnalle leimaa-antavaa on myös vahva yhteistyö ja usein yhteisymmärryksen yhteiskunnan muiden sektoreiden kanssa. Kolmannen sektorin ja julkisen sektorin välisiä konflikteja on haluttu välttää ja kansalaistoimintakin on siis ollut varsin pitkälle julkista valtaa, jopa valtiovaltaa myötäilevää toiminnassaan. (Nylynd 1999: 127).

Suomalaisia yhdistyksiä tutkineen professori Martti Siisiäisen mukaan kuitenkin vertaisryhmät ovat poikkeuksena tästä yhdistyskeskeisyydestä. Osa ryhmistä, kuten AA-ryhmät pyrkivät nimenomaan toimimaan ilman vahvoja sidoksia muihin yhteisöihin tai julkiseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään. Toisaalta vertaisryhmän ei tarvitse erikseen rekisteröityä, jos se toimii osana jo olemassa olevan järjestön toimintaa. (Nylund 1999:127).

Palaan tähän suomalaisen kansalaistoiminnan piirteeseen eli yhdistyskeskeisyyteen vielä pohdintakappaleessa.

4. OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄ

Omalääkärijärjestelmä on ollut Suomessa useiden kuntien terveyskeskusten käytössä jo yli 15 vuotta. Järjestelmän piirissä on kolmasosa suomalaisista. Omalääkärijärjestelmän käynnistämällä tavoiteltiin potilasjonojen purkamista ja lääkäripulan helpottamista terveyskeskuksissa. (Omalääkäriopas 2004, 5).

Kansanterveystlain 1 4§:n mukaan kuntien tehtävänä on ”seurata asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa”.

Omalääkärijärjestelmän tavoitteena on myös ollut, että jokaiselle terveyskeskuslääkärille määrätään oma vastuuväestö. Omalääkäriin tulisi huolehtia tämän vastuuväestön mahdollisimman nopeasta hoitoon pääsystä. Tavoitteena ovat pitkät potilas-lääkärisuhteet. Kun lääkäri tuntee potilaansa, hänen voi olla helpompi myös ohjata tarvittaviin terveyden- ja sosiaalitoimen palveluihin. Järjestelmän mukaan omalääkärillä on kokonaisvastuu väestövastuuryhmänsä terveydenhuollon palveluista. Omalääkäri toimii yhteistyössä oman terveyskeskuksensa tiimin ja muiden moniammatillisten tiimien kanssa. Olemassa olevat resurssit rajaavat tämän laajan vastuun ja tavoitteiden toteuttamismahdollisuutta käytännössä. (Omalääkäriopas 2004: 6).

Omalääkäriin työnkuvan määrittelyssä nostetaan keskeiseksi mm. koordinaattorin rooli. Omalääkäriin tulisi voida kehittää palvelujärjestelmää ja puuttua siinä esille tuleviin puutteisiin. Lääkäriin tulisi tuntee hyvin oman väestövastuualueensa ihmisten palvelutarpeet. Omalääkärillä tulisi olla sellaista ammatillista osaamista, jonka avulla myös voidaan mahdollisimman hyvin vastata näihin palvelutarpeisiin. (Omalääkäriopas 2004: 16) Esimerkiksi jos alueella asuu paljon iäkkäitä vanhuksia, olisi omalääkärilläkin hyvä olla lisäkoulutusta geriatriasta.

Kuntien välillä on luonnollisesti eroja palvelujen järjestämisessä ja vaihtelevia motiiveja asioiden painottamisessa. Yksi perusterveydenhuollon järjestämisen malli ei voi Jussi Jylhäsaaren (2001: 6, 50) mukaan soveltua kaikkiin kuntiin. Jylhäsaari vertaili tutkimuksessaan kuntien perusterveydenhuollon järjestämistä vuosien 1997 ja 2000 välillä. Tuolla aikavälillä palvelujen tuottaminen monipuolistui. Jylhäsaari kuitenkin mainitsee vain julkisen ja yksityisen sektorin välisen yhteistyön. Ilmeisesti yhteistyötä kolmannen sektorin ja perusterveydenhuollon välillä ei tutkimuksessa ole vielä kartoitettu.

Suomalaiselle terveystaloudelle on siis leimallista palvelujen kunnallinen järjestämisvastuu. (Klavus y.m. 2008: 178-179, 184). Keväällä 2005 käynnistynyt kunta- ja palvelurakennemuutos, PARAS-hanke, tulee vaikuttamaan merkittävästi perusterveydenhuollon järjestämiseen ja rakenteisiin. Hankkeen tavoitteena on perusterveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyminen nykyistä suuremmille yksiköille. Terveystalouden lääkäripalveluja käytetään eniten alimpien tuloluokkien keskuudessa ja toisaalta alueilla, joissa väestön tulotaso on alhaisempaa. Vastaavasti ylemmissä

tuloluokissa ja vaurilla alueilla, kuten pääkaupunkiseudulla käytetään enemmän työterveys- ja yksityislääkäreiden palveluja. Samoin ikä vaikuttaa terveyskeskuspalvelujen käyttöön. Vanhemmissa ikäryhmissä asiointi terveyskeskuslääkärillä on nuorempia ikäluokkia yleisempää.

Kokonaisuutena tarkasteltuna suomalaisten terveys on viimeisen kymmenen vuoden aikana parantunut. (Klavus y.m. 2008: 188). Ikääntyvän väestönosan terveys ja terveydenhuolto on tulevaisuudessa keskeisessä asemassa. Toisaalta myös terveyden ja sairastavuuden jakautuminen kulkee tuloryhmittäin. Ylemmissä tuloluokissa ja vaurilla seuduilla ollaan terveempiä kuin vähävaraisemmissa ryhmissä ja köyhemmillä alueilla.

5. KOLMANNEN SEKTORIN JA KUNTIEN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHTEISTYÖSTÄ

Voitto Helander (1998: 22-23) määrittelee kolmannen sektorin julkisen ja yksityisen sektorin väliin jääväksi yhteiskunnan toiminta-alueeksi, jonka keskeisimpiä toimijoita ovat järjestöt. Käsitteen määrittelyä on kuitenkin vaikeuttanut mm. eri tieteenalojen tutkijoiden käyttämät määritelmät. Välillä järjestöjen on katsottu kuuluvan julkisen sektorin piiriin.

Terveys 2015 - ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma, joka on valtioneuvoston hyväksymä. Ohjelma toimii myös pohjana 2001-2015 välisenä aikana hallitusohjelmien tavoitteiden asettamiselle. Ohjelmassa korostetaan valtion roolia edellytysten luojana paikalliselle toiminnalle. Käytännön toteuttajina ohjelmassa ovat kunnat, järjestöt, erilaiset paikalliset toimijatahot, elinkeinoelämä ja jopa kulttuuri on mainittu tässä hyvinvoinnin edistäjänä. Kunta nähdään tässä terveyden edistämässä koordinaattorina, joka kokoaa muut toimijat yhteen ja käynnistää laajaa yhteistyötä eri tahojen kanssa. (Terveys 2015, 2001: 27).

Kansalaisjärjestöjen rooli mainitaan Terveys 2015 -ohjelmassa tärkeänä. Niillä voi olla ohjelman mukaan tehtäviä niin terveyden edistämiseen liittyvässä tavoitteiden asettamisessa, tavoitteiden konkreettisesti toteuttamisessa kuin myös kansalaislähtöisyyden vahvistamisessa. Kansalaisjärjestöillä on tärkeä rooli myös terveyden edistämiseen liittyvässä tiedottamisessa. (Terveys 2015, 2001: 29).

Riitta Mykkänen-Hänninen mukaan vapaaehtoistyön ja myös vertaistukiryhmien suurimmat mahdollisuudet auttaa ja tukea ihmisiä ovat varhaisen tuen alueella. (Mykkänen-Hänninen 2007: 50, 6). Hänen mukaansa vapaaehtoistoiminnalla on kaksi yhteiskunnallista tehtävää. Ensiksi ne tarjoavat osallistumismahdollisuuksia kansalaisille. ”Osallisuus vahvistaa sidettä yksilön ja yhteiskunnan välillä ja ehkäisee näin osaltaan syrjäytymistä”. Erityisen merkittävää tällainen osallisuuden kokemus voi olla työelämän ulkopuolella olevalle ihmiselle. Työtön, eläkeläinen tai mielenterveyskuntoutuja voi löytää uutta sisältöä arkeensa osallistumalla vapaaehtoistoimintaan.

Toiseksi tehtäväksi Mykkänen-Hänninen (2007: 6-7) nostaa vapaaehtoistoiminnan lisäresurssina, joka täydentää julkisia palveluja. Hän muistuttaa, että ammatillinen apu ja vapaaehtoistoiminta eivät voi olla toistensa vaihtoehtoja, vaan kummallakin sektorilla tulee olla yhteiskunnassa oma roolinsa. Keskustelua tulee käydä siitä, mihin vapaaehtoistoiminnan tehtäviä ja tavoitteita tulee suunnata.

Sakari Möttönen ja Jorma Niemelä (2005: 5) kirjoittavat kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyön merkityksestä osana paikallista hyvinvointipolitiikkaa. Kunta ja kolmas sektori-teoksessa he tarkastelevat erilaisia kunnan ja järjestöjen välisiä yhteistyön muotoja. He muistuttavat, että tuohon yhteistyöhön on liitetty myös uhkakuvia, mm. yhteistyön on nähty joskus vähentävän järjestöjen itsenäisyyttä. Kuitenkin Möttönen ja Niemelä päätyvät kirjassa siihen, että kuntien ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä tarvitaan ja he (2005: 105) esittävät siihen malliksi ”uutta paikallista hallintotapaa”, jossa keskeistä on sekä kuntaa että järjestöjä hyödyttävä vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus. Tämä uusi hallintotapa eroaa heidän mukaansa kahdesta muusta tavasta hahmottaa kuntien ja järjestöjen yhteistyötä. Nuo tavat ovat olleet hierarkkiseen hallintoon perustuva, jossa kunta nähdään vahvempana suhteessa järjestöihin, kunta voi ja sen pitääkin tuossa mallissa ohjata ja valvoa järjestöjen toimintaa. Toinen malli on markkinakeskeinen ajattelu. Tässä taas järjestöt on nähty vapaita markkinoita vääristävänä toimintana.

Vertaistukiryhmä voi kuitenkin toimia Möttösen ja Niemelän (2005: 151–152, 115) mukaan vallan hyvin myös ilman suhdetta kuntaan. Esimerkiksi he ottavat AA-liikkeen, jonka ryhmät haluavat pysyä riippumattomina julkisesta palvelujärjestelmästä. Toisaalta on myös järjestöjä ja eturyhmiä, jotka vievät jäsentensä asioita poliittisten päätöksentekijöiden kuultavaksi. Esimerkiksi vammaisryhmät ovat olleet perinteisesti tässä kohtalaisen

aktiivisia. Möttösen ja Niemelän mukaan (2005:116-117) olisi kuitenkin suotavaa, että järjestöt otettaisiin entistä aktiivisemmin mukaan jo päätösten valmisteluvaiheessa, suunnittelemaan ja toteuttamaan, ei ainoastaan toimimaan kunnallisen päätöksenteon kohteina. Tämän he näkevät tärkeäksi myös demokratian kannalta. Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvat henkilöt ovat myös muita kuntalaisia aktiivisempia äänestämään kunnallisvaaleissa. Sakari Möttönen ja Jorma Niemelä (2005: 139) muistuttavat, että suomalaisten arjen kannalta merkittävimmät ratkaisut tehdään paikallistasolla. Kuntatasolla päätetään palveluista ja hoivaan liittyvistä kysymyksistä. Kunta ja järjestöt on hyvä saada vuoropuheluun, että palvelut vastaisivat tarpeita ja osaltaan palvelutkin tukisivat kansalaisten sosiaalista tukea ja osallistumista.

Järjestöt puolestaan näkevät perustehtäväkseen muut asiat kuin palvelujen järjestämisen. Ne painottavat toiminnassaan enemmän edunvalvontaa, yhteisöllisyyden tukemista ja vertaistukea sekä vapaaehtoistoimintaa. Kuitenkin kuntien talous on vähentänyt viime vuosina kuntien järjestöille myöntämää tukea. Avustukset ovat muuttuneet yhä useammin vastikkeellisiksi. Kunta siis odottaa järjestöiltä palvelujen tuottamista avustusta vastaan. Tämä puolestaan muokkaa järjestöjen toimintaa. Aiemmin tärkeinä pidetyistä järjestötoiminnan muodoista, kuten vertaistuen tarjoamisesta tai virkistystoiminnasta saatetaan luopua tai sitä vähennetään ja toimintaa muokataankin rahoittajien tarpeiden tai odotusten mukaiseksi. Tällainen toiminta ei tue kansalaislähtöisyyttä. (Möttönen ja Niemelä 2005: 153, 159)

Kuntien toiminnan ei kuitenkaan tulisi olla sellaista, että se tukahduttaa kansalaisyhteiskunnan toimintaa. Pelkän julkisen sektorin varassa kansalaisyhteiskunta ei voi olla. Sen sijaan kansalaisten toimintaa ja sen myötä kansalaisyhteiskunnan aktiivisuutta voidaan vahvistaa nimenomaan kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön kehittämällä kumppanuuden suuntaan. Tähän yhteistyöhön tarvitaan myös uusia toimintatapoja ja niiden luomisessa tarvitaan molempia osapuolia, sekä kuntaa että kolmatta sektoria. Tämä edellyttää kummaltakin sektorilta valmiutta toimintatapojen muutoksiin ja yhteisen toiminta-alueen etsimistä, väheksymättä niin julkisen kuin kolmannen sektorin omia tehtäviäkään. Niiden omat tehtävät voivat luoda yhteistyöhön myös jännitteitä, mutta sen ei tulisi nousta kuntien ja kolmannen sektorin kumppanuuden esteeksi. (Möttönen ja Niemelä 2005: 208-209).

6. TUTKIMUSMENETELMÄT

Tein teemahaastattelut huhti-toukokuussa 2008. Yhtä lääkäriä haastattelin hänen työhuoneessaan terveyskeskuksessa, yhtä hänen kotonaan ja kaksi puhelimesta. Nauhoitin kaikki haastattelut ja litteroin ne toukokuun 2008 aikana. Teemoittelin haastattelut neljän otsikon alle: 1. Vertaistuen tunnettavuus ja lääkäreiden määritelmiä vertaistuesta, 2. Lääkäreiden kokemuksia vertaistukea tarjoavista toimijoista, 3. Potilaiden ja omaisten ohjaaminen vertaistuen pariin ja 4. Lääkäreiden tiedonsaanti vertaistuesta.

Sirkka Hirsjärven ja Helena Hurmeen (2000: 35) mukaan haastattelu on hyvä tutkimusmenetelmä silloin, kun tutkitaan aiemmin vähän kartoitettua aluetta. Vertaistuki on Suomessa vielä toistaiseksi vähän tutkittu alue, erityisesti siis ammattilaisten suhtautuminen siihen. Toiseksi, teemahaastattelu sopii tähän menetelmäksi, koska oletin, että pienikin haastatteluaineisto voi tuottaa monitahoisia vastauksia.

Haastateltavien saaminen oli vaikein osuus tässä työssä. Otin yhteyttä ensisijaisesti sähköpostilla, ensin terveyskeskusten johtaviin lääkäreihin ympäri Keski-Suomea. Kun tämä ei alkanut tuottaa toivomaani tulosta, niin otin suoraan yhteyttä joihinkin lääkäreihin. Lähetin myös kunnalliseen työterveyshuoltoon ja terveyskeskussairaalaan haastattelupyynnöt. Ikävintä oli, että moni johtava lääkäri ei vastannut viestiini ollenkaan. Osalta tuli kielteinen vastaus, useimmiten lääkäreiden tiukka aikataulu ja työkiireet olivat näissä syynä. Useammassa viestissä johtavat lääkärit valittivat myös henkilöstöpulaa tai vaikeutta saada sijaisia terveyskeskuslääkärin työhön.

Ehkä yhteiskuntatieteilijän roolini ja se, että ikäni ja oma työkokemukseni ei tullut saatekirjeessä esille vaikuttivat myös vaikeuteen saada lääkäreitä haastateltavaksi. Voi olla, että myös haastattelupyynnön olisi voinut muotoilla toisin. Toisaalta olin toiveikas, kun sain lähettää kirjeen Versova-hankkeen nimissä. Hanke on kuitenkin Keski-Suomen sosiaaliturvayhdistyksen alainen hanke ja saatetaan siksi liittää enemmänkin sosiaalipuolen palvelujärjestelmään. Toisaalta yhdistys ja sen toiminta on todennäköisesti lääkäreille varsin vierasta. Mutta jos jo tällaisessa haastattelupyynnössä nousee asenteet eri tieteenalaa tai sosiaalialaa kohtaan esteeksi, niin miten silloin voidaan edistää toimialojen välistä yhteistyötä, saati sitten julkisen ja kolmannen sektorin välistä kumppanuutta?

Haastatteluja oli yhteensä neljä. Haastateltavat olivat toimineet terveyskeskuslääkärin työssä vaihtelevan ajan. Yksi oli aivan hiljattain valmistunut, pisimpään ollut oli työskennellyt terveyskeskuslääkärinä yli 25 vuotta. He olivat toimineet nykyisellä alueellaan varsin pitkään (vastavalmistunutta lukuun ottamatta) eli useimmilla oli varsin hyvä tuntemus omasta alueestaan ja joissakin tapauksissa myös alueella toimivista palveluista, myös kolmannen sektorin joistakin toimintamuodoista löytyi kokemusta.

7. LÄÄKÄREIDEN SUHTAUTUMINEN VERTAISTUKEEN

Halusin taustaksi kysyä lääkäreiden asiakaskunnasta, koska toki se vaikuttaa siihen, millaista vertaistukea heidän potilaansa saattaisivat käyttää tai tarvita. Pyysin haastattelemiani lääkäreitä kuvailemaan tyypillistä potilasta, joka tulee heidän vastaanotolleen. Vastaukset näyttivät noudattavan myös Stakesin (Klavus y.m. 2008) selvityksen mukaista kehitystä, eli eniten lääkärille hakeuduttiin alemmista tuloluokista ja toisaalta iäkkäämmistä väestöryhmistä.

Haastateltava B: ... oisko nyt ehkä kolme, neljä semmosta ryhmää jotka on tavallisia. Eli lapsipotilaat ja sitten on semmoiset päivystykselliset päihdeongelmaiset jotka tulee vaan sisälle. Ja sitten ovat mielenterveyspotilaat ja monisairaavat vanhukset. Tai ennen aikoja eläkkeelle jääneet monisairaavat ihmiset.

Luonnollisesti alueelliset erot vaikuttavat myös asiakaskunnan rakenteeseen. Samoin jäin miettimään sitäkin, minkä verran pitkään samalla alueella omalääkärinä toimineen asiakaskuntaan vaikuttaa lääkärin persoona. En lähtenyt selvittämään, onko tästä aiheesta tehty tutkista.

Haastateltava A: Keskiverto, tyypillinen potilas on sanotaanko n. 60-vuotias nainen, joka tulee kertomaan niska-hartiakivuista ja huonosta unesta ja miten on avioliitto mennyt vähän ja lapsistaan ja heidän murheistaan. Jotain tällaista vois sanoa...Siis just on jäänyt eläkkeelle. Siis minullahan ei käy työelämässä olevia, koska heillä on oma työterveys-useimmilla.

Myös vastaanottoajan pituudesta ja työn monimuotoisuudesta terveyskeskuksessa oli haastatteluissa puhetta.

Haastateltava A: No tietysti on kahdenlaisia aikoja. On päivystysaikoja ja ajanvarausaika. Ajanvarausaika saattaa olla puoli tuntia. Joskus on saatettu jopa tuntikin varata jos on paljon asiaa. Useimmiten se on 20 minuuttia. Käytännössä. Koska välillä aina tapahtuu jotain, että joutuu käymään jossain.

Päivystysaika saattaa olla siten, että on 4 tunnissa eli viistoista minuuttia. Saattaa joskus olla kahdeksan potilasta tunnissa, se on kyllä ihan ennätys. Joskus saattaa mennä, esimerkiksi korvatulehduspotilas- selvä tulehdus ja kaikki- , eihän siinä mene kun viis minuuttia. Siinä on lääkkeit.. Sitten taas on toinen, kun rintakipunen tulee tuonne laverille, niin odotetaan sitten tuloksia...

Lääkäreiden mukaan kaikki potilaat eivät välttämättä ole valmiita osallistumaan vertaistukiryhmiin. Toisaalta myös tuli toteamuksia, että lääkärin suosituksella voisi olla vaikutustakin hakeutumisessa vertaistuen pariin.

Haastateltava A:...on osa semmoista että ei missään tapauksessa. Ehkä voisin itsekin kuulua siihen. Tai no, mitä tietää, mitä elämä tuo. Tai siis että ei sitä tiedä. No joskus tulee näitä, että potilas on ollut jossain luennolla ja saattaa tuoda jonkun asian sieltä, jonka on siellä kuullut. Ja saattaa olla sitten huolestunut. Että joskus olla tämmöistä niin kun väärää informaatiota tai kuvitellaan että jokainen selkäsairas on samanlainen tai tämmöistä...

Haastateltava A: Voihan olla joskus, että jos lääkäri ehdottaa, niin se jättää enemmänkin pohtimaan, että kun lääkärikin sen sanoi niin...ei tietysti kaikille tarvii ehdottaa eikä kaikille sovikaan, mutta vois olla silti ihan syytä ehdottaa.

7.1. Vertaistuen tunnettavuus ja lääkäreiden määritelmiä

Olin koonnut listaan joitakin Keski-Suomessa toimivia, vertaistukea tarjoavia järjestöjä tai toimijoita (Liite 1). Pyysin haastateltavia katsomaan hetken listaa ja kertomaan sitten, onko jonkun toiminta heille työn kautta ennestään tuttua.

Haastateltava B: Sellaista henkilökohtaista yhteistyötä, että olisin jonkun toimihenkilön kanssa jutellut niin en nyt kyllä muista. Mutta kaikki on sillä tavalla tuttuja että potilas tai omainen itse kuuluu johonkin näistä tai on itse osallistunut johonkin näiden toimintaan. Tai lainannut tai ostanut jotain välineitä näiden kautta. Että jotain tuon tyyppistä yhteistyötä on ollut kyllä. Että ihan kaikki on kyllä tuttuja jollain tavalla...mutta vois olla tutumpia!

Pyysin haastateltavia kuvailemaan omin sanoin mitä he itse vertaistuellalla ymmärtävät tarkoitettavan. Vastaukset myötäilivät käyttämäni määrittelyä, että vertaisryhmissä kohtaaminen on tasavertaista, erotuksena ammattilaisen ja potilaan tai asiakkaan välisestä vuorovaikutussuhteesta.

Haastateltava B: No kyllähän se on jotain semmoista tasavertaista tukea, että toisella on samanlaisia kokemuksia ollut kuin itsellä ja ollaan samalla tasolla. Niin että vastakohtana ammatilliselle hoidolle ja tämmöiselle, mikä on epäsymmetrinen, niin tämä on samalla tasolla, semmoista symmetristä tukemista, maallikkoauttamista, mukana kulkemista, rinnalla elämistä, samojen kokemusten jakamista. Jotakin tän tyyppistä.

Haastateltava D: No vertaistuki tarkoittaa tietysti samassa tilanteessa olevien ihmisten tapaamista, esimerkiksi potilasjärjestöissä. Siis ei mitään tämmöistä ammatillista apua, vaan toisen ihmisen kokemuksista tukea saamista.

Toisaalta tuli myös vastauksia, joissa vertaistuki heti liitettiin ongelmalähtöisyyteen, sairastumistilanteeseen tai riippuvuusongelmaan. Kuitenkin vertaistuki voi olla tarpeellista myös positiivisissa elämänmuutoksissa, kuten vaikka imetystukiryhmä tai monikkoperheet liittyvät tällaisiin elämänmuutoksiin.

Haastateltava A: No mulle tulee ensimmäisenä mieleen tosta sanasta vertaistuki se että...no Syöpäyhdistyksen kautta jonkun verran, siitä tulee ensimmäisenä mieleen että joku on saanut syövän, hän tarvii siihen tukea ja vertaistuki on silleen paras, että miten joku on selvinnyt. Se tulee mulle ensimmäisenä mieleen. Sitten on AA-ryhmät, nehän on tuota vertaistukea. Kai se semmosta on, että on samassa asemassa kun on joku sairaus tullut, niin sitä kai se on.

Haastateltava C: Kyllä se on jonkunlainen riippuvuustilanne, että jonkinlainen riippuvuus tai sitten mielenterveystilanne, ja vielä sellainen että ei mikään positiivissävytteinen... että sellainen jotenkin, että menee huonosti ja jonkunlainen ryhmä tai tukihenkilö sitten...

7.2. Lääkäreiden kokemuksia vertaistukea tarjoavista toimijoista

Lääkäreillä oli hieman kokemusta vertaistukea tarjoavien yhdistysten toiminnasta, mm. sellaisen tilaisuuksien kautta, joihin heitä oli kutsuttu vierailemaan. Myös potilaiden kertomusten kautta vertaistuesta oli tullut vähän tietoa.

Haastateltava A: Dementiayhistys on tullut mulle tutuksi, kun tällä alueella mitä hoidan niin on aika paljon ja tuolla palvelutalossa asuu, niin siitä mä oon kuullu. Ja sitten on sellaisia aktiivisia omaisia, jotka kertovat kaikista kursseista ja matkoista. Niin se on tosiaan antanut hirveästi puolisoille.

Haastateltava B: ...Ja sitten on tietysti nämä näkö- ja kuulovammaisten omat toiminnot, että niissä on varmasti mukana paljon näkö- ja kuulovammaisia. Että ne ovat varmasti aktiivisia. Ja sitten joku kilpirauhaspotilaiden yhdistys, että siellä oon joskus ollut puhumassa. Ja oon ollut tuolla mielenterveys-ryhmässä myös joskus keskustelemassa

niiden kokoontumisessa tai tilaisuudessa. Mutta en minä nyt niin hirveästi tosiaan. Että mitä näitä nyt on jotakin yhteisiä tilaisuuksia missä tavallaan sitten sen sairautteen liittyvän potilasyhdistyksen toiminta on ollut esillä. Kyllä siinä nyt toivomisen varaa olisi itse kullakin...

Lääkärit olisivat kuitenkin mielellään tekemässä yhteistyötä myös vertaistukea tarjoavien järjestöjen tai ryhmien kanssa, jos heillä vain on siihen käytännössä aikaa ja tilaisuus.

Yhteistyön yhtenä muotona esille tuli lääkäriltä pyydetty alustus tai asiantuntijaluento.

*Haastattelija: Oletko tehnyt yhteistyötä tällaisen vertaistukea tarjoavan tahon kanssa?
Haastateltava C: En ole. Ihan mukavaakin sellainen oikeastaan olisi.*

Haastateltava D: Ihan nyt lähiaikoina en ole tehnyt (yhteistyötä), mutta esimerkiksi Sydänyhdistyksen kanssa...No se on ollut aina luentoja. Sen tyyppisiä.

Lääkärit näkivät myös alueellisissa eroissa vaikutusta siihen, miten potilaat tai omaiset osallistuvat vertaistoimintaan. Eniten tarjontaa kun on yleensä kuntien keskustassa ja kaupungeissa enemmän kuin maaseudulla. Kauempana asuvilla voi olla vaikeuksia välimatkan takia osallistua vertaistoimintaan. Erityisesti tämä nähtiin ongelmaksi mielenterveyskuntoutujien kohdalla.

Haastateltava B: ...Meillä on kyllä vähän siinä se ongelma että meillä on tuota etäisyyttä sen verran paljon että ne eivät meinaa lähteä kaupunkiin asti. Se liikkuminen on niin kynnyskysymys että en ole saanut niitä oikein lähtemään kun meillä on puutetta semmoisesta lähiötasoisesta mielenterveyspuolen päivätoimintakeskuksesta. Se pitäis olla vielä lähempänä. Se terveille on lyhyt matka, mutta sitten kun on rajoitteita niin tämmöinen etäisyys, se on jo melkein este, korkea kynnys ainakin.

Vertaistukeen osallistumisessa siis ryhmän sijainnilla on merkitystä. Voisi myös olettaa, että jos ryhmään on välimatkaa, niin kynnystä voisi madaltaa juuri ammattilaisten kannustava asenne. Kynnys osallistumiseen kun voi olla muistakin syistä jo melko korkealla. Toisaalta tiedon välittäminen omalla asuinalueella tai mahdollisimman lähellä toimivasta vertaisryhmästä voisi olla paikallaan. Ja ainahan voi löytyä potilaita tai omaisia, joilta voisi löytyä voimavaroja perustaa uusi ryhmä, jos he vain oivaltavat sen ja heillä on taitoja ja mahdollisuuksia löytää sopiva tila kokoontumisia varten. Terveyskeskuskin voisi mahdollisesti toimia sitten ryhmää tarvitsevien yhteen saattajana. Esteeksi tosin voi tulla vaihtolovelvollisuus. Mutta jos potilas itse antaa luvan antaa yhteystietonsa vastaavassa elämäntilanteessa oleville, niin kai lääkäri tai sairaanhoitaja silloin voi nuo yhteystiedot antaa toisille samaa kokeneille tai samaa sairautta sairastaville. Päätös yhteydenotostahan

jää sitten potilaan itse päätettäväksi. Näin terveystakeskus voisi osaltaan käytännössä olla tukemassa vertaistoiminnan käynnistymistä omalla alueellaan.

7.3. Potilaiden ja omaisten ohjaaminen vertaistuen pariin

Potilaiden kohdalla lääkärit mainitsivat usein ainakin AA-ryhmät, joihin kertoivat ohjanneensa potilaita tai ainakin suosittelensa niiden toimintaa. Muuten kokemukset vertaistoimintaan ohjaamisesta vaihtelivat. Allergiayhdistyksistä puolestaan lääkärit olivat kannustaneet hakemaan tietoa hoitovälineistä.

Haastateltava A: No AA:han aika useinkin ohjaan, tietenkkin. Syöpäyhdistykseen en oo, tai en muista. Onko tää Hengitysyhdistys joku allergia...sinne mä olen ohjannut joskus jotain välineitä hakemaan. Ja Monikkoperheyhdistys, no sen nyt tietää ne perheet ainakin neuvolan kautta. Reuma, mä en hoida reumapotilaita. Diabeteksen takia ei ole tullut ohjattua. En tiedä, meneekö nämä hoitajan kautta sitten. Mielenterveystyön keskusliitto, sinne en ole myöskään ohjannut, ne menevät varmasti tuolta mielenterveystoimiston kautta. Mä luulen, että nuo semmoiset, jotka on meillä täällä hoidossa ne ei semmosiin mene...

Haastateltava C: Allergia- ja astma on tyypillinen, että jos jonnekin ohjaa että (potilas) itse voi siihen perehtyä, mutta muuta ei tule mieleen.

Joskus ohjaaminen voi yhden haastatteleman lääkäriin mukaan olla paikallaan myös, jos kysymyksessä on harvinainen sairaus.

Haastateltava D: No esimerkiksi tänään kävi potilas, joka sairastaa harvinaista neurologista sairautta. Etenkin ihmisille, joille muuten on ehkä vähän tietoa saatavissa. Yleensä ohjaan Parkinson-liittoon tai näin.

Lääkäriin innokkuuteen ohjata potilas vertaistuen pariin vaikuttaa myös potilaan oma kiinnostus oman terveytensä edistämisestä ja hyvinvointinsa omaehtoisestakin parantamisesta.

Haastateltava C: ... mun mielestä kanssa siihen vaikuttaa, että milloin se lamppu syttyy niin on se tapaus. Monesti huomaa, että jos potilas on yhtään semmoinen että se itekkin haluaa omilla teoillaan ja käytöksellään jotenkin edesauttaa sitä että...no jos siihen lääke aloitetaan, olkoon se nyt vaikka tupakasta vierottamislääke, niin joskus saattaa potilas itekin johonkin tahoön olla yhteydessä. Ja itekin omilla teoillaan olla jotenkin edistämässä ja olla innostunutkin vielä. Että jos olisi joku vertaistukiryhmä, niin voisin sinne olla ohjaamassa. Sillä tavalla se vähän riippuu myös tapauksesta. Kun taas joskus tuntuu että ei oikein niitä lääkehoitoja saa sujumaan kunnolla, saati että tulisi sellainen

fiilis, että tämä potilas kävisi missään ryhmässä mikä ei sitten suoranaisesti ole lääkkeellistä hoitoa. Että siinä on varmaan erojakin.

Ohjaamista helpottaisi lääkäreiden mukaan huomattavasti, jos oman seudun tai paikkakunnan vertaistoiminnasta olisi tietoa helposti ja nopeasti saatavilla vastaanottotilanteessakin.

Haastateltava B: ...Niin, no se (potilaiden ohjaaminen vertaisryhmiin) varmaan saadaan paremmalle mallille, jos ja kun saadaan sellainen yhdelle näytölle, kunkin sairauden hoito-ohjelma. Siellä yritetään muistaa nämä ryhmät ja vapaaehtoisjärjestöt yhtenä ja seurakunta ja muut toimijana. Sitä vois sitten tulostaa esitteenä potilaalle, että jos kaipaavat vertaistensa seuraa, niin tietoa löytyy sitten.

Lääkärin suosituksella ja ohjauksella nähtiin myös painoarvoa. Lääkäreillä oli kokemuksia, että potilaat tai omaiset kuuntelevat heidän ohjaustaan ja varsinkin lääkärin sanomana voivat neuvon mukaan toimia, jopa paremmin, kuin jos suositus tai ohjaus tulee vaikka sairaanhoitajan vastaanotolla.

Haastattelija: Miten näet, onko vielä sellaista ajattelua, että jos lääkäri tällaista suosittelee, niin se on painavampi suositus kuin vaikka hoitaja, joka suosittelee.
Haastateltava C: No kyllä ehkä vielä tämän tyyppistä ajattelua on. Toisaalta sen kautta on tullut, että jos mä oon ohjannut hoitajan luokse saamaan ravitsemusneuvontaa niin se sama potilas saattaa sanoa, että ei siitä paljon mitään hyötyä ollut, että jotakin lappuja se vaan listasi eteen. Mutta sitten taas jos me käydään se sama asia läpi siinä vastaanotolla tai todennäköisesti ihan samat asiat, niin potilas on voinut kokea saavansa siitä hyvinkin paljon vaikka sisältö on ihan sama. Ja monesti myös ihan hoitajien taholta tulee semmosta pyyntöä, että ”sano sinä se lääkärinä, niin se menee paremmin perille”. Että on siinä jotakin painoarvoa.

Omaisiakin haastatellut lääkärit olivat joissakin tilanteissa ohjanneet ottamaan yhteyttä vertaistukea tarjoavaan järjestöön.

B: No joo, toi dementiayhdistys, sinne potilaiden omaisia ja sitten noita mielenterveyspotilaitten omaisia ja päihdeongelmaisia ja sitten päihdeongelmaisten lapsia. Lasten kohdalla mulla on semmoinen huoli että niistä ei, jos ei nyt ihan lastensuojelutapauksestakaan ole kysymys, niin lapsilla olisi varmasti aika paljon jaettavaa. Siinäkin on sitten se ongelma, että jos vanhemmat on päihdeongelmaisia niin ei ne ole tukemassa lapsiaan hakeutumaan tällaisiin ryhmiin ja kauas kotoa ja pystyykö ne lapset kulkemaan ja uskaltaako ne sitten päästää pitempään matkaan. Kun on koululääkärinä niin siellä joudutaan miettimään, että mitä se tukeminen on... ei meillä ole kuin tietyt tarkastusajat. Ja kuraattorin ajat ovat ihan täynnä, psykologin ajat on ihan täynnä. Ja sitten sanotaan että pitäis tukea, niin kuka sen homman hoitaa? Että kyllä sitä tarvetta sitten olis... Mielenterveysongelmaisten lapset on tietysti myös sellainen ryhmä että se olisi kauheen tärkeä jos jotain pystyisi tekemään heidän hyväksi. Se on kuitenkin

semmoinen tilanne että se poikii niin paljon heille sitten ja meille työtä sitten aikuisempänä.

Haastateltava A: Joo, no just tänne Dementiayhdistykseen olen siis omaisiakin suositellut ottamaan yhteyttä. Siis olen suositellut.

7.4 Lääkäreiden tiedonsaanti vertaistuesta

Haastatellut muistivat saaneensa tietoa vertaistuesta varsin monistakin eri lähteistä. Aikaa asiaan perehtymiseen he kertoivat olevan aivan liian vähän. He kuitenkin tiedostivat sen, että tietoa olisi olemassa ja vertaistoimintaa on paljon tarjolla niin potilaille kuin myös omaisille.

Haastateltava B: ... en oo hirveästi, siis kun ei kerta kaikkiaan ennätä joka asiaan. Niin varmasti olisi internetissäkin hyvää tietoa, mutta en oo sieltä kauheasti...että ilmoitustaululle ovat tuoneet ilmoituksia ja lehdissä on kaikkia tilaisuuksia ja kaikenlaista taikka siis mainostavat itseänsä. Ja siis tosiaan työn kautta ja työtovereiden kautta on tullut sitten jotakin. Että ovat lähettäneet sitten tämmöisiä esitteitä meidän työpaikoille myös ja järjestäneet meille koulutusta. Niin sitä kautta on jotakin infoa tullut kanssa. Ja niissä tilaisuuksissa ovat esitelleet sitten itseänsä kanssa. Että kyllä ollaan jonkunlaisessa kosketuksessa. Mutta enempi vois hyödyntää tosiaan tätä yhteistyötä.

Lääkäreille suunnatun koulutuksen ja esitteiden rinnalla myös ammattilehdistä oli saatu tietoa vertaistuesta.

Haastateltava C: No ainakin jotakin noita lehtiä mitä tulee ihan kotiinkin, niin siellä saattaa olla. Esimerkiksi joku Yleislääkärit ry:kö se nyt on ja joku Hengitys...tai mikähän se on, astma...joku tämmöinen lehti kanssa on. Niissä on ollut ja oisko ihan joku Duodecim, siis Suomen Lääkärilehti. Nämä on ne melkeinpä eniten. Ja sitten sellaiset esitteet ja lehtiset. Niistä esitteistä en osaa sanoa, että mistä ne ovat kulkeutuneet sinne huoneeseen ylipäätänsä. Oisko Lääkäripäiviltä tullut jotakin tietoa...

Varsinkin pidempään samalla alueella toimineilla omalääkäreillä oli enemmän kokemuksia myös vierailuista vertaisryhmien ja järjestöjen toimipaikoissa. Samalla he olivat tutustuneet tarjolla olevaan vertaistoimintaan omalla väestövastuualueellaan.

Haastateltava A: Tuolla A-killassa mä oon joskus käynyt. Nyt on ollut hiljaisempaa, kun siellä vaihtui henkilöt. Mutta on vähän pidetty yhteyttä, että miten siellä mennee. Mutta kyllä se yhteistyö on vähäistä.

Myös potilailta ja omaisilta tulee itseltään tietoa. Internetin kautta lääkärit eivät juuri ehdi tietoa etsiä.

Haastateltava D: No ehkä lehdistä eniten. Että hirveästi en netissä kerkiä koluamaan. Lehdistä ja tietysti potilaat itsekin kertoo näistä.

Haastatelluilta lääkäreiltä tuli joitakin käytännönläheisiä ehdotuksia, miten heille voisi tarjota lisää tietoa vertaistuesta, niin että he puolestaan voisivat kertoa asiasta potilaille tai omaisille. Erityisesti työtä helpottaisi hoitopolkujen yhteyteen nettiin lisätyt, ajan tasalla olevat tiedot eri sairauksiin liittyvistä vertaistukiryhmistä.

Haastateltava B: Nyt kun tehdään siis tämmöisiä hoitopolkuja niin muistelen ainakin että jossakin tätä diabetestäkin olen jonkun verran käsitellyt. Että kun tehdään tämmöisiä sähköisiä hoitopolkuja niin sinne laitetaan sitten tietoa, no tässä tapauksessa sitten diabetesyhdistyksestä. Voi klikata sieltä sitten potilaalle auki esitteen että jos kaipaa sen tyyppistä toimintaa, niin voi sitten ottaa sinne yhteyttä. Meillä ei vaan ole näitä vielä siis kovin monessa tämmöisessä kansantaudissa tehtynä näitä hoitopolkuja. Mutta sinne vois laittaa, niin sitten sillä tavalla nämä tulisi meille aktiivikäyttöön. Että jos sitä hoitopolkua seuraa siinä hoidossansa niin sen huomaisi ja muistaisi paremmin.

Haastattelija: Milloin tämä on tullut käyttöön tällainen hoitopolku?

Haastateltava B: No niitä hiljalleen tehdään silleen, että astmassa ja diabeteksessa ja verenpaineessa ja joittenkin vammojen osalta on jo tehty. Mutta esimerkiksi mielenterveyspuolen hoitopolkua ei ole tehty. Siellä voisi näitä yhteistyökumppaneita olla ja esimerkiksi päihdeongelmaisillekaan ei myöskään vielä ole...Mutta se on hidasta hommaa kun oman työn ohella tässä kaikkea tehdään, se ei niin äkkiä sitten synny.

Hoitopolkuja ei kuitenkaan ole käytössä jokaisessa kunnassa tai käytännöt vaihtelevat.

Haastattelija: Millä lailla sä ajattelet, että työn kannalta olisi helpointa, että se tieto olisi netissä? Onko teillä suunnitteilla näitä hoitopolkuohjeistuksia?

Haastateltava C: Ei meillä sillä tavalla ole. Mä tiedän että tuossa hoitajilla tai tämmöisten hoiva-alan puolella... esimerkkinä muistitutkimuksessa on tehty hoitopolkusysteemi. Mutta se menee hoitajan kautta. Semmoinen on, mutta lääkärin näkövinkkelistä en sitä kokisi hyvänä, koska meillä ei ole käytössä se siinä meidän työssä. Välttämättä se ei olisi niin hyvä. Monesti tuntuu, että se on hyvä tiedonantamis- ja informaatiotilanne se ihan lääkärin vastaanotto nimenomaan. Musta olisi kiva siinä se informaatio antaa. Niin pikemminkin joku mukaan annettava esite olisi parempi sitten.

Yksi haastatelluista lääkäreistä nosti esille sopeutumisvalmennuskurssit tärkeänä vertaistuen muotona, jonne hän lääkärinäkin mielellään ohjaa potilaitaan. Hän myös näki nimenomaan tämän kolmannen sektorin järjestämän toiminnan tärkeänä julkisen palvelujärjestelmän täydentäjänä.

Haastateltava D: Mun mielestä kaikkein paras tapa olisi, että ne olisi koottu johonkin. Nimenomaan nämä vertaistukiryhmät. Koska jos niitä rupeaa eri liittojen sivuilta katselemaan, niin ei siihen oo aikaa eikä mahdollisuutta. Kun ei kerkeä katella mitään semmoisia lääketieteellisinkään juttuihin liittyviä asioita niin paljon kuin pitäisi.. Se minkä mä näen tärkeänä on, että monet niistä järjestää sopeutumisvalmennuskursseja ja tämmöisiä. Mä näen lääkärinä näiden potilasjärjestöjen työn erityisen arvokkaana myös sitä kautta. Kun muuten kuntoutuksia ei oo ihan helppoa saada, niin kun Kelan tai muita semmoisia. Tämmöinen kuntoutus ja sopeutumisvalmennus, sen mä näen erityisen arvokkaana. Mutta jotenkin näen hyvänä, että ne koottaisiin jonnekin, vaikka nettiin yhden otsikon alle, missä sitten voisi potilaita kannustaa ottamaan yhteyksiä.

Myös perinteisemmillä menetelmillä eli tietoisuilla tai koulutustilaisuuksilla voisi haastateltujen lääkäreiden mukaan viedä edelleen tietoa vertaistuesta lääkäreille.

Haastateltava B: Että meillä on pelkästään lääkäreille perjantaisin koulutustilaisuus tai joka viikko kokoonnutaan. Ja siinä on koulutusta pääosin se puolitoista tuntia. Pyydetään sinne erilaisia asiantuntijoita esiintymään ja jotkut tarjoutuu sinne. Että sinne voisi varmaan linkittää silleen, että jos joku nyt on puhumassa vaikka jostain uusista dementiahoidoista niin siinä vois sitten olla vaikka Dementiayhdistyksestä joku kertomassa, että mitä se yhdistys voi tarjota. Että sillä tavalla voisi varmasti ympätä siihen. Ja ihan terveysasemittain meillä on joka viikko sellaisia palaverieja, joissa yritetään oppia aina jotakin uutta. Mutta meillä on tietysti aika monta terveysasemaa...

Luento tai tietoisuus koettiin tehokkaampana myös siksi, koska paperia, esitteitä ja uutta kirjallista informaatiota tulee työssä paljon muutenkin.

Haastateltava A: No ehkä joku luentokin tai lyhyesti joku esittely että meillä on tämmöistä ja tämmöistä. Ja kyllä ihan sähköpostikin tai kaikki kirjallinen informaatiokin on sellainen muistutus. Mutta kyllä nyt yleensä sellainen luento niin siitä jää yleensä jotakin mieleen. Kun nyt tuota paperia tahtoo tulla muutenkin.

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveyskeskuslääkäreiden palveluja käyttää Stakesin selvityksen (Klavus y.m. 2008) mukaan aiempaa selkeämmin nimenomaan alempiin tuloluokkiin kuuluvat kansalaiset. Parempituloiset hakeutuvat käyttämään työterveyslääkäreiden tai yksityisen terveydenhuollon palveluja. Tämä voi johtaa vähitellen entistä voimakkaampaan kansalaisten kahtia jakautumiseen terveyspalvelujen käytön osalta. Uhkana on myös lääkäripula, joka jo nyt on ongelma monella paikkakunnalla. Köyhyys ja hoitojonot voivat siis uhkakuvissa kulkea käsi kädessä. Vähävaraisella voi olla vaikeuksia hankkia esimerkiksi kaikkia hänelle määrättyjä lääkkeitä. Myös yksinäisyyttä ja syrjäytyneisyyttä

on enemmän alemmissa tuloluokissa. Varsinkin viimeksi mainittuihin ongelmiin vertaistukiryhmät voivat omalta osaltaan tuoda helpotusta. Toisaalta uhkana on että ohjataan vertaistukiryhmään sen sijaan, että tarjottaisiin tarvittavaa hoitoa.

Vertaistuen piiriin ohjaamisesta ei tulisi muodostua siis automaatio, jonka kautta esimerkiksi potilaita voidaan ohjata julkisten palvelujen parista kolmannelle sektorille. Toisaalta on totta, mikä jossakin haastattelussakin nousi esille, että vertaistukea tarjoavat ryhmät voivat pahimmillaan myös lisätä ihmisten hakeutumista lääkärin vastaanotolle turhissakin tilanteissa. Suomalaiset ovat aiempaa valveutuneempia ottamaan selvää terveyteen liittyvistä kysymyksistä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja lääkityksistä. Tämä tekee potilaista usein myös entistä vaativampia, pahimmassa tapauksessa jopa aggressiivisia vaatimuksissaan lääkäriä kohtaan. Silloin on ymmärrettävää, jos lääkärit eivät ole kovin innokkaasti ohjaamassa potilaita vertaisryhmiin. Parhaimmillaan vertaistukiryhmässä voi saada asiallista tietoa, mutta pahimmassa tapauksessa täysin väärää informaatiota. Kriittisyys on siis aiheellista niin osallistuessa vertaisryhmiin kuin yhteistyössä niitä tarjoavien tahojen kanssa.

Väestön ikääntyessä ja muutenkin lääkärin työn haasteiden kasvaessa terveyskeskuslääkärit tarvitsevat varmasti tukea työhönsä. Näyttää siltä, että nimenomaan terveyskeskuspalvelujen kohdalla toteutuu huomattavia väestöryhmien välisiä eroja. Terveyskeskuksen potilaat ovat yhä useammin monisairaita tai syrjäytyneitä. Lääkäreitä voisi tukea suurempi tietoisuus, että on muitakin ammattilaistahoja sekä myös kolmannen sektorin toimijoita, jotka pyrkivät edistämään ihmisten terveyttä, selviytymistä sairauden kanssa tai muuten arjen hyvinvointia.

Vaikka Anne Laimio (2008) kirjoittaa, että vertaisryhmien etuna on mm. se, että niihin ei tarvitse lähetettä, tuli haastatteluissakin esille se, että moni potilas tarvitsee kannustusta ja rohkaisua hakeutumisessa vertaistuen piiriin. Tämä on omakin kokemukseni diakoniatyöntekijänä. Jonkun yksittäisen asiakkaan kohdalla olen saattanut joskus kannustaa aktiivisesti parikin vuotta osallistumaan vertaisryhmän toimintaan. Kynnys lähteä ryhmään, vieraiden ihmisten joukkoon, on monella suuri ja vieraat ihmiset jännittää. Kun ihminen on tuon kynnyksen ylittänyt, moni kokee vastaanoton lämpimänä. Erilaisissa apua tarjoavissa paikoissa paljon kiertäneelle voi olla kertynyt useita pettymyksiä ja kokemuksia, että hänen kokemustaan ei ole kuultu tai otettu vakavasti esimerkiksi

ammattilaisten tai omien läheistenkään taholta. Kokemus vertaistuesta voi silloin olla mullistava. Samankaltaista kokeneet ihmiset saattavat kokea syvää yhteenkuuluvuuden ja ymmärryksen tunnetta. Tätähän kuvaa esimerkiksi Sinikka Vuorela kertoessaan kriisikeskuksen ryhmistä perheväkivaltaa kokeneille naisille.

Koska vertaistukea tarjoavia tahoja on paljon ja erityisesti terveyskeskuslääkärit kohtaavat työssään monia erilaisia potilas- ja omaisryhmiä, olisi tietoa oltava tarjolla keskitetysti. Lääkäreillä ei nykyisessä työtilanteessa riitä aikaa perehtyä riittävästi kolmannen sektorin tarjoamaan tukeen. Joissakin haastatteluissa esille noussut ajatus tiedon kokoamisesta nettiin hoitopolku-suosituksen yhteyteen voisi olla paikallaan. Voisikohan jopa Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito-suositukseen saada lisättyä linkkejä potilas- ja omaisjärjestöjen kotisivuille?

Kaikki järjestöt eivät voi yksitellen käydä esittelemässä toimintaansa terveyskeskuksissa. Tiedon keskittäminen olisi siis tarpeellista. Esimerkiksi Versova-hankkeen toimesta voisi hankkeen aikana tarjota koulutusta Keski-Suomen lääkäreille esimerkiksi Lääkäriyhdistyksen kautta. Myös vertaistukea tarjoavien toimijoiden yhteystiedot sisältävälle esitteelle olisi käyttöä. Ongelmana on vain se, mistä löytyy taho joka voi riittävän usein päivittää esitteen yhteystiedot. Osa vertaistukiryhmistä on myös määräaikaisesti kokoontuvia tai nk. suljettuja ryhmiä, joihin on ryhmän käynnistyessä ilmoitauduttava. Toistaiseksi on vielä paljon potilaita, jotka eivät käytä internetiä ja heille paperiversio voisi olla hyödyllinen. Epäilen, että maakunta, saati paikallistasolla voi olla vaikea löytää pysyvästi tietoa päivittävää tahoja. Vertaistuesta voisi siis olla tietoa myös valtakunnallisilla sivustoilla ja kotisivun osoite mahdollisimman yksinkertainen ja helposti löydettävissä.

Tulevaisuudessa vertaistuen rooli sosiaali- ja terveysalalla ei todennäköisesti tule ainakaan vähenemään. Ammattilaisten on hyvä olla ainakin jossakin määrin selvillä, millaista tukea, toimintaa ja tietoa järjestöt ja vertaistukiryhmät tarjoavat. Vähintään lääkärin omalla toimintatavalla tai vastuualueella toimivista ryhmistä olisi hyödyllistä olla tietoa.

Vertaistuen ei tulisi nousta paikkaamaan liikaa julkisen palvelujärjestelmän säästöjä. Koska vertaistuki on edullista, voi päättäjät nähdä siinä varsinkin marginaaliryhmien kohdalla ratkaisun mahdollisuusiakin. Pienempien ryhmien toimintaa on edullista tukea nimenomaan vertaistuen kautta. Tässäkin kuitenkin tarvitaan yhteiskunnan tukea mm.

tilojen tarjoamisessa. Ongelmana on toistaiseksi myös suomalaisen yhteiskunnan yhdistyskeskeisyys. Jos vertaisryhmä ei kuulu johonkin yhdistykseen tai on vasta käynnistämässä toimintaansa, voi julkisten kokoontumistilojen saaminen olla vaikeaa. Pienillä kansalaistaustaisilla ryhmillä ei yleensä ole myöskään yhtään rahaa toimintaan. Kunnat ja seurakunnat sekä toimitiloja omistavat järjestöt yleensä perivät kokoontumistiloistaan vuokraa. Ne myös usein edellyttävät että vuokraajana on yhdistys eikä yksittäinen henkilö tai ”epämääräinen ryhmä” vaikka syömishäiriötä potevia tai imetykseen tukea tarvitsevia.

Jos vertaistukea ja siihen sisältyvää kansalaisten aktiivisuutta ja osallistumista halutaan suomalaisessa yhteiskunnassa tukea, tähän kokoontumistilojen ongelmaan on mietittävä ratkaisuja. Pienet ryhmät eivät voi aina muodostaa yhdistystä. Suomalainen yhdistysjärjestelmä vuosikokouksineen ja hallitustyöskentelyineen on aika raskas malli. Varsinkin jos vertaistukea hakevat ovat tukalassa elämäntilanteessa, heillä ei useinkaan riitä enää voimavaroja osallistua yhdistyksen hallinnointiin. Sen sijaan he kaipaavat mahdollisuutta jakaa kokemuksiaan ja tavata toisiaan, joskus varsin vapaamuotoisestikin mutta sellaisessa tilassa, että mm. vaihtolovelvollisuus ja tapaamisen rauhalliset puitteet on turvattu. Luonteva taho, joka voisi vertaisryhmien tilojen tarpeita koordinoida olisi mielestäni ainakin suuremmilla paikkakunnilla kuntien vapaaehtoistoiminnan koordinaattorit. He toimivat usein sosiaali- ja terveystalvelujen alaisuudessa, joten heillä on luontevat kontaktit sekä julkisen että kolmannen sektorin toimijoihin. Kuntien vapaaehtoistoiminnan koordinaattoreilla vain on yleensä hyvin vähän taloudellisia resursseja esimerkiksi tiedottamiseen. Aineistossanikin keskeiseksi nousee tiedottamisen merkitys, niin ammattilaisille kuin vertaistukea tarvitseville kansalaisille. Tiedottaminen ei kuitenkaan ole koskaan ilmaista ja vaatii jatkuvaa päivittämistä ollakseen laadukasta ja aidosti tarpeisiin vastaavaa.

Kansanterveyslaki on vuodelta 1972 ja siinä kunnat velvoitetaan tekemään yhteistyötä ainoastaan julkisen ja yksityisen sektorin kanssa. Kolmannen sektorin roolin kasvettua yhteiskunnassa olisi lähitulevaisuudessa varmasti syytä lisätä tämä sektori myös näkyväksi lainsäädäntöön. Esimerkiksi Norjassa vertaistuki luetaan kuuluvaksi virallisesti kansanterveyden edistämistyöhön. Tässä kandidaatintutkielmassa olen hieman päässyt selvittämään terveyskeskuslääkäreiden suhdetta vertaistukeen. Näkisin tarpeelliseksi myös muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kartoittamisen. Vertaistuki voi liittyä myös

sosiaalityöntekijän, psykologin, papin, diakoniatyöntekijän, koulukuraattorin tai vaikkapa kuntoutusohjaajan työhön. Jos halutaan tulevaisuudessa, että ammattilaiset voivat olla ohjaamassa potilaita tai asiakkaita erilaisten palvelujen, myös kansalaistoiminnan, pariin niin silloin olisi ensin selvitettävä, tuntevatko ammattilaiset riittävästi kolmannen sektorin toimintaa ja sen mahdollisuuksia kansalaisten hyvinvoinnin edistämässä.

Jos siis lopuksi tiivistän johtopäätökseni, niin kirjallisuuden ja haastatteluaineiston pohjalta nostaisin esille kolme asiaa. Ensimmäinen päätelmäni on, että terveyskeskusten omalääkärit kyllä ohjaisivat jopa nykyistä useammin potilaita vertaistuen pariin, jos yhteystiedot vertaistuesta olisi helpommin ja nopeammin vastaanottotilanteessa löydettävissä. Toiseksi, lääkärit tarvitsevat lisää tietoa ja koulutusta vertaistuen mahdollisuuksista ja tarjonnasta, sekä siitä, miten vertaistuki voisi olla osaltaan edistämässä potilaan kuntoutumista, hyvinvointia tai terveyden edistämistä. Kolmas päätelmäni on, että myös muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten suhtautumista vertaistukeen voisi olla hyödyllistä kartoittaa ja järjestää sitten täydennyskoulutusta ammattialoittain tutkimuksessa esiin tulleen tiedon pohjalta.

Vertaistuki on toimintaa, jossa kansalaiset itse osallistuvat aktiivisesti ja omaehtoisesti oman hyvinvointinsa edistämiseen. Sen takia vertaistuki on myös yhteiskuntapolitiikan sekä kansalaisyhteiskunnan tutkimuksen kannalta kiinnostava yhteiskunnan toiminta-alue. Kansalaisten osallistuminen vapaaehtois- ja vertaistoimintaan voi olla osaltaan lisäämässä myös muuta yhteiskunnallista ja poliittistakin aktiivisuutta. Tämänkin takia vertaistuki on aihe, jota sosiaalipolitiikan tutkimuksessa tullaan toivottavasti lisää kartoittamaan.

LÄHTEET

Borkman, Thomasina Jo (1999): Understanding Self-Help/Mutual Aid. Experiential Learning in the Commons. New Jersey. Rutgers University Press.

Helander, Voitto (1998): Kolmas sektori. Saarijärvi. Gummerus.

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

Hyväri, Susanna. (2005): Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Nylund, Marianne ja Yeung, Anne Birgitta (toim.2005): Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Hänninen, Sakari .(2003): Yhdistykset uuden aloittajina. Teoksessa Hänninen, Sakari, Kangas, Anita, Siisiäinen, Martti (toim. 2003): Mitä yhdistykset välittävät. Tutkimuskohteena kolmas sektori. Jyväskylä. Ateena.

Järjestöbarometri 2007. (2007).Vuorinen, Marja; Särkelä, Riitta; Peltosalmi, Juha; Eronen, Anne. Ajankuvia sosiaali- ja terveysturvajärjestöistä. Helsinki. Sosiaali- ja terveysturvankeskusliitto.

Kansanterveyslaki N:o 66/1972, 14§1a. www.finlex.fi

Karlsson, Magnus (2006): Självhjälpsgrupper. Studentlitteratur. Narayana Press.

Kattainen, Eija; Muuri, Anu; Luoma, Minna-Liisa; Voutilainen, Päivi (2008): Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Moisio, Pasi; Karvonen, Sakari; Simpura, Jussi ja Heikkilä, Matti (toim.2008): Suomalaisten hyvinvointi. Vammala. Sosiaali- ja terveysturvan kehittämiskeskus.

Klavus, Jan; Kapiainen, Satu; Nguyen, Lien; Pekurinen, Markku: Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio, Pasi; Karvonen, Sakari; Simpura, Jussi ja Heikkilä, Matti (toim.2008): Suomalaisten hyvinvointi. Vammala. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Kurtz, Linda Farris (1997): Self-help and support groups. A Handbook for Practitioners. Thousand Oaks. Sage Publications.

Mykkänen-Hänninen, Riitta (2007): Vapaaehtoistyön rajapinnoilla. Helsinki. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja. Sarja B: oppimateriaalit 6.

Mäntyranta, Taina; Kaila, Minna; Varonen, Helena; Mäkelä Marjukka; Roine, Risto P.; Lappalainen, Jarmo (2003): Hoitosuosituksen toimeenpano. Käypä hoito- suosituksista käytäntöön. Vammala. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Möttönen, Sakari(2002) : Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.): Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveystieteille. Keuruu. PS-kustannus.

Möttönen, Sakari& Niemelä, Jorma(2005): Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu. PS-kustannus.

Nylund, Marianne (1999): Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Hokkanen, Liisa; Kinnunen, Petri; Siisiäinen, Martti (toim.1999): Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Jyväskylä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ry.

Omalääkäriopas. (2004): Opas omalääkärijärjestelmän kehittämiseen. Helsinki. Kunnallinen työmarkkinalaitos.

Terveys 2015. (2001): Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001: 4.

Tuppurainen, Elsa (2008): Yhä useampi Helsingin seudun kunta hylkää väestövastuun. Helsingin Sanomat 26.5.2008, A11.

Painamattomat lähteet:

Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijän, Sinikka Vuorelan haastattelu 27.5.2008. Jyväskylä.

Laimio, Anne: Vertaisryhmällä on vaikutusta. Kirjoitus 2008. Versova-hanke. Keski-Suomen sosiaaliturvayhdistys.

www.jyvasseudunnuoretlesket.com

www.kriisikeskusmobile.fi

LIITTEET

Liite 1: Lääkäreille haastattelun alussa näytetty lista vertaistukea tarjoavista yhdistyksistä

Liite 2: Haastattelurunko

LIITE 1:

Keski-Suomen syöpäyhdistys

AA- tai A1-anon-ryhmät

Mielenterveyden keskusliitto

Keski-Suomen Hengitysyhdistys ry

Keski-Suomen Monikkoperheet ry

Jyväskylän reumayhdistys

Keski-Suomen diabetesyhdistys ry

Omaiset mielenterveystyön tukena ry

Keski-Suomen Dementiayhdistys

LIITE 2.

HAASTATTELURUNKO:

- 1) Kauanko olet toiminut terveystieteiden keskuksen omalääkärinä?
- 2) Kauanko tässä toimipisteessä?
- 3) Millainen on tyypillinen potilaasi?
- 4) Kauanko sinulla on keskimäärin vastaanottoaika/potilas?

5) Oheisella lomakkeella on lueteltu erilaisia vertaistukea tarjoavia yhdistyksiä ja yhteisöjä. Onko jonkin toiminta niistä sinulle lääkärin työn kautta tuttua? (luettelossa mm. Keski-Suomen Syöpäyhdistys, AA-ryhmät, Mielenterveyden keskusliitto, Keski-Suomen Monikkoperheet....)

6) Mitä sinulle tulee mieleen sanasta vertaistuki?

7) Mistä olet saanut tietoa vertaistukiryhmien toiminnasta?
(esim. internet, ilmoitustaulut, lehdet, työyhteisö?)

8) Oletko ohjannut potilaistasi edellä mainittuihin tai muihin vertaistukiryhmiin?

9) Entä oletko ohjannut potilaiden omaisia osallistumaan vertaistukiryhmiin?

10) Oletko tehnyt yhteistyötä jonkin vertaistukiryhmiä tarjoavan tahon kanssa?

11) Voisitko ajatella jatkossa ohjaavasi potilaita tai omaisia vertaistukiryhmiin?

12) Jos kyllä, niin miksi?/ Jos ei, niin miksi ei?