

”MÄÄ NIINKU TAVALLAAN PAKENIN ELÄMÄÄ SIL JUOMISEL”

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kuvauksia elämäntilanteesta ja palvelukokemuksista

JENNI LAURILA
Tampereen yliopisto, Pori
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2016

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
JENNI LAURILA:
Pro gradu -tutkielma, 91 sivua, 3 liitesivua
Sosiaalityö
Ohjaaja: Tuija Eronen
Huhtikuu 2016

Tutkimuksen tarkoituksena on saada käsitys siitä, minkälaiseksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kuvaavat elämäntilannettaan sekä minkälaista tukea ja palveluita he kokevat tarvitsevansa. Lisäksi tavoitteena on selvittää heidän kokemuksiaan sosiaali- ja terveyspalveluista sekä selviämishoitoyksikön toiminnasta. Tutkimuksen tarkoituksena on myös pohtia, mitkä tekijät edistävät tai mahdollisesti estävät mielenterveys- ja päihdeasiakkaan osallisuuden toteutumista.

Tutkimuksen teoriaosuudessa selvitetään mielenterveyden ja päihdeiden vaikutuksia elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn sekä tarkastellaan mielenterveys- ja päihdetyötä ja sen toimintakenttää. Lisäksi osuudessa määritellään osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä mielenterveys- ja päihdetyön sekä sosiaalityön konteksteissa.

Tutkimus sijoittuu laadullisen tutkimuksen kentälle ja sen metodologisena viitekehyksenä toimii fenomenologinen tutkimustraditio. Tutkimuksen aineisto koostuu neljän selviämishoitoyksikön asiakkaan teemahaastatteluista. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Analyysin tuloksena syntyi kaksi pääteema: elämäntilanne ja palvelukokemukset. Pääteemat koostuivat kymmenestä alateemasta.

Tutkimustuloksen mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden näkemykset elämäntilanteestaan ovat moninaisia, eivätkä elämäntilanteen kuvaukset ole suoranaisesti sidonnaisia mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Yhteisenä tekijänä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla voidaan nähdä toive ja tavoite päihdeettömyydestä. Tulosten mukaan päihdeettömyyttä tukevat parhaiten aktiivinen arki sekä kannustavat ja tukea antavat ihmissuhteet. Päihdekierteen jatkumisen taustalla ovat usein negatiiviset tunteet ja heikentyneet psyykkiset voimavarat, joiden kanssa selviytyminen koetaan haasteelliseksi.

Tutkimustulosten valossa pysyvät asiakassuhteet, asiakkaan kuuleminen ja kokonaisvaltainen yhden oven periaatteella toteutettu psykososiaalinen hoito ovat keskeisiä tekijöitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan osallisuutta tukevassa asiakaslähtöisessä hoidossa ja kuntoutuksessa. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat suhtautuvat kriittisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien lääkehoitoon. Asiakkaat arvioivat terapeutin keskustelun lääkehoitoa tärkeämmäksi hoitomuodoksi. Selviämishoitoyksikön toiminnassa asiakkaat näkevät merkittäväksi päihdekeskusteluiden toteutumisen sekä informaation saamisen. Jatkohoitoon ohjauksessa saattaen vaihtamisella ja organisaatioiden välisellä yhteistyöllä on keskeinen rooli. Asiakaslähtöisyyden, mielenterveys- ja päihdeosaamisen sekä moniammatillisen työskentelyn tulisi tämän tutkimuksen mukaan olla selviämishoitoyksikön toiminnan keskiössä.

Asiasanat: mielenterveys, päihdeet, asiakas, osallisuus, asiakaslähtöisyys, selviämishoitoyksikkö

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Social Sciences and Humanities
JENNI LAURILA:
Master`s Thesis, 91 pages, 3 appendix pages
Social Work
Supervisor: Tuija Eronen
April 2016

The purpose of this thesis is to obtain an understanding regarding how mental health and substance abuse clients describe their own situation in life and what kind of support and services they feel they need. Additionally, the objective is to canvass their experiences in terms of social and health services as well as the operations of the detoxification unit. The study also attempts to ponder which factors promote or possibly prevent the participation of clients who have mental health issues or who abuse substances.

The theory section of the study outlines the effects of mental health and substances on life management and the ability to function as well as contemplates mental health and substance work and its field of operations. Additionally, the section defines the concept of participation and client-oriented approach in the contexts of mental health and substance work as well as social work.

The study is set in the field of qualitative research, with the phenomenological research tradition forming its methodological framework. The data of the study consists of thematic interviews conducted with four clients at the detoxification unit. The data was analysed according to the principles of qualitative content analysis. Two themes emerged as a result of the analysis: life situation and service experiences. The main themes consisted of ten sub-themes.

According to the results, the views of mental health and substance abuse clients regarding their life situation are varied and the descriptions of life situations do not directly correlate to mental health and substance abuse problems. Common factors shared by all mental health and substance abuse clients are the wish and goal of being substance-free. Based on the results, sobriety is best supported by active daily life as well as encouraging and supporting relationships. The underlying factors characterising the continuing spiral of substance abuse are usually negative emotions and decreased mental resources that make surviving seem like a challenge.

In light of the results, permanent relationships, listening to the client and holistic one-stop psychosocial treatment are essential factors in the client-oriented rehabilitation that supports the participation of clients with mental health and substance abuse issues. The clients who participated in the study view the medicinal treatment of mental health and substance abuse problems in a critical manner. In these clients' opinions, therapeutic conversation is a more crucial form of treatment than medication. Having conversations about substance abuse and being provided information are seen as important aspects of the operations of the detoxification unit. Accompanying clients through treatment and collaboration between organisations play an integral role in terms of referrals for further treatment. According to this study, the client-oriented approach, expertise in mental health and substance abuse as well as multi-professional work should be the focus of the detoxification unit's operations.

Key words: mental health, substances, client, participation, client orientation, detoxification unit

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	2
2. MIELENTERVEYS JA PÄIHTEET	4
2.1 Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyminen	6
2.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämänhallinta ja psykososiaalinen toimintakyky	7
3. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TOIMINTAKENTTÄ	10
3.1 Mielenterveystyö- ja palvelut	10
3.2 Päihdetyö- ja palvelut	12
3.3 Selviämishoitoyksikkö osana mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa	15
3.4 Mielenterveys- ja päihdeasiakas palveluviidakossa	17
3.5 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio	18
4. OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN PERUSTANA.....	20
4.1 Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä.....	21
4.2 Osallisuus sosiaalityön näkökulmasta	24
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
5.1 Tutkimustehtävä	27
5.2 Laadullinen tutkimus ja fenomenologinen tutkimussuuntaus.....	28
5.3 Teemahaastattelut aineiston keruumenetelmänä	30
5.4 Tutkimus aineiston esittely	31
5.5 Sisällönanalyysi.....	32
5.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen pohdinta	35
6. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN ELÄMÄNTILANTEEN KUVAUKSET ..	38
6.1 Ajatuksia elämäntilanteesta ja sairaudesta.....	38
6.2 Negatiivisten tunteiden ruokkima päihdekierre	40
6.3 Toivo paremmasta, pelko pahemmasta	43
6.4 Sosiaaliset suhteet – voimavara vai taakka?	46

6.5 Arjen tekeminen päihteettömyyden tukena	52
7. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN PALVELUKOKEMUKSET	56
7.1 Avun hakeminen ja vastaanottamien.....	56
7.2 Yksi ovi ja kestävä asiakassuhde	60
7.3 Toiveena aktiivinen laitoshoido ja asiakasta ohjaava sosiaalityö	63
7.4 Enemmän keskustelua, vähemmän lääkkeitä.....	66
7.5 Selma ”ponnistuslautana” päihteettömään arkeen	69
8. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	74
LÄHTEET	83
LIITE 1.....	92
LIITE 2.....	93
LIITE 3.....	94

KUVIOT

Kuvio 1. Mielen terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä s. 5.

Kuvio 2. Osallisuuden edistävät ja estävät tekijä s. 22.

Kuvio 3. Elämäntilanteen teemojen muodostuminen s. 34.

Kuvio 4. Palvelukokemusten teemojen muodostuminen s.34.

1. JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat tällä vuosituhanella muodostaneet suuren kansanterveydellisen ja kansantaloudellisen haasteen (Bäckman & Lönnqvist 2009, 7). Lisääntyvät mielenterveys- ja päihdehäiriöt näkyvät asiakastyötä tekevien sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten vastaanotoilla niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa, poissulkematta muita kuntien palvelusektoreita kuten sosiaalihuoltoa. Näin ollen mielenterveys- ja päihdesairauksien ehkäisystä on Suomessa tullut merkittävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen haaste (ETENE 2008). Mielenterveys- ja päihdeongelmien katsotaan heikentävän ihmisten elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä monin tavoin, jolloin ammattilaisten antama neuvonta ja ohjaus tulevat tarpeellisiksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat esiintyä toisistaan täysin riippumattomina, kuitenkin niillä katsotaan olevan merkittävän paljon toisiinsa vaikuttavia riskitekijöitä (Bäckman & Lönnqvist 2009, 7; Laitila 2013, 7-15).

Mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisten linjausten puute on johtanut siihen, että mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat järjestetty kunnissa monin eri tavoin. Näin ollen asiakkaiden saaman hoidon laatu voi vaihdella asuinseudun mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 Mieli 2009 -työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella mielenterveys- ja päihdetyölle kansalliset kehittämislinjaukset. Yhtenä Mieli 2009 -työryhmän linjauksena oli asiakkaan aseman vahvistaminen, jossa korostuu muun muassa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaisuus palveluihin pääsyssä ja niiden saamisessa. Linjausten mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi toteuttaa matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella. Asiakkaan aseman vahvistamisessa tavoitteena on parantaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tasavertaista asemaa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä, vähentää sairastumiseen liittyvää leimaantumista sekä lisätä palveluiden käyttäjien osallistumista palveluiden kehittämiseen ja arviointiin (Laitila 2010).

Tässä pro gradu- tutkielmassa kysyn, minkälaisia näkemyksiä selviämishoitoyksikön asiakkailla on omasta elämäntilanteestaan, minkälaisia kokemuksia heillä on saamastaan tuesta ja sen tarpeesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista. Haluan selvittää minkälaisena mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämäntilanne näyttää ja minkälaisia asioita he nostavat esiin elämästään. Lisäksi haluan kuulla mitä ajatuksia heillä on sosiaali- ja terveyspalveluista sekä selviämishoitoyksikön toiminnasta. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden teemat ovat tutkimuksen keskeisempiä käsitteitä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan omat kokemukset ja näkemykset eivät mielestäni tule yhteiskunnallisessa

keskustelussa riittävän hyvin esiin, minkä vuoksi koen tärkeänä antaa heille mahdollisuuden esittää omia näkemyksiään tämän tutkielman kautta.

Mielenkiintoni aiheeseen on herännyt työskennellessäni sosiaalityöntekijänä Satakunnan keskussairaalan päivystyksessä. Tapaan työssäni selviämishoitoyksikön asiakkaita, joilla on yhtäaikainen mielenterveyden häiriö ja päihdeongelma. Näillä asiakkailla saattaa olla runsaasti käyntejä päivystyksessä, minkä vuoksi on perusteltua pohtia minkälaista tukea ja palveluita he mahdollisesti tarvitsevat, jotta akuutin terveydenhuollon tarve ei muodostuisi heille jatkuvaksi. Palveluita kehittäessä on tärkeää saada palveluiden käyttäjät osallistumaan ja arvioimaan palveluita ja omaa tuen tarvettaan. Asiakkaan osallisuuden kehittämisellä nähdään olevan monia positiivisia vaikutuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämään, jotka voivat edistää yhteiskuntaan integroitumista sekä vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää leimaantumista. (Laitila 2010, 3.) Henkilökohtaisen kiinnostuksen lisäksi aihe on ajankohtainen myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta, sillä kuntien intresseissä on tuottaa asiakkailleen heidän tarpeisiinsa vastaavia palveluita. Näin ollen palveluiden käyttäjien näkemykset ja tarpeet ovat tärkeä tuoda esille ja samalla tukea heidän osallisuuttaan palveluiden kehittämisessä.

Tutkimukseni koostuu teoreettisten lähtökohtien määrittelystä, tutkimuksen toteuttamisen kuvailusta, tulosten raportoinnista sekä yhteenvedosta ja johtopäätöksistä. Tutkielman seuraavassa eli toisessa luvussa avaan mielenterveyden ja päihdeiden käsitteitä, kuvaan niiden yhteisesiintymistä sekä käytön vaikutuksia elämänhallintaan ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Kolmannessa luvussa tarkastelen mielenterveys- ja päihdetyötä ja sen toimintakenttää yleisesti. Lisäksi kuvaan selviämishoitoyksikön toimintaa osana mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehityssuuntana on palveluiden integroiminen, jota tarkastelen luvun lopussa. Neljäs luku koostuu osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteiden tarkastelusta. Tarkastelen käsitteitä osana mielenterveys- ja päihdetyötä sekä sosiaalityön kontekstia. Tutkimuksen viidennessä luvussa täsmennän tutkimustehtävääni esitellen tutkimuskysymykseni. Lisäksi kerron tutkimuksen toteuttamisesta, metodologisista valinnoista, aineistonkeruusta ja sisällönanalyysistä sekä tuo esiin tutkimusprosessiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Luvussa kuusi ja seitsemän kuvaan analyysin kautta muodostuneita tutkimustuloksia kahden pääteeman, elämäntilanne ja palvelukokemukset, kautta. Viimeinen luku sisältää tutkimustulosten yhteenvedon, tutkimuksen kautta syntyneitä johtopäätöksiä sekä tutkimuksen arviointia.

2. MIELENTERVEYS JA PÄIHTEET

Mielenterveyden käsitteeseen liitetään usein monia erilaisia tulkintoja ja useimmat näistä liitetään sairausajatteluun, jolloin mielenterveys ymmärretään negatiivisesti painottuvana. Negatiiviset painotukset mielenterveyden tarkastelussa juontavat juurensa lääketieteellisestä ajattelusta, jossa mielenterveys on yksilön ominaisuus, johon liittyy psyykkisiä oireita ja mielen sairautta. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 8-10.) WHO:n määritelmän (2013) mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään liittyvistä haasteista sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Mielenterveys on tämän määritelmän mukaan ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta, josta yksinomaan sairauden leima ei anna kokonaiskuva. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat nähdään tänä päivänä erilaisina mielen häiriöinä, jotka ovat kytköksissä ihmisten elämäntilanteisiin. Useimmiten vain vakavat mielenterveyden ongelmat liitetään sairausajatteluun. Mielenterveys on voimavara, jota voidaan tarkastella positiivisena ja jolla on keskeinen merkitys ihmisen kykyyn selviytyä arjessa. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014; Vuori-Kemilä ym. 2010, 9.)

Funktionaalisen mielenterveyden malli ja positiivisen mielenterveyden käsite antavat mielenterveyden tarkasteluun sairausajattelun sijasta uudenlaisen näkökulman. Positiivinen eli voimavarasuuntautunut mielenterveyden tarkastelu tulee tehdä huomioimalla ihmisen kokonaisvaltainen elämäntilanne, johon sisältyy tämän hetkisen tilanteen lisäksi elämänhistoria ja elinympäristö. Mielenterveys on jatkuvasti muutoksessa oleva prosessi, joka kuvastuu arkielämän kokemuksissa ja vuorovaikutuksessa ihmisten, ympäristön ja yhteiskunnan kanssa. Funktionaalisen mielenterveyden malli mahdollistaa mielenterveyden tarkastelun osana laajempaa kokonaisuutta, osana ihmisen olemista sekä olemisen suhdetta yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Laajempi näkökulma tuo tarkasteluun mukaan yhteiskunnallisen päätöksenteon ja toiminnan, jolla on merkitystä yksikön positiivisen mielenterveyden kannalta. Tämän päivän yhteiskunnalliset tekijät, kuten kilpailu, taloudellinen epävarmuus ja arvojen koveneminen vaikuttavat heikentämällä ihmisen positiivista mielenterveyttä. (Sohlman, Immonen & Kiikkala 2005, 210–211; Vuori-Kemilä ym. 2010, 9-11.)

Mielenterveys ei riipu pelkästään yksilön ominaisuuksista tai perimästä, vaan yksilössä ja ympäristössä esiintyvät tekijät vaikuttavat ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Nämä tekijät vaikuttavat ihmisen elämään sekä positiivisesti että negatiivisesti. Yksilön elämässä esiintyy sekä

suojaavia että riskitekijöitä, jotka vaikuttavat kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Sohlman ym. 2005, 210–211; Vuori-Kemilä ym. 2010, 9-11.)

Yksilön suojaavia tekijöitä	Yksilön riskitekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> ● omanarvontunne ● hallinnantunne ● myönteinen elämänasenne ● vuorovaikutustaidot ● tunnetaidot ● fyysinen terveys ● hyvä kunto 	<ul style="list-style-type: none"> ● itsetunnon haavoittuvuus ● koettu avuttomuus ● vieraantuneisuuden tunne ● vuorovaikutustaitojen kapeus ● eristäytyneisyys ● sairaudet
Ympäristön suojaavia tekijöitä	Ympäristön riskitekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> ● rakkaus ja empatia ● koulusta, työstä ja yhteisöstä saatu tuki ● turvallinen elinympäristö ● riittävä toimeentulo ● työmahdollisuudet ● koulutusmahdollisuudet ● hyväksytyt asenteet ● mielenterveyden kannalta suotuisat arvot 	<ul style="list-style-type: none"> ● perhesuhteiden ongelmat ● kehnot elinolot ● köyhyys ● kriisit, erot, menetykset ● epätyytyttävät ihmissuhteet ● työttömyys ● syrjäytyminen ● leimaavat asenteet ● mielenterveyden kannalta kielteiset arvot

Kuvio 1. Mielenterveyteen yhteydessä olevia tekijöitä. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 10.)

Kuviossa 1 on esitelty eräitä mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä, joita voidaan tarkastella sekä yksilön että ympäristön tasolla. Suojaavat tekijät auttavat yksilöä selviytymään erilaisista elämäntilanteista, jotka kuormittavat mielenterveyttä. Mitä enemmän yksilöllä on itsessään ja ympäristössään suojaavia tekijöitä, sitä todennäköisempää selviytyminen pettymyksistä, ristiriidoista ja kriisitilanteista on. Suojaavien tekijöiden puuttuessa riskit selviytyä lisääntyvät, jolloin vaikeiden elämäntilanteiden läpi käyminen saattaa tuottaa vaikeuksia. Puhuttaessa päihteiden ongelmakäyttäjistä suojaavien tekijöiden määrä usein heikkenee huomattavasti ajan kuluessa. Päihteiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset ongelmat ovat suuri riski mielenterveydelle. Usein taustalla on ympäristöön liittyviä riskejä, kuten työttömyyttä, kriisejä ja perhesuhteiden ongelmia, jonka seurauksena myös yksilön suojaavat tekijät heikentyvät. Päihteiden käyttö heikentää positiivista mielenterveyttä ja vaikeutta monelta osien ihmisen elämänhallintaa. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 9-11.)

Päihteillä tarkoitetaan päihtymis-, piristys- tai huumaustarkoitukseen käytettäviä kemiallisia aineita tai luonnontuotteita. Suomalaisessa päihdekulttuurissa korostuu päihteiden, etenkin alkoholin suuri annoksinen kertakäyttö ja sen tuomat haitat yksilölle, läheisille sekä yhteiskunnalle. Päihteiden käytöllä katsotaan olevan erilaisia käyttötapoja, kuten kokeilu- satunnais-, tapa-, ja suurkäyttö. Päihteiden käytön kokeilut eivät yleensä aiheuta pitkäaikaisia haittoja yksilön arkeen. Tapakäyttö liitetään usein ihmisten sosiaaliseen kanssakäymiseen ja sen katsotaan olevan satunnaista. Alkoholin suurkäytöllä tarkoitetaan runsasta päihteiden käyttöä, joka ei täytä riippuvuus-kriteerejä. Suurkäyttäjien määrän arvioidaan Suomessa lisääntyneen ja näin ollen alkoholihaitat ovat kasvaneet. Alkoholin riski- ja liikkakäyttöön nivoutuu usein myös muita yhteiskunnallisia ilmiöitä kuten mielenterveysongelmat ja muut sosiaaliset ongelmat. Päihteiden käyttö saattaa joissain tapauksissa johtaa myös päihteiden riippuvuuskäyttöön. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 34; Holmberg 2010, 13–14.)

Päihteiden riippuvuuskäytössä käyttö muuttuu pakonomaiseksi eikä käytön lopettaminen onnistu enää tahdon- tai päätöksenvaraisesti. Lääketiede määrittelee päihderiippuvuuden krooniseksi ja relapsoivaksi eli toistuvaksi sairaudeksi ja sen diagnosoimiseen on omat kriteerinsä. (Havio, Inkinen & Partanen 2014, 42.) Riippuvuuskäyttö vaikuttaa yksilön tilanteeseen monella eri osa-alueella. Sitä voidaan tarkastella psyykkisestä, fyysisestä, sosiaalisesta ja henkisestä näkökulmasta. Päihderiippuvuuteen liittyy usein elimistön, mielen, tunteiden, päättelykyvyn ja sosiaalisten suhteiden vaurioita. Päihdetyössä ja mielenterveyden edistämisessä pyritään vaikuttamaan ongelmille altistaviin ja niiltä suojaaviin tekijöihin. Yhtäläisyys luo päihdetyön ja mielenterveyden edistämislle yhteistä teoriapohjaa ja käytettävien menetelmien katsotaan toimivan molemmissa ongelmissa. Päihderiippuvuuden kehittymisen nähdään osaltaan olevan myös mielenterveyden häiriö ja sillä on merkittäviä yhteyksiä muihin mielenterveyden häiriöihin. (Laitila 2013, 7; Vuori-Kemilä ym. 2010, 34–35.)

2.1 Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyminen

Asiakkaat, joilla on kyvyttömyys päihdeettömään elämään ja useampia aikaisempia päihdehoitajaksoja saattavat jäädä ilman tarvitsemaansa palvelua. Näitä asiakkaita ovat useimmiten ne, joilla on päihdeongelman lisäksi myös jokin muu somaattinen sairaus tai mielenterveysongelmia. Päihde- ja mielenterveyshäiriön yhteisesiintymistä kutsutaan lääketieteessä komorbiditeetiksi, puhekielessä siitä käytetään nimitystä kaksoisdiagnoosi. Kaksoisdiagnoosin tarkasteluun on alettu

kiinnittää enemmän huomiota, sillä sen on arvioitu yleistyvän yhä enenevässä määrin. Päihteiden ongelmakäyttäjistä noin 40 prosentilla on elämänsä aikana päihteistä riippumaton psyykinen häiriö ja noin 30 prosentilla psykiatrisen hoidon piirissä olevilla on jossain kohtaa päihteiden ongelmakäyttöä. Mielenterveys- ja päihdeongelmat kulkevat suurelta osin käsi kädessä ja niiden hoitaminen ei näin ollen ole yksiselitteistä. (Toiviainen 2008, 163–166; Aalto 2007, 1293.)

Mauri Aalto (2007) on tuonut artikkelissaan esiin lääketieteessä tutkittuja teoreettisia malleja, jotka voisivat selittää mielenterveys- ja päihdehäiriön yhteisesiintymistä. Yksi teoreettinen malli perustuu siihen, että psykososiaalisilla riskitekijöillä on merkitystä päihteiden käyttöön. Tämä teoriapohja on melko helposti selitettävissä myös sosiaalityön näkökulmasta. On selvää, että mielenterveyden ongelmat heikentävät yksilön psykososiaalisia valmiuksia ja heikentävät elämänhallintaa, jolloin taas riski päihteiden käytölle kasvaa. Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyvyyden määrittely on moninaista ja määrittely tapahtuu usein asiakasta hoitavan yksikön näkökulmasta, mikä aiheuttaa vaihtelua hoitokäytännöissä. Tämän vuoksi ilman oikeanlaista apua ja tukea jäämisen riski kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla lisääntyy. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 124.)

Päihde- ja mielenterveyshäiriön yhtäaikainen esiintyminen vaikuttaa merkittävästi asiakkaan elämään ja altistaa terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia uhkaaville riskitekijöille. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden moninaiset ongelmat heikentävät heidän toimintakykyään ja hoitoon hakeutumista. Jatkuva syrjintä ja palvelusta toiseen ohjaaminen luovat asiakkaalle toivottomuuden tunteen oman tilanteen suhteen ja heikentävät entisestään asiakkaan voimia ja kykyä muutokseen. Katsotaan, että tämän hetkinen palvelujärjestelmän pirstaleisuus ei tue kaksoisdiagnoosiasiakkaita heidän tarpeidensa mukaisesti. Nämä asiakkaat ovat usein niitä, joiden kohdalla tulisi pyrkiä kokonaisvaltaiseen hoitoon ja avuntarpeen selvittämiseen. (Toiviainen 2008, 163–166.) Usein hankalassa tilanteessa olevan päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoitoon hakeutumista voi lisäksi vaikeuttaa häpeä ja leimautumisen eli stigman pelko. Mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintymisen vuoksi asiakas saattaa pelätä tupla-stigmaa, joka saattaa johtaa oireiden salaamiseen ja kieltämiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 124.)

2.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämänhallinta ja psykososiaalinen toimintakyky

Päihteiden ongelmakäyttöön tuskin koskaan ajaututaan satunnaisella alkoholin käytöllä tai yksittäisen traumaattisen kokemuksen seurauksena. Päihteiden ongelmakäyttö on usein seurausta

moninaisista sietämättömistä elämäntilanteista. Päihteiden käytön katsotaan liittyvän vahvasti ihmisen tunnetiloihin ja niiden säätelyyn. Päihteiden aikaansaamilla vaikutuksilla pyritään joko pääsemään pois jostain tunnetilasta tai muuttamaan tunnetilaa positiivisemmaksi. Päihde- ja mielenterveysongelmaisilla tunnetilojen voimakkaat muutokset pitävät vahvasti yllä pysyvää päihteiden käytön kierrettä. Holmberg (2010) toteaa päihdeongelmaisten selittävän päihdekierrettään pakopaikkaan pääsemisellä. Päihteiden käyttö tekee elämästä hallitsematonta, jolloin arki muuttuu sietämättömäksi. Tällöin päihteisiin turvautuminen on helpoin tapa päästä eroon negatiivisista tunteista. Päihteiden ongelmakäyttöön liittyy paljon puutteita oman elämän hallinnasta sekä voimakkaita arvottomuuden ja toiseuden tunteita. Elämähallinnan käsite korostaa ihmisen kykyä vaikuttaa päätöksillään omaan toimintaansa ja valintoihinsa sekä hallita niiden kautta elämäänsä. Kyky hallita omaa elämää koostuu tyytyväisyyden tunteesta elämään sekä koherenssin tunteesta eli koetusta eheydestä. Koherenssi kuvaa ihmisen perusasennoitumista elämään ja luottamusta sen ymmärrettävyyteen, ennakoitavuuteen, mielekkyyteen ja hallittavuuteen. Psykkisen hyvinvoinnin edellytykset ovat paremmat, kun yksilöllä on peruluottamusta asioiden hallintaan. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 12–13; Saari 2015, 110.)

Elämähallinnan perusedellytyksenä on kyky toimia ja kääntää olemassa olevat resurssit toiminnoiksi. Hyvinvointiin ja elämähallintaan ei siis riitä, että ihmisellä on käytössään erilaisia resursseja vaan hänen tulee kyetä hyödyntämään niitä. (Saari 2015, 110.) Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohdalla kyky toimia ja ottaa vastuuta itsestään tai muista on usein vaikeutunut. Näin ollen elämähallinnan edellytykset saattavat heikon toimintakyvyn vuoksi olla rajoittuneet. Toimintakykyisyys on päivittäisen arkielämästä selviytymisen perusta. Toimintakykyä tarkastellessa voidaan tutkia esimerkiksi sen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä. Olennaista ihmisen toimintakyvyn tarkastelussa on huomioida kokonaisvaltaisuus sekä eri osa-alueiden vaikutus ja riippuvuus toisiinsa nähden. Keho, mieli ja sosiaalialinen ympäristö ovat jatkuvasti sidoksissa ja vuorovaikutuksessa toisiinsa. Psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat riippuvaisia toisistaan, joten on luonnollista ja järkevää puhua psykososiaalisesta toimintakyvystä tarkastellessa mielenterveys- ja päihdekuntoutujia sosiaalityön näkökulmasta. (Kähäri-Wiik & Niemi & Rantanen 2006, 13–15 ; Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 9-15.)

Ihmisen hyvinvointi ja mielenterveys ovat pitkälti sidoksissa perustarpeista huolehtimiseen, johon päihdeongelmaisella ei useinkaan löydy voimavaroja. Tämän vuoksi perustarpeista huolehtiminen, arjen haasteista selviytyminen sekä sosiaaliset tilanteet tuottavat heille vaikeuksia. Häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat voimakkaita, eivätkä edesauta päihdeongelmaisen motivoitumista ja avun

hakemista. Toimintakyvyn muuttuessa ihminen määrittelee itsensä uudelleen ja pyrkii löytämään uudenlaisia toiminta- ja ajattelumalleja. Toimintakyvyn heikentyessä ihmisen toiminta suhteessa hänen ympäristöönsä vaikeutuu. Muutostilanteissa arkiseen selviytymiseensä luottava ihminen jaksaa motivoitua ja sitoutua voimavarojen ja keinojen etsimiseen sekä tarvittavan avun vastaanottamiseen. Mielenterveys- ja päihdeongelmaiselle uudenlaisten mallien löytäminen voi muodostua haasteeksi elinympäristön sekä muiden sosiaalisten ongelmien vuoksi, mikä saattaa luoda uskon puutetta selviytymisestä. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 13–15; Kettunen ym. 2009, 9-15.)

Kettunen ym. (2009, 47–49.) määrittelevät psykososiaalisen toimintakyvyn karkeasti ihmisen kykyyn selviytyä arjen tilanteista ja huolenpitotehtävistä, olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ja kyykyksi solmia sosiaalisia suhteita, ratkaista elämän arkipäiväisiä ongelmatilanteita sekä toimia omassa elin- ja toimintaympäristössään. Hyvää psykososiaalista toimintakykyä voi pitää syrjäytymisen vastakohtana. Pitkäaikaissairaudet, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmat altistavat psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemiselle. Psykososiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella myös mielenterveyden näkökulmasta, psyykkisenä hyvinvointina. Tällöin mielenterveyden vaikutukset riittävään elämänhallintaan korostuvat.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten toimintakyvyn tarkastelun lisäksi myös psykososiaalisen ympäristön tarkastelu on merkityksellistä asiakkaiden arkisen selviytymisen ja voimavarojen arvioinnissa. Psykososiaalisen ympäristön voidaan katsoa muodostuvan koko yhteiskunnasta, jossa yksilöllä on erilaisia rajoituksia ja mahdollisuuksia. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan psykososiaalisessa toimintaympäristössä tärkeimpiä ja vaikuttavimpia tekijöitä ovat läheiset ihmiset. Vuorovaikutuksella ja yhteisöllisyydellä katsotaankin olevan tärkeä vaikutus ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Toinen psykososiaaliseen ympäristöön vaikuttava tekijä on kulttuuri, jossa mielenterveys- ja päihdekuntoutuja elää. Kulttuuri luo ihmiselle toimintatapoja ja korostaa käyttäytymistä, jonka perustana on kulttuurissa yhteiseksi tunnustettuja arvoja ja asenteita. Ihmisen psykososiaalinen ympäristö muuttuu monissa sosiaalisissa tilanteissa kuten perheen erotilanteissa tai läheisen sairastuttua. Muuttuvat psykososiaaliset ympäristöt alkavat tuottaa sosiaalistumisprosesseja, joissa opitaan uudenlaisia elämän arkiseen selviytymiseen ja toimintatapoihin liittyviä normeja. Pitkään päihdeongelmasta kärsivän ihmisen psykososiaalinen ympäristö muotoutuu ajan kuluessa opituiksi ja omaksutuiksi käytöstavoiksi, jotka tukevat arkista selviytymistä. (Kettunen ym. 2009, 13.)

3. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TOIMINTAKENTTÄ

Suomessa kuntien tehtävänä on järjestää lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvet. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kunnissa järjestetty eri tavoin ja toimintakentän yksiselitteinen kuvaaminen on hankalaa. Kunnat voivat järjestää palvelunsa itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa palvelut alueella toimivilta säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Uudessa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa halutaan korostaa palveluiden tarjoamista ”yhden oven periaatteella”. Tämä tarkoittaisi käytännössä mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämistä niin, että samassa yksikössä voitaisiin arvioida sekä mielenterveys- että päihdehoidon tarvetta. (Mäkelä & Aalto 2013, 46.) Tässä luvussa tarkoitukseni on avata mitä tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdetyöllä ja minkälaisia palveluita toimintakenttä pitää sisällään. Kuvaan lisäksi selviämishoitoyksikön toimintaa osana mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa. Tuon tässä luvussa esiin myös pirstaleisen palvelujärjestelmän heikkouksia sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation kehityssuuntaa.

3.1 Mielenterveystyö- ja palvelut

Mielisairautta on luonnontieteellisen maailmankuvan myötä alettu ymmärtää lääketieteen näkökulmasta sairautena ja varsinaisesti lääketieteelliseen hoitoon siirryttiin 1800- luvun lopulla. Tätä ennen mielisairaus on nähty toivottomana ja parantumattomana tilana. Mielisairaita säilytettiin houruinhuoneilla, joista tuli myöhemmin mielisairaaloita. Mielenterveyden hoito oli 1980-luvulle asti sairaalakeskeistä, jonka jälkeen mielenterveyden häiriöt pääsivät valtionavun piiriin ja sen seurauksena toimintakulttuuri muuttui perustavanlaatuisesti. Tällöin mielenterveystyön asiakasryhmä laajeni ja hoidon painopistettä alettiin siirtää avohoitopainotteiseksi, jolla oli voimakas vaikutus palvelurakenteeseen. Mielenterveystyön tavoitteena on 1980-luvulta asti ollut psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen ja joustavampien asumista ja kuntoutumista tukevien avopalveluiden kehittäminen. Avohoidon kehitys merkitsi myös asiakkaan aseman ja omaisten roolin muuttumista. Silloisten säästötoimien vuoksi avohoidon palveluita ei kuitenkaan pystytty lisäämään ja monipuolistamaan toivotussa määrin. Edellä mainittu kehityssuunta on vielä tänä päivänäkin ajankohtainen aihe pohdittavaksi. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 20.)

Mielenterveyslain (1990/1116) ja asetuksen mukaan (1990/1247) mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

Mielenterveystyötä ohjaavat useat eri lait ja asetukset. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin kuuluu vastata mielenterveys- ja päihdetyön lainsäädännöstä sekä hoitoon liittyvästä viranomaisohjauksesta. Keskeisimpiä säädöksiä terveydenhuollon osalta ovat kansanterveyslaki (1972/66), mielenterveyslaki (1990/1116) ja mielenterveysasetus (1990/1247), erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), työterveyshuoltolaki (2001/1383), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sekä sosiaalihuollon puolella sosiaalihuoltolaki (2014/1301), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) sekä päihdehuoltolaki (1986/41). (Vuori-Kemilä ym. 2010, 21; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Lakien ja asetusten lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on vuonna 2001 laatinut laatusuosituksen mielenterveyspalveluista.

STM:n laatusuosituksissa (2001) mielenterveysongelmien kehittyminen nähdään prosessina ja sen tarkoituksena on ohjata kuntia järjestämään mielenterveyspalveluja niin että tarvittavat palvelut ovat kuntalaisten saatavilla jokaisessa prosessin vaiheessa. Suositusten tarkoituksena on tukea päihdepalvelujen suunnittelua, päätöksentekoa, järjestämistä tuottamista ja kehittämistä ohjaamalla kuntia järjestämään päihdehuollon erityispalvelut sekä ennaltaehkäisevän päihdetyön palveluja. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa on tuotu esiin myös laajempi näkökulma palveluiden suunnitteluun ja järjestämiseen. Mielenterveysongelmat sijoittuivat kunnan terveyspalveluiden lisäksi myös muille toimialoille, joten suunnitelmassa sivutaan myös muiden toimijoiden toimintaa. Hyvin suunnitellut ja toimivat päihdepalvelut ovat järkevä ja tärkeä investointi sekä päihdeasiakkaiden, kunnan että koko yhteiskunnan kannalta. (STM 2001.)

Mielenterveystyössä korostuu voimakkaasti mielenterveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja avohoidon ensisijaisuus. Edistävällä ja ehkäisevällä työllä pyritään vahvistamaan yksilöiden ja perheiden voimavaroja ja selviytymiskeinoja sekä keskittymään varhaiseen mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen ja niiden ehkäisyyn. Mielenterveystyössä ensisijaisia palveluiden järjestäjiä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Mielenterveyspalveluissa tehtävä työ on ohjausta ja neuvontaa sekä psykossosiaalisen tuen tarpeen kartoittamista. Lisäksi mielenterveyspalveluihin kuuluvat mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Terveyskeskukset ja erikoissairaanhoido tuottavat tilastojen mukaan eniten mielenterveyspalveluita. Mielenterveystyön avohoitopalveluista vastaavat usein kuntien perusterveydenhuollon mielenterveyskeskukset, jotka aikaisemmin ovat toimineet useimmiten erikoissairaanhoidon alaisena. Lisäksi avohoidon asumispalvelut ovat yksi merkittävä osa mielenterveystyötä. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 21–28; Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Mielenterveystyön palveluja järjestetään myös erikoistasoisina palveluina, jolloin on kyse psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Suomessa psykiatrinen erikoissairaanhoido on järjestetty sairaanhoitopiireittäin. Sairaanhoitopiirit tarjoavat yleissairaalapsykiatrian lisäksi erikoissairaanhoidollisia avo- ja laitospalveluita. Mielenterveystyön tavoitteena on muodostaa joustava ja toimiva hoitoketju ja palvelukokonaisuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Hoidon porrastamisella pyritään siihen, että potilas voi saada hoitonsa perusterveydenhuollosta ja vain tarvittaessa turvauttaisiin psykiatriseen erikoissairaanhoidoon. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 21–28; Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi on huomioitava yhteistyö toisen ja kolmannen sektorin eli yksityisten palveluntarjoajien, seurakunnan sekä järjestöjen kanssa. Sektoreiden välinen sujuva yhteistyö on tärkeä osa toimivaa palvelukokonaisuutta. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 21–28; Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Sote-uudistuksen eli sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutoksen ollessa pinnalla eri sektoreiden yhteistyön kehittäminen on myös ajankohtainen teema. Sektoreiden väliseen yhteistyöhön on kiinnitettykin huomiota esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan kansallisen kehittämisohjelman eli Kaste-ohjelman hankkeissa. Esimerkiksi Etelä-Savon uusi sote-palvelukonsepti eli ESSO-hanke (2014–2016) pyrkii luomaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluiden integraatiomallin ja ikäihmisten palveluita kehittävä Yhteisvoimin kotona-hankkeen (2013–2016) tavoitteena on muun muassa organisaatorajat ylittävän palvelutarpeen arviointimallin luominen. (Ahokas-Kukkonen 2016; Harjula 2016.)

3.2 Päihdetyö- ja palvelut

Päihteiden käytöllä ja päihdetyöllä on pitkä historia Suomessa. 1600-luvulta alkaen kirkoilla on ollut merkittävä vastuu päihdevalistuksesta ja kontrollista. Papit tekivät ennaltaehkäisevää päihdetyötä vielä kieltolakien ja raittiusliikkeen aikaan, 1900-luvun alussa, jolloin lainsäädännöllä ryhdyttiin määrittämään ja ohjaamaan alkoholistien huoltoon. Laki alkoholistihuollosta tuli voimaan 1937 ja se edusti pääasiassa kontrolliajattelua. Alkoholistihuolto rinnastettiin köyhäinhoitoon ja hoito- ja kustannusvastuu siirtyi valtiolle. Sotien jälkeen päihdehuollon tarve oli suuri ja näin ollen alkoholistihuolto alettiin entisestään kehittää ja uudistaa. Laitoshoido ja kontrolli olivat edelleen toiminnan keskeisiä periaatteita. Raittiusliikkeet, kieltolain kokemukset sekä sotavuosien

poikkeusolot määrittivät Suomen alkoholipolitiikkaa keskeisesti aina 1950-luvun alkuun saakka. Ensimmäinen vuonna 1948 perustettu alkoholihuoltoloiden laitos oli psykiatriajohtoinen ja tänä päivänä laitos tunnetaan nimellä Järvenpään sosiaalisairaala. Kansainvälinen AA-liike on lähtöisin 1950-luvulta, jolloin se sai vankan jalansijan alkoholisten toveritukijärjestönä. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 37–38.)

Alkoholilaki uudistettiin vuonna 1962. Tällöin alkoi mahdollisuus vapaaehtoiseen päihdehoitoon hakeutumiseen, tosin ohjaus tapahtui viranomaislähtöisesti asiakkaan ollessa toiminnan kohde. Laki edusti korjaavaa ja kuntouttavaa työtettä sekä suosi avohuollon palveluita ja tuen antamista perheille. Tällöin myös asiakasmyönteisyys lisääntyi selvästi. 1970-luvulla päihdehuollon palvelumuodot lisääntyivät ja laajenivat entistä enemmän järjestöjen tehtäväksi. A-klinikkatoiminta perustui moniammatilliseen hoitotyöhön, jossa sosiaalityön yleispalveluilla oli keskeinen merkitys. Nykyisen päihdetyön perustana toimivat 1980-luvulla tehdyt lainsäädännön uudistukset. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 39–40.) Tänä päivänä voimassa oleva päihdehuoltolaki (1986/41) määrittelee kuntien vastuuksi järjestää päihdepalveluita niin, että ne vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kuntalaisten avun, tuen ja hoidon tarvetta. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tehtävänä on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmankäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuoltoa järjestetään monimuotoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalveluissa sekä erityispalveluissa (Vuori-Kemilä ym. 2010, 41).

Tämän päivän päihdetyö on 2000-luvulla tullut entistä vahvemmin osaksi terveyden edistämistä. Päihteiden käytön ei nähdä olevan pelkästään yksilön ongelma vaan laajemmin koko yhteiskuntaa koskettava aihe. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 41.) Päihdetyö pitää sisällään sekä ehkäisevää että korjaavaa työtä. Ehkäisevä päihdetyö on laaja-alaista ja poikkihallinnollista yhteistyötä eri organisaatioiden välillä, jolla pyritään edistämään päihdeettömyyttä sekä vähentämään alkoholin, huumeiden ja tupakan tuomia haittoja yksilölle ja yhteiskunnalle. Ehkäisevä päihdetyö on nostettu valtakunnalliseksi kehittämistavoitteeksi ja sen tarkoituksena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon päihdetyöhön liittyvää osaamista sekä kehittää ehkäiseviä palveluita. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vaikuttamaan laajemmin ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Korjaavalla päihdetyö sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa järjestetyt päihdepalvelut sekä päihdehuollon erityispalvelut. Ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön välille muodostuu keskinäinen vuorovaikutus, eikä niitä voida tarkkarajaisesti erottaa toisistaan. (STAKES 2007, 6.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarjoajia jotka toteuttavat päihdetyötä ovat muun muassa terveyskeskukset, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, sosiaalipalvelut sekä erikoissairaanhoidon poliklinikat ja vuodeosastot. Päihdehuollon erityispalvelut ovat sosiaalihuollon palveluita, joita on kunnissa ja kuntayhtymissä toteutettu monin eri tavoin. Päihdehuollon erityispalveluissa tehdään päihdetyötä, joka sisältää päihdeongelman ja -hoidon tarpeen arviointia, terapeutista avohoitoa, vaativan katkaisuhoidon ja kuntoutuksen toteuttamista, jälkikuntoutusta, asumispalveluiden ja päivätoiminnan järjestämistä sekä asiantuntijapalveluiden ja konsultoivien palveluiden ylläpitämistä. (Holmberg 2010, 24–25.) Päihdehuollon erityispalveluiden toiminta on useimmiten keskitetty A-klinikalle tai vastaavalle toimijalle. Useimmilla kunnilla Suomessa on omaa A-klinikkatoimintaa tai ostopalvelusopimus lähikunnan A-klinikan kanssa. A-klinikkatoiminnalla on pitkät perinteet päihdehuollon keskeisenä toimijana. A-klinikan toiminta perustuu usein moniammatilliseen päihdetyöhön, joka toteutetaan avopalveluna. Toiminnassa on keskeistä asiakkaan akuuttityyppinen päihdehoito, jossa arvioidaan asiakkaan tilannetta ja toteutetaan tarvittaessa avohuollon keinoin vieroitusoireiden hoitoa ja kartoitetaan sosiaalisia ongelmia. Toinen keskeinen osa A-klinikan toimintaa on psykososiaalinen muutostyö, jota ohjaavat voimavara- ja ratkaisukeskeiset menetelmät. (Mäkelä & Aalto 2013, 48–51.)

Päihdehuollon erityispalveluiden laitospalveluista yleisemmin tunnettuja ovat katkaisuhoido- ja kuntoutuspalvelut. Katkaisuhoidossa järjestetään päihteiden käytön vieroitushoitoa, jonka tarkoituksena on katkaista päihdekierre. Hoitoon tulee sisältyä oireiden mukainen lääkehoito, mahdollisuus keskusteluun ja lepoon sekä tarvittaessa jatkohoidon suunnittelu. Vieroitushoidon jälkeen kuntoutumishoidon on tarkoitus vahvistaa yksilön myönteisiä voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Päihdehuollon laitospalveluihin luetaan myös selviämisasemat sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköt. Selviämisasemien tehtävänä on tarjota päihtyneelle suojaa ja ammattihenkilöiden apua selviämisen ajaksi. Asemilla tulee myös olla mahdollisuus jatkohoidon suunnitteluun. Selviämisasemien lisäksi Suomessa toimii ensisuoja, joiden tehtävänä on tarjota väliaikainen majoituspaikka päihdeasiakkaille. (Lappalainen-Lehto 2008, 135; Vuori-Kemilä ym. 2010, 3.) Satakunnan alueella toimii Porin Sininauha ry:n ylläpitämä ensisuoja, johon mielenterveys- ja päihdeongelmaisella on mahdollisuus hakeutua yöpymään (Porin Sininauha ry 2016). Erikoissairaanhoidon yksiköt, kuten Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikkö toteuttavat vaativaa katkaisuhoidoa sekä päihtyneen asiakkaan akuutti terveydenhuoltoa. (S. Myllyniemi, henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2014.)

Laitoshoitoon lukeutuvat kuntoutumispalvelut on tarkoitettu pidempiaikaiseen kuntoutumiseen, mikäli avohoidon palvelut eivät ole tarkoituksenmukaisia tai riittäviä. Laitoskuntoutuksen ja asumispalveluiden välinen raja on häilyvä. Monissa asumispalveluyksiköissä on järjestettynä myös päihdehoitopalveluita. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 43.) Asumispalveluissa päihdeasiakkaat saavat tarvitsemaansa tukea arkeen. Lisäksi asumispalveluissa on usein järjestetty erilaisia yhteisöllisiä toimintaa, joissa asukkaat osallistuvat talon yhteisiin toimintoihin. Yhteisöllisten menetelmien avulla pyritään edesauttamaan asiakkaan voimaantumista sekä osallistumista Asumispalveluiden yhteydessä saattaa toimia myös päiväkeskuksia. Asumispalvelut toimivat siirtymänä kuntouttavan laitoshoidon ja itsenäisen asumisen välillä.. (Lappalainen-Lehto 2008, 134–135.)

3.3 Selviämishoitoyksikkö osana mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2006 antanut terveydenhuollolle ohjeet päihtyneiden akuuttihoitojärjestämisestä. Päihtymystila ei ohjeistuksen mukaan saa olla hoidon esteenä akuuttihoitojärjestämisen tarpeessa olevan potilaan kohdalla. Terveydenhuoltoon hakeutuneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa, eikä psykiatrinen sairaala tai katkaisuhuoltoasema saa kieltäytyä ottamasta potilasta tutkittavaksi tai hoitoon päihtymystilan tai esimerkiksi toimipaikan määrittelemän promillerajan perusteella. (STM 2006, 13, 18–19.) Päivystyspoliklinikalla asioivista asiakkaista lähes kolmasosa tulee hoitoon päihtyneenä. Päihtyneenä asioivat potilaat kuormittavat terveydenhuollon päivystysyksiköitä ja saattavat aiheuttaa käyttäytymisellään haastavia tilanteita niin hoitohenkilökunnan kuin muiden potilaiden näkökulmasta. Potilailla, joille kertyy useita päihde-ehdoisia asiointeja päivystyspoliklinikoilla, on usein myös mielenterveydellisiä ja muita sosiaalisia ongelmia. (Koivunen, Harju, Hakala, Hänti & Välimäki 2014, 275.) Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikkö (Selma) ei suoranaisesti kuulu mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintakenttään vaan on osa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä. (S. Myllyniemi, henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2014.) Katson kuitenkin tarpeelliseksi avata Selman toimintaa, sillä tämä tutkimus sijoittuu suoranaisesti terveydenhuollon päivystyksen toimintakentälle. Tässä tutkimuksessa haastatellut asiakkaat on rekrytoitu Selman kautta. Käytän tässä luvussa asiakas-käsitteen sijasta potilas-käsitettä, joka tuntuu terveydenhuollon toimintaympäristöstä puhuttaessa luonnollisemmalta.

Päihtyneiden potilaiden hoidolla Selmassa tarkoitetaan kokonaisvaltaista hoidollista palvelua silloin kun päihtyneellä potilaalla ilmenee sairaalahoidon tarvetta somaattisesta tai psyykkisestä sairaudesta

johtuen. Selma on saanut alkunsa projektiluontoisesta toiminnasta ja sen toiminta on vakinaistettu kesällä 2010. Selman perustamisen tarkoituksena on ollut kehittää päihdepotilaiden hoidon laatua. Selman toiminnalla on ollut laadun parantamisen lisäksi muitakin myönteisiä vaikutuksia päivystyksen toimintaan. Päihtyneet potilaat päivystyksessä pyritään keskittämään Selmaan, mikäli potilaan tilanne vaatii vuodepaikkaa seurannan tai lisätutkimuksien vuoksi. Päihdepotilaiden siirtäminen vuodepaikoille on rauhoittanut päivystyksen odotusaulaa, joka on muun muassa lisännyt henkilökunnan ja muiden potilaiden turvallisuutta. Selman toiminnan tavoitteena on tarvittavan hoidon lisäksi suorittaa mini-interventio ja tarvittava jatkohoitoon ohjaus. (Koivunen ym. 2014, 275–277.)

Mini-interventio on päihteiden käytön puheeksiottoa potilaan kanssa. Se on tunnetuin riskien ehkäisymenetelmä, jolla pyritään vaikuttamaan päihteiden riskikäyttöön ja suurkulutukseen. Mini-interventio voi suppeimmillaan tarkoittaa yhden kerran käytävää keskustelua, jossa potilaan riskikäyttö tunnistetaan ja potilaalle annetaan motivoitumista edistävällä otteella tietoa päihteiden käytön riskeistä ja päihdepalveluista. Laajemmin toteutettuna mini-interventio voi olla hoitojakson yhteydessä annettavaa neuvontaa, tukea, seurantaa ja hoitoon motivointia. Mini-interventio vaikuttavuudella on vahva tutkimuksellinen näyttö. Tutkimustulokset osoittavat keskustelun päihteiden käytöstä hyödylliseksi myös päihderiippuvuuden ollessa vakava. Työssään päihteiden käyttäjiä tapaavien työntekijöiden on tärkeää saada koulutusta päihdekeskusteluihin ja heillä tulee olla käytössään puheeksioton työvälineitä, esimerkiksi AUDIT-testejä. Maailman terveysjärjestö WHO:n laatima AUDIT-testi on lyhyt kysely, jonka avulla selvitetään päihteiden käyttöön liittyviä riskejä ja viitteitä suurkulutuksesta. Lisäksi testi toimii hyvänä keskustelun käynnistäjänä ja apuvälineenä. (Havio ym. 2014, 120–122.) Päihdeinterventioiden tekeminen vaatii henkilökunnalta positiivista asennetta ja suhtautumista päihtyneiden ja päihdeongelmaisten potilaiden hoitoon. (Koivunen ym. 2014, 277.)

Päihteiden käytön puheeksiottamiseen koulutettujen lääkäreiden ja hoitajien lisäksi selviämishoitoyksikössä on mahdollisuus laajempaan moniammatilliseen työskentelyyn. Moniammatillisella työskentelyllä tarkoitetaan yhteistyötä eri terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa, joita päivystyksessä kutsutaan erityistyöntekijöiksi. Päivystyksessä työskentelevien erityistyöntekijöiden joukko koostuu psykiatrisista sairaanhoitajista, geriatrisesta sairaanhoitajasta, fysioterapeutista, farmaseutista ja sosiaalityöntekijästä. Usein moniammatillinen yhteistyö ulottuu lisäksi virka-ajalla toimiviin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin sekä virka-ajan ulkopuolella toimivaan Satakunnan alueen sosiaalipäivystykseen. Moniammatillinen yhteistyö

mielenterveys- ja päihdepotilaan kohdalla on ongelmien monimuotoisuuden vuoksi merkityksellistä. Lisäksi väestön ikääntyminen, syrjäytymisen lisääntyminen ja potilaiden moniongelmaisuus tuovat lisähaasteita sosiaali- ja terveydenhuollolle, jolloin moniammatillisen osaamisen merkitys korostuu. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 260.)

3.4 Mielenterveys- ja päihdeasiakas palveluvidakossa

Aikaisemmissa luvuissa on kuvattu mielenterveys- ja päihdeasiakkaan heikkoa toimintakykyä ja asiakasryhmän heikkoa kykyä sitoutua heille tarjottuihin palveluihin. Palvelujärjestelmän näkökulmasta näyttää siltä, että asiakkailta puuttuu heidän tarvitsemansa tuki ja palvelut, ja näin ollen he ohjautuvat huonokuntoisena muun muassa terveydenhuollon päivystykseen.

Katja Malin-Kaartinen (2015) kuvaa päihdeasiakkaiden suhdetta palvelujärjestelmään kolmesta eri näkökulmasta käsin. Ensimmäisessä päihteiden käyttäjien ryhmässä ovat niin sanotut palveluiden suurkuluttajat, jotka käyttävät paljon erilaisia palveluja. Toisena ryhmänä ovat sellaiset päihteiden käyttäjät, jotka eivät saa tarvitsemaansa apua ja palveluita vaan tippuvat palvelujärjestelmien väliin. Tätä ryhmää Malin-Kaartinen kutsuu nimellä väliinputoajat. Kolmantena ryhmänä ovat tavoittamattomat, joilla tuen ja avun tarpeen voidaan katsoa olevan suuri mutta he eivät tule palvelujärjestelmän tietoisuuteen. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja joustamattomuus muodostuu suureksi ongelmaksi asiakkaan ja palvelujärjestelmän välille. Päihteiden käyttäjä voi kokea palvelujärjestelmän vaikeaselkoisena, eikä näin ollen osaa tulkita sitä oikealla tavalla, minkä seurauksena palveluihin hakeutuminen vaikeutuu. Lisäksi palveluiden tavoitettavuus muodostuu ongelmalliseksi siinä kohtaa, kun mielenterveys- ja päihdeongelmaisella on monia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia.

Riitta Toiviainen (2008) on nostanut esiin päihdepalveluihin hakeutumiseen liittyviä ongelmia, jotka näkyvät kielteisten hoitopäätösten perusteluina. Näitä ovat taloudellinen niukkuus, asunnottomuus kotikunnassa, useat aiemmat hoitokaksot sekä asiakkaan kyvyttömyys osoittaa sitoutumista päihdeettömyyteen. Päihdepalveluita tarvitseva henkilö saattaa valitettavan usein jäädä ilman hoitoa edellä mainittujen syiden vuoksi. Päihdeasiakkaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin, eikä poissulkea asiakasta päihdepalveluista päihteiden käytön lisäksi esiintyvien muiden sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien vuoksi. (Toiviainen 2008, 163–166.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat suunniteltu standardien mukaisesti ja sektorijako vaikeuttaa asiakkaan kokonaistilanteen kartoitusta. Palveluiden jakautuminen ja useat asiakassuhteet vaikeuttavat asiakastilanteen arvioimista, eikä mikään taho pysty muodostamaan kokonaiskäsitystä siitä, luovatko palvelut asiakkaan toimintakykyä ja elämänlaatua parantavan kokonaisuuden. Palvelujärjestelmän sektorijako tuottaa työtä omasta organisaatiostaan käsin ja jokainen työntekijä määrittelee omat toimintamahdollisuutensa asiakkaan auttamiseksi siitä näkökulmasta, mikä kuuluu hänen työnkuvaansa. Toimintamahdollisuudet arvioidaan usein järjestelmälähtöisesti ja pohditaan mitä tukea ja palveluja asiakkaalle on tarjota, eikä niinkään siitä lähtökohdasta käsin, minkälaisista palveluista asiakas hyötyisi. Palvelujärjestelmän sudenkuopista on muodostunut yksittäisten asiakkaiden näkökulmasta ongelmallinen ja toimimaton kokonaisuus, jossa asiakas saatetaan nähdä sitoutumattomana tai jopa toivottomana tapauksena. (Malin-Kaartinen 2015, 63; Suominen 2015, 27.)

3.5 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisen haasteet ovat tiedostettuja. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo pitkään pyritty asiakas- ja potilaskeskeisyyteen mutta palvelujärjestelmässä on edelleen heikkouksia, jotka muodostuvat organisaatiokeskeisyydestä. Suomessa on ryhdytty viime vuosien aikana yhteiskuntapoliittisiin uudistuksiin, jotka luovat rakenteellisia, alueellisia ja hallinnollisia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleenorganisointiksi. Yhteiskuntapoliittiset uudistukset ja muutospaineet tuovat omat haasteensa myös sosiaali- ja terveysalan käsitteelliseen, organisatoriseen, professionaaliseen ja toiminnalliseen integroimiseen. Tämä näkyy myös mielenterveys- päihde- ja kuntoutuspalveluissa, joissa pyritään laajempiin palvelukokonaisuuksiin palveluiden integroimisella. (THL 2014; Väyrynen & Lindh 2013, 405–406.)

Palveluiden kehittäminen vaatii poliittista päätöksentekoa sekä asennemuutosta. Kunta- ja palvelurakennemuutos on tuonut palvelujärjestelmän uudelleenorganisointiin kustannustehokkuuden, palveluiden toimivuuden ja laadun näkökulman, joihin pyritään palveluiden integroimisella. (Havio ym. 2014, 100.) Tähän mennessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden laadun kehittämisessä on pyritty kouluttamaan henkilökuntaa, lisäämään näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä, parantamaan palvelujärjestelmän eri tahojen yhteistyötä ja palveluvalikoimaa. Lisäksi moniongelmaisten kuten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tarpeita on pyritty huomioimaan aikaisempaa enemmän. (Stenius, Kekki, Kuussaari & Partanen 2012, 167.) Suomessa on viime vuosien aikana toteutettu useita mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen kannalta

merkittäviä valtakunnallisia ja alueellisia hankkeita. Esimerkiksi Päihteet Mielessä -tutkimus on vuosina 2011–2014 hankkinut tietoa siitä, miten palveluintegraatio vaikuttaa päihdeongelmien määrittelyyn sekä hoidon laatuun, saatavuuteen ja kustannuksiin. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Kaste-ohjelmaan kuuluvat Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille -hankkeet ovat keskittyneet kehittämään asiakaslähtöisiä palvelukonsepteja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille (Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille).

Valtakunnallisissa linjauksissa on yli kymmenen vuoden ajan painotettu kunnallisen mielenterveys- ja päihdestrategian laatimista yhtenä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut valtakunnallisia mielenterveys- ja päihdetyölle periaatteita ja painotuksia vuoteen 2015. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli 2009 lähtökohtana on ollut mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys, jonka seurauksena on nähty merkityksellisenä linjata ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhtenä kokonaisuutena. (Laitila, 2013, 7-13.) Suunnitelman pääteemoiksi on valittu asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa sekä tiiviisti yhteen sovitussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Suunnitelmassa on lisäksi esitetty ehdotuksia tarvittavista ohjauskeinoista suunnitelman toteuttamiseksi. Valtakunnallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa laadittaessa on otettu huomioon meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän laaja lainvalmisteluohjelma. (STM 2009, 13.)

Stenius ym. (2012) määrittelevät palveluiden integroimiselle olevan kaksi merkityksellistä tekijää. Ensimmäinen on mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaisuuden lisääntyminen, minä vuoksi palvelujärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan moniulotteisemmin asiakkaiden palveluntarpeeseen. Toisena tekijänä voidaan pitää palvelujärjestelmän pirstaleisuutta, minkä seurauksena mielenterveys- ja päihdepalvelut on aikaisemmin järjestetty toisistaan täysin erillään, eivätkä ne ole näin vastanneet asiakkaiden tarpeisiin. Mielenterveys- ja päihdetyön laadun ja saatavuuden lisäksi integraation taustalta löytyy taloudellisia intressejä. Palveluiden järjestämisellä integroidusti vältetään työn tekemisen päällekkäisyyksiä ja näin ollen resurssit tulevat tehokkaammin käyttöön. Huvinen, Joutsenlahti & Metteri (2014) kuvaavat artikkelissaan palvelujärjestelmän heikkoutta suhteessa asiakkaaseen. Asiakkaan elämä on kokonaisuus mutta organisaatioiden standardisoidut palvelupaketit estävät erilaisten tietojen luovan ja tilanteen mukaisen yhdistelyn. Palveluintegraatio on tämän näkökulman mukaan toivottavaa myös asiakkaan näkökulmasta.

4. OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN PERUSTANA

Mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan osallisuus on tunnustettu arvo ja tavoite. Osallisuutta voidaan tarkastella keinona asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi mutta myös itsessään työn päämääränä. Osallisuuden käsite on vaikeasti määriteltävissä ja se mielletään usein samaa tarkoittavaksi kuin osallistuminen. Osallisuudella nähdään kuitenkin olevan laajempi merkitys kuin osallistumisella. Sitä voidaan tarkastella näkökulmasta, jossa palveluiden käyttäjillä ja heidän toiminnallaan on vaikutus koko palveluprosessiin. Osallisuus mielletään asiakkaan kokemukseksi ja aidoksi osallistumiseksi. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta osallisuutta voidaan tarkastella sosiaalisen osallisuuden näkökulmasta Halu tuottaa asiakkaille heidän tarpeitaan vastaavia palveluita tuo tarkasteluun palvelunjärjestelmän näkökulman. (Laitila 2010, 7-9, 16; Laitila & Pietilä 2012, 10.)

Asiakasnäkökulmasta osallisuus on yhteiskuntaan kiinnittymistä, kokemusta yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenyydestä, mahdollisuutta osallistua, toimia ja vaikuttaa. Osallisuus vaatii muutakin kuin osallistumista oman hoidon ja palvelun suunnitteluun. Yksilöllisestä näkökulmasta tarkasteltuna osallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien oikeutta olla mukana heitä koskevassa päätöksenteossa. Osallisuudella voidaan vaikuttaa lisäksi asiakkaan hallinnantunteeseen ja itsetuntoon sekä luoda terapeutin ja voimaannuttava asiakassuhde. Kokemus osallisuudesta tukee asiakkaan integroitumista yhteiskuntaan ja vähentää leimaamiseen liittyviä kokemuksia ja syrjäytymistä. (Laitila 2010, 7-9, 16; Laitila & Pietilä 2012, 10.)

Asiakaslähtöisyys on osallisuuden lähikäsite. Asiakkaan osallisuutta tarkastellessa on olennaista kiinnittää huomio asiakaslähtöisyyteen, jolla viitataan organisaatioiden ja työntekijöiden toimintaan, arvoihin ja asenteisiin. Organisaatioiden ja työntekijöiden toimintatapojen asiakaslähtöisyyttä tarkastelemalla ja kehittämällä voidaan vaikuttaa asiakkaan osallisuutta edistäviin ja ehkäiseviin tekijöihin. Asiakkaan oikeuksia ja niiden toteutumisesta on säädetty laeilla, muun muassa lait potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittelevät asiakkaan oikeuksia asiakaslähtöisen mielenterveys- ja päihdetyön perustana. Palvelujärjestelmän ja organisaatioiden standardimaisuus, asiakkaiden puutteelliset tiedot palveluista sekä asiantuntijavallan korostaminen luovat esteitä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. (Laitila 2010, 24–25.)

Osallisuudella kuvataan siis asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista yksilön, yhteisön sekä yhteiskunnan tasolla. (Laitila 2010, 7-9, 16; Laitila & Pietilä 2012, 10.) Asiakaslähtöisyyden käsite on moniulotteinen, kuten sen määrittelemisen ja toteutumisenkin (Laitila 2010, 24–25). Sekä osallisuuden että asiakaslähtöisyyden tilaan ja niiden vahvistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota päihde- ja mielenterveyspalveluissa sekä sosiaalityössä, joissa asiakkaina on erityisen haavoittuvassa yhteiskunnallisessa asemassa olevia henkilöitä. Tässä luvussa keskitynkin osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden merkityksiin ja niiden vahvistamiseen mielenterveys- ja päihdetyössä sekä sosiaalityössä.

4.1 Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdetyössä

Asiakkaan osallisuus korostuu useissa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmissa, strategioissa, ohjelmissa ja laeissa. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa osallisuutta tarkastellaan asiakkaiden ja heidän omaistensa osallistumisena mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Suunnitelman yhtenä tavoitteena on vahvistaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asemaa tasavertaisina sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä sekä vähentää sairauteen liittyvää leimautumista. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuuden tukemisessa tarvitaan erilaisia osallisuuden muotoja, jotta asiakkaan osallisuutta voidaan tukea parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaan osallisuuden tukemisen lähtökohdina ovat asiakaslähtöinen toiminta ja rakenteet. Palveluita käyttävillä asiakkailla on tärkeää kokemukseräistä tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi palveluiden kehittämisessä, arvioinnissa, laadun seurannassa sekä työntekijöiden koulutuksessa. (Laitila 2010, 2-4, 22.)

Minna Laitila (2010) on tutkinut väitöskirjassaan asiakkaiden osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Osallisuus on määritelty aikaisemmissa tutkimuksissa sekä palvelun käyttäjän kokemuksena osallisuudesta että toimintana, jolla tarkoitetaan osallistumista. Laitilan (2010, 57) mukaan osallisuuteen vaikuttavat monet yhteiskuntaan, palvelujärjestelmään, työntekijöiden asenteisiin ja toimintaan sekä palvelunkäyttäjään liittyvät tekijät. Nämä tekijät voivat joko edistää tai ehkäistä asiakkaan osallisuuden toteutumista.

Osallisuutta edistävät ja estävät tekijät

Edistävät tekijät:

- tieto
- työntekijöiden asenteet, arvot, motivaatio
- aika
- halu dialogiin
- selkeä lainasäädäntö ja rakenteet
- hyvät käytännöt
- erilaiset tavat osallistua
- tukirakenteet

Estävät tekijät:

- työntekijöiden kielteiset asenteet ja toimintatavat
- paternalismi
- työntekijöiden voimattomuus
- rajalliset resurssit
- stigma, yleiset asenteet ja stereotyyppit
- asiakkaan halu, kyky ja motivaatio

Kuvio 2. Osallisuuden edistävät ja estävät tekijät. (Laitila 2010.)

Mielenterveys- ja päihdetyössä pyritään vaikuttamaan ongelmille altistaviin ja niiltä suojaaviin tekijöihin. Mielenterveys- ja päihdetyön yksi osallisuutta edistävä tekijä on asiakaslähtöinen toiminta. Se syntyy muun muassa asiakkaan ja työntekijän välisessä dialogissa. Asiakassuhteen vuorovaikutus tulee olla vastavuoroista ja perustua siihen, että myös asiakkaan näkemys omasta tilanteestaan tulee huomioiduksi. (Laitila 2010, 24–25.) Asiakassuhde on sopimukseen perustuva ja siinä korostuvat tavoitteellisuus, luottamus ja sen lähtökohtana tulee olla asiakkaan avun- tai palveluntarve. Asiakassuhteen tavoite tulee olla asiakkaassa, joka tuo vuorovaikutussuhteessa esiin koko elämäntarinansa. Asiakkaan kunnioitus ja ihmisarvo muodostavat asiakassuhteen perustan. Henkilökohtaisten elämäntarinoiden kertominen edellyttää asiakassuhteen luottamuksellisuutta ja työntekijän salassapitovelvollisuutta. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 48–50.)

Asiakassuhteen tunnusomaisena piirteenä on työntekijän pyrkimys ymmärtää asiakasta, hänen elämäntilannettaan sekä hänen käyttäytymisensä mielekkyyttä. Pyrkimys ymmärryksestä ei tarkoita, että työntekijän tulisi asiakassuhteessa hyväksyä ja sallia asiakkaan huonoa käytöstä tai toimintatapoja. Työntekijän tulee tunnistaa turvallinen asiakassuhde ja luoda ammatillisia rajoja suhteessa asiakkaaseen. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 48–50.) Asiakaslähtöisyyden kritiikki perustuu sen olemassa olevaan itseisarvoon. Asiakastyötä tekevät työntekijät näkevät työnsä perustuvan automaattisesti asiakaslähtöisyyteen ja näin ollen asiakaslähtöisyyden kriittinen tarkastelu ja arviointi

muodostuvat hankalaksi. Tämän vuoksi asiakaslähtöisyyden perustaksi tarvittaisiin selkeästi määritellyt kriteerit, työnjakoa ja tavoitteita. (Laitila 2010, 24–25.)

Asiakkaiden mielipiteiden kuuleminen vaatii aikaa ja työntekijän luopumista asiantuntijaroolista. Laitilan (2010) tutkimuksessaan haastatellut asiakkaat toivat esiin asennekysymyksiä ja työntekijöiden suhtautumista mielenterveys- ja päihdeongelmaisiiin. Asiakkaiden käsitys oli, että työntekijöillä on kielteisiä asenteita, ennakkoluuloja ja tiedon puutetta suhteessa asiakkaisiin. Tämän vuoksi työntekijät eivät näe asiakkaissa potentiaalia osallistua ja tuoda esiin mielipiteitään hoitoon ja kuntoutukseen liittyen. Ilmari Rostilan (2001, 36) mukaan ratkaisukeskeisen työn perustana tulisi olla asiakaskeskeisyys, jossa luotetaan asiakkaan kykyyn määrittää omia tavoitteitaan ja niiden toteutumiseen vaadittavia keinoja. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat toivat esiin myös vahvan kokemuksensa palveluista ja siitä, että palveluiden suunnittelu ja kehittäminen ovat turhaa työtä ilman asiakkaan mukaan ottamista. Onkin luonnollista ajatella, että ilman kokemusta palveluista ei voi tietää mihin suuntaan niitä tulisi kehittää. Positiivista on, että asiakkaiden eli palveluiden käyttäjien mielipiteistä ja kokemuksista ollaan yhä enemmän kiinnostuneita. (Laitila 2010, 86, 93.)

Toivo ja mahdollisuus muutokseen ovat mielenterveys- ja päihdetyössä kaksi hyvin keskeistä elementtiä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailta on lähes kaikilla toivo jonkinlaisesta muutoksesta elämässä. Asiakassuhde rakentuu positiiviseen ajatteluun siitä, että toivo ja muutoksen mahdollisuus ovat aina olemassa vaikka nykytilanne vaikuttaisi vastakkaiselta. Työntekijän kannustus vaikeissakin tilanteissa on hyvin merkityksellistä asiakkaan toivon ylläpitämisessä, myös silloin kun asiakas kokee epätoivoa ja on luovuttamaisillaan. Työntekijän toivon välittäminen on ensiarvoisen tärkeää silloin kun kyse on hyvin epätoivoisesta, itsetuhoa hautovasta tai vuosikausia päihderiippuvuuden ja jatkuvien retkahduksien kanssa eläneestä asiakkaasta. Toivon ylläpitäminen vaikeassa elämäntilanteessa olevien mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden kohdalla on olennainen ja haastava osa työtä. Työntekijöiden suhtautuminen jatkuvasti katkaisuhoitoon hakeutuviin tai syvästi masentuneisiin, useita itsemurhayrityksiä tehneisiin asiakkaisiin voi olla haastavaa. Työntekijän tulee haasteista huolimatta nähdä asiakkaassa toivo ja mahdollisuus muutokseen. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 50–51.)

4.2 Osallisuus sosiaalityön näkökulmasta

Osallisuutta ja asiakkaan aseman vahvistamista on ryhdytty korostamaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä 2000-luvulla. Asiakkaiden kokemusten tunnistaminen tai osallisuus eivät kuitenkaan ole sosiaalityön tutkimuksessa uusia asioita vaan asiakkaiden asemaa on tarkasteltu kriittisestä näkökulmasta jo viime vuosituhaten puolella. Tällöin on herännyt kysymyksiä muun muassa siitä, onko asiakas sosiaalityön kohde vai subjekti. Anneli Pohjola (2010) tarkastelee asiakkaan kohtaamista subjektina. Hän toteaa asiakkaan jäsentämisen subjektiksi olevan hankalaa. Sosiaalityön tulisi kuitenkin lähteä asiakkaan tarpeista, eikä palvelujärjestelmän tarpeista. Sosiaalityön asiakkaaksi tullaan jonkinlaisen elämäntilanteeseen liittyvät ongelman vuoksi ja ongelmatilanteen olemassaolo on yleisesti sosiaalityön tarpeen lähtökohta. Sosiaalityön tehtävänä on auttaa asiakkaita ratkaisemaan ongelmiaan liittyen erinäisiin haasteellisiin tilanteisiin ja näin ollen ongelmakehyksestä ei varmasti koskaan pystytä irtautumaan.

Sosiaalityön näkökulmasta osallisuus tarkoittaa asiakkaan osallisuuden vahvistamista suhteessa omaan elämään, sen tapahtumiin ja siihen liittyviin elämänpoliittisiin ratkaisuihin. Sosiaalityön luonnetta ja asiakassuhdetta tarkastellessa on olennaista tarkastella myös sitä, minkälaisena mielenterveys- ja päihdeasiakas nähdään ja miten hänet kohdataan. Sosiaalityön katsotaan olevan luonteeltaan asiakasta osallistavaa. Sen lähtökohtana on asiakkaan omista lähtökohdista esiin nostama tieto ja ajatus siitä, että asiakkaan elämään ja siihen liittyviä ongelmatilanteita ja muutostarpeita voidaan tarkastella yhdessä, asiakkaan ja työntekijän välisessä kumppanuussuhteessa. (Juhila 2006, 118.)

Kyösti Raunion (2009) mukaan asiakaslähtöisyys luo sosiaalityölle perustan eettisesti korkeatasoisen työn toteuttamiseen. Sosiaalityön ammattieettisissä lähtökohdissa korostetaan asiakkaiden tasa-arvoista kohtelua ja näin ollen sosiaalityö pyrkii osaltaan vaikuttamaan myös asenteisiin. Eroihin perustuvassa sosiaalityössä korostetaan ihmisten kunnioittamista sekä yksilöllisyyden ja moninaisuuden hyväksymistä. Sosiaalityön näkökulmasta mielenterveys- ja päihdetyössä on tärkeää nähdä asiakkaat tasa-arvoisina, eikä yhden ominaisuuden, kuten mielenterveys- tai päihdeongelman, kautta. Asiakkaiden kohtaamisessa tämän kaltainen avoimuus ei ole kuitenkaan helppoa, sillä mielenterveys- ja päihdetyön kohdalla hoitotahot ovat usein erikoistuneet tietynlaisten ongelmien ratkaisuun ja hoitoon ja näin ollen asiakas tulee helposti kohdatuksi ongelmansa kautta. (Juhila 2006, 110–111.)

Yhteiskunnassa esiintyvät näkemykset ja asenteet mielenterveys- ja päihdeongelmaisiin liittyen ovat edelleen varsin kielteisiä (Vuori-Kemilä ym. 2010, 47). Sosiaalityön näkökulmasta tärkeä kysymys on, nähdäänkö ihminen ongelman kantajana vai onko hänen tilanteensa ongelmallinen. Asiakkaita tarkastellaan valitettavan usein palvelujärjestelmän näkökulmasta, jonka kautta luodaan yleistyksiä palveluiden käyttäjistä ja heidän elämäntilanteistaan. Pohjolan (2010, 29.) mukaan palvelujärjestelmäkeskeinen näkökulma kuvastaa systeemimaailman tarkastelua, jossa keskiössä ovat palvelutarpeiden yleinen määrittely, asiakasmäärät, -virrat ja -jakaumat sekä palveluiden taloudelliset kustannukset ja tuottavuus. Tällöin ihmisen elämämaailman tarkastelu jää vähemmälle ja asiakkaiden tarpeita tarkastellaan palvelujärjestelmän yleisenä tilauksena asiakkaan tilanteen ainutlaatuisuuden sijasta.

Raunio (2009) kuvaa sosiaalityön palvelujärjestelmäkeskeisen perspektiivin sosiaalitoimistossa tapahtuvaksi kohtaamiseksi, jossa korostuu sosiaalityöntekijän institutionaalinen asema. Sosiaalityön asiakkuuden nähdään osittain johtuvan yksilön vaikeuksista sopeutua yhteiskunnallisiin muutoksiin ja tätä vasten työntekijöille on myönnetty valta ja oikeutus sosiaalisen kontrollin harjoittamiseen. Palvelujärjestelmäkeskeinen perspektiivissä toimistossa tehtävän työn katsotaan määrittelevän liikaa työskentelyä asiakkaan kanssa. Toimistotyölle luonnollista on asiakkaiden kontrolloiminen ja terapeutin perspektiivin suhde on jännitteinen, jopa kielteinen. Palvelujärjestelmäkeskeinen perspektiivi asettaa työlle vaatimuksia, jotka kohdentavat sosiaalityöntekijän palvelujärjestelmän tekniseksi toimeenpanijaksi, asiakastyöntekijän sijaan. (Emt., 187–189.)

Palvelujärjestelmässä asiakkaan tarpeiden muodostuminen tapahtuu usein yleistysten kautta. Asiakassuhde on monimuotoinen ja siihen liittyy useita ristiriitoja. Tämän päivän sosiaalipoliittinen tavoite on asiakkaiden osallistuminen ja näkemys asiakkaasta palveluja koskevan tiedon tuottajana. (Pohjola 2010, 29.) Timo Toikon (2011) mukaan palvelujärjestelmää on vaikea kehittää, jollei kehittämisessä huomioida niiden asiakkaiden kokemuksia ja tietämystä, joita palvelujen kehittäminen todella koskettaa. Palvelujärjestelmän näkökulmasta asiakas hahmottuu ongelmankantajaksi ja asiakas tulee kuvatuksi negatiivisen ongelmakehyksen kautta. Ongelma-ajattelu muodostaa asiakkaista joukon tietynlaisia ”tapauksia”, jolloin yksilölliselle kohtaamiselle ei jää tilaa. Asiakkaan tarkastelu ongelmakehyksen kautta luokittelee hänet toiseuden kategoriaan suhteessa tavallisina pidettyihin ihmisiin. Asiakkaiden määrittely ja luokittelu ongelmakehyksen kautta heijastuu myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Mielenterveys- tai päihdeasiakas monine tarpeineen muodostuu haasteeksi palvelujärjestelmälle ja ammattilaisille. Keskeistä haasteen

ratkaisemisessa on se, miten hyvin työntekijät tuntevat asiakkaan, tiedostavat hänen kokonaistilanteensa ja kykenevät kohtaamaan hänet ihmisenä ja yksilönä. (Pohjola 2010, 30–31.)

Sosiaalityössä terapeutin perspektiivi kuvastaa työtä yksilön voimavarojen vahvistajana, tarkoituksenaan auttaa asiakasta käyttämään itsellään olevia mahdollisuuksia henkilökohtaiseen kasvuun, itsensä toteuttamiseen ja elämänhallintaan. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla tämän kaltaista kohtaamista tapahtuu muun muassa mielenterveystoimistoissa sekä A-klinikoilla. Terapeutin perspektiivin kautta asiakassuhde muodostuu tasa-arvoista vuorovaikutusta korostavaksi. Tällöin kyseessä ei ole työntekijän asettuminen yliveriseksi asiantuntijaksi vaan korostaa työntekijän oman persoona, kokemuksen ja intuition merkitystä. (Raunio 2009, 189–190.)

Asiakkaan aseman vahvistamista on pyritty määrittämään monesta näkökulmasta. Se tuodaan esiin myös yhtenä valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisenä tavoitteena. Asiakkaan osallistumisen ja mukana oleminen palveluprosesseissa on katsottu edistävän asiakkaan asemaa. Pohjala (2010) kuvaa puheen asiakkaan osallistumisesta jääneen kuitenkin yleiselle tasolle. Huonoimmillaan asiakkaan osallistumiseksi voidaan katsoa asiakkaan läsnäolo häntä koskevassa palvelutapahtumassa. Kehittyneempi muoto osallistumisesta on asiakkaan tasaveroinen osallisuus palveluissa. Tämä edellyttää, että asiakassuhteessa on muodostunut vuorovaikutteinen yhteistyösuhde, jossa asiakasta kuunnellaan aidosti. Osallisuuden edistyneempää muotoa kuvataan kumppanuudeksi. Yhteistyösuhde muodostuu kumppanuudessa tavoitteita asettavaksi, jolloin työskentelyprosessi tavoitteiden saavuttamiseksi toteutetaan asiakkaan kanssa yhdessä. Kumppanuuden käsitteen kriittisessä tarkastelussa kumppanuuden katsotaan jäävän retoriseksi tavoitteeksi. (Emt., 58.)

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvailen tutkimustehtävääni ja avaan tutkimuskysymyksistäni. Lisäksi esittelen tutkimuksen metodologiset valinnat ja sen toteuttamisen tavat. Kuvaan fenomenologista tutkimussuuntausta osana laadullista tutkimusta, perustelen aineistonhankintaan ja sen keräämiseen liittyvät valinnat, jonka jälkeen kerron tekemistäni sisällönanalyysistä. Lopuksi esittelen tutkimuksen teon aikana eteeni tulleita eettisiä kysymyksiä ja niiden pohdintoja.

5.1 Tutkimustehtävä

Tutkimuksessani olen kiinnostunut siitä, minkälaisia elämäntilanteita ja palvelukokemuksia selviämishoitoyksikön mielenterveys- ja päihdeasiakkailta on. Tutkimustehtäväni on selvittää asiakkaiden näkemyksiä elämäntilanteestaan, päihteiden käytöstään, päihteettömyydestään sekä mahdollisista palvelukokemuksistaan sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kiinnostukseni tutkimuksen teemaan on herännyt henkilökohtaisen työni myötä terveydenhuollon päivystyksessä. Näen työssäni lähes päivittäin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, jotka ovat sitoutumattomia tai haluttomia palveluihin. Haluaisin selvittää sitä, mistä tämä johtuu ja ovatko he mahdollisesti useista ongelmistaan johtuen jääneet palvelujärjestelmän väliinputoajiksi. Lisäksi olen kiinnostunut asiakkaiden palvelukokemuksista selviämishoitoyksikön toimintaan liittyen. Oman näkemykseni mukaan terveydenhuollon päivystyksessä ei useinkaan ole riittävä osaamista tai resursseja mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja päihteiden käytön puheeksiottoon sekä palveluihin ohjaamiseen. Moniammatillisen työotteen hyödyntäminen ja ammattikuntien välinen yhteistyö korostuu näissä tilanteissa. Pysin saamaan vastauksia kysymyksiini haastattelemalla tätä asiakasryhmää. On tärkeää saada palveluiden käyttäjät osallistumaan ja arvioimaan omaa tuen tarvettaan sekä saattaa heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden ääni kuuluviin.

Tarkemmat tutkimuskysymykseni ovat:

1. *Minkälaisia näkemyksiä selviämishoitoyksikön asiakkailta on omasta elämäntilanteestaan?*
2. *Minkälaisia kokemuksia selviämishoitoyksikön asiakkailta on saamastaan tuesta ja sen tarpeesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista?*
3. *Minkälaisena selviämishoitoyksikön toiminta näyttäytyy asiakkaiden kertomuksissa?*

5.2 Laadullinen tutkimus ja fenomenologinen tutkimussuuntaus

Tutkimukseni sijoittuu laadullisen tutkimuksen kentälle ja sen metodologisena viitekehyksenä toimii fenomenologinen tutkimustraditio. Yhteiskunnallisen tutkimuksen tekeminen voidaan perinteisesti jaotella laadulliseen tai määrälliseen tutkimukseen. Laadullinen ja määrällinen tutkimus saatetaan nähdä toisilleen vastakkaisina tutkimusmenetelminä. Tämän kaltainen jäsenitys ei kuitenkaan vastaa todellisuutta vaan laadullinen ja määrällinen tutkimus tulisi nähdä toistensa jatkumona, eikä ole perusteltua nähdä niitä toisensa poissulkevinä tutkimusmenetelminä. (Alasuutari 1993, 31–32.) Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan olennaista on käyttää tutkimusongelmaan sopivaa menetelmää. Määrällisen tutkimuksen tunnuspiirteinä nähdään lomaketutkimus ja sen saattaminen taulukkomuotoon. Määrällistä aineistoa pyritään argumentoimaan lukujen ja niiden välisten systemaattisten, tilastollisten yhteyksien avulla. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena, joka koostuu erillisistä tutkimusyksiköistä kuten yksilöhaastatteluista. Määrälliseen tutkimukseen verraten laadullisessa tutkimuksessa johtolangoiksi eivät kelpaa tilastolliset todennäköisyydet ja näin ollen tutkimusyksiköiden suuri määrä laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarpeen. (Alasuutari 1993, 34–39.)

Alasuutarin (1993) mukaan laadullinen tutkimus koostuu kahdesta vaiheesta; havaintojen pelkistämisestä ja arvoitusten ratkaisemisesta. Havaintojen pelkistämässä olennaista on tarkastella aineistoa aina tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta, jolloin kiinnitetään huomiota siihen mikä on teoreettisen viitekehyksen kannalta olennaista. Toisena seikkana havaintojen pelkistämässä voidaan pitää niiden yhdistämistä, jolloin ne yhdistetään tarkemmaksi havaintojen joukoksi. Arvoitusten ratkaisemisella tarkoitetaan käytännössä tulosten tulkintaa tuotettujen johtolankojen ja käytössä olevien vihjeiden pohjalta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai ymmärtämään toimintaa. Olennaista onkin, että tutkittavilla olisi mahdollisimman paljon kokemusta asiasta. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään, kuvaamaan ja antamaan tulkinnan tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Laadullinen tutkimus oli luonnollinen valinta, sillä tutkimuksessani tavoitellaan asiakkaiden näkemystä. Tässä tutkimuksessa pyrin laadulliselle tutkimukselle ja fenomenologiselle lähestymistavalle ominaisella tavalla kuvaamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden käsityksiä omasta elämäntilanteestaan ja tuen tarpeestaan sekä heidän kokemuksiaan sosiaali- ja terveystalvveluista.

Fenomenologia sopii tutkimukseni lähestymistavaksi juuri sen vuoksi, että tutkimukseni tavoitteena on saada käsitys tutkittavien näkemyksistä ja kokemuksista liittyen heidän omaan elämäntilanteeseensa, tuen tarpeeseen ja palvelukokemuksiin. Tässä tutkimuksessa pyritään fenomenologisen ajattelun kautta ymmärtämään tutkittavien aitoa kokemuksen tunnetta ja merkityssuhteita. Fenomenologiassa kokemus on suhdekäsite. Se on elämäntilanteen käsittävää ymmärtämistä, jossa elämäntilanne nähdään tarkoittavan ihmiselle jotakin. Tapahtumat ja ilmiöt yksilön alitajunnassa muodostavat merkityksen, jonka varaan kokemukset rakentuvat. (Lehtomaa 2011, 163–166.) Kokemuksessa on kyse merkityssuhteesta, joka muodostuu käsittävästä subjektista sekä tajunallisesta toiminnasta. Fenomenologia kuvaa kokemuksen subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi, jossa tajunallinen toiminta on valinnut kohteensa. Ihmisen kokemus on elämyksenä aina todellinen vaikka kokemuksen kohde jäisi epäselväksi. (Varto 2005; Perttula 2011, 116.) Kokemuksia tutkittaessa tutkijan on tärkeä ymmärtää ja kuvata tutkittavan kokemus sellaisenaan kuin hän on sen kuvannut, antamatta omien merkityssuhteidensa vaikuttaa ilmiön kuvaamiseen. Fenomenologinen tutkimussuuntaus edellyttää tutkijalta pidättäytyväisyyttä ennako-olettamusten sekä teoreettisen tutkimussuuntauksen luomiseen. Tutkijan on tärkeä ymmärtää omat esiolettamuksensa tutkittavasta asiasta ja pyrkiä sulkeistamaan oma kokemuksellisuutensa tutkittavien kokemuksia käsitellessä. Sulkeistamisessa on kyse tutkimusasetteesta, jota ei voi kirjoittaa paperille ja verrata lopussa tutkimustuloksiin vaan sen tulee olla jatkuvasti läsnä koko tutkimusprosessin ajan. (Lehtomaa 2011, 166.)

Tässä tutkimuksessa fenomenologinen lähestymistapa tarkoittaa sen selvittämistä, minkälaisena mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämäntilanne näyttäytyy heille ja minkälaiset kokemukset siihen ovat vaikuttaneet. Tutkimuksessani ei kuitenkaan ole tarkoitus tehdä fenomenologista analyysiä vaan nähdä tutkittavan kohteen kokemus sellaisena, kuin fenomenologia sen näkee. Työni kautta nousseet ajatukset asiakkaiden tilanteista saivat minut kiinnostumaan tutkimusaiheestani, joten minulla oli jo tutkimuksen alkutaipaleella selkeitä näkemyksiä tutkittavien elämäntilanteesta ja palvelukokemuksista. Pohdin ennen aineistonkeruuta paljon omia ennakoajatuksiani ja tavoitteeni oli sulkeistaa ne haastatteluiden ja aineistonanalyysin ajaksi. Ennakoajatusten tarkastelemisen ajattelin olevan erityisen tärkeää oma roolini vuoksi, sillä työskentelin tutkittavien kanssa ja osan olin tavannut aikaisemmin ammattiroolissani. Oli siis luontevaa kohdata tutkittavat oman ”työminäni” kautta, jotta haastatteluista ja kohtaamisesta ei tulisi etäisiä ja kiusallisia. Keskusteluissa tutkittavien kanssa kerroin kuitenkin olevani tutkijanroolissa ja painotin heille, että haastattelussa esiin tuodut asiat ovat ainoastaan tutkimukselliseen käyttöön. Haastatteluiden aikana pyrin olemaan neutraalissa roolissa, jotta haastateltavan ääni ja kokemukset pääsivät mahdollisimman hyvin esiin.

5.3 Teemahaastattelut aineiston keruumenetelmänä

Teoreettinen viitekehys määrittelee sen, minkälaisia tutkimusaineistoa ja menetelmiä oli kunkin tutkimusongelman ratkaisussa käytettävä (Alasuutari 1993, 83). Tässä tutkimuksessa keskeiseksi muodostuivat yksilöiden näkemykset ja kokemukset, joten yksilöhaastatteluiden käyttö aineistona on perusteltua. Haastattelu on yleinen laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä ja sitä käytetään usein silloin kun ihmisen näkemistä subjektina ja aktiivisena osapuolena halutaan korostaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205.) Haastatteluissa halusin antaa haastateltavalle tilaisuuden kertoa näkemyksiään ja kokemuksiaan vapaasti, sillä asiakkailla olevalla tiedolla ja osallistumisella on tutkimuksessani merkittävä asema, jota haluan korostaa myös menetelmien valinnassa. Haastattelutyyppinä on erilaisia ja niitä voidaan jaotella haastattelun luonteen perusteella. Haastattelun luonne vaihtelee hyvin tiukasta ja keskustelua ohjaavasta haastattelurungosta avoimeen keskusteluun. (Eskola & Vastamäki 2010, 26–29; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Tutkimukseni haastattelut on toteutettu yksilöteemahaastatteluina, jossa on käytetty neljää teemakokonaisuutta keskustelun tukena. Teemahaastattelussa etukäteen valitut teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehykseen eli etukäteen tiedettyihin asioihin. Teemahaastattelurungon laatiminen edellyttääkin jonkinlaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja kohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Tässä tutkimuksessa teemarunko (ks. Liite 3.) muotoutui helposti tutkimuskysymysteni kautta. Teemoja muodostui kolme, joiden lisäksi haastateltavilta kartoitettiin joitain taustatietoja. Ensimmäinen teema sisälsi elämäntilanteeseen liittyviä kysymyksiä perhesuhteista ja muista ihmissuhteista, asumisesta, koulutuksesta ja työtilanteesta. Sen lisäksi haastateltavat saivat kertoa ajatuksiaan omasta mielenterveydestä ja päihteiden käytöstä. Toisen teeman tehtävänä oli kartoittaa haastateltavien tämän hetkisiä hoitokontakteja ja selviämishoitoyksikkökäyntejä sekä kokemuksia psykososiaalisesta tuesta ja palveluista. Viimeisen eli kolmannen teeman tarkoitus oli saada tietoa haastateltavien tuen ja palveluiden tarpeesta, selviämishoitoyksikön ja kuntien välisestä yhteistyöstä sekä osallisuuden kokemuksista. Teemojen sisällä laadin itselleni tukisanoja, joiden avulla keskustelua käytiin. Valitsin teemahaastattelun, koska siinä on keskeistä haastateltavien omat tulkinnat ja merkitykset asioille, jotka tuotetaan keskinäisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. (Eskola & Vastamäki 2010, 26–29; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Haastatteluissa pyrin ohjaamaan keskustelua sekä haastateltavien vastauksia mahdollisimman vähän, jotta haastateltavien omat näkemykset ja kokemukset tulisivat mahdollisimman hyvin esiin juuri sellaisena kuin he haluavat ne kertoa.

Haastattelupaikka on olennainen seikka haastattelun onnistumisen kannalta. Haastattelijan tulee valita tila, joka antaa mahdollisuuden rauhalliseen keskusteluun ja jossa haastateltava kokee olonsa mukavaksi. (Eskola & Vastamäki 2010, 29–30.) Haastateltavat voivat selviämishoitoyksikössä hoidossa ollessaan olla usein huonovointisia ja väsyneitä, joten katsoin parhaaksi toteuttaa tutkimushaastattelut vasta potilaiden kotiutumisen jälkeen, muussa kuin sairaalaympäristössä. Lisäksi tarkoitukseni oli tehdä haastateltaville selvä ero siitä, että toteutan haastattelut tutkijan roolissa, enkä päivystyksen sosiaalityöntekijän roolissa. Osa haastateltavista kutsui minut omaan kotiinsa haastattelemaan. Katsoin kuitenkin, että haastattelut olisi hyvä toteuttaa neutraalissa ympäristössä ja tämän vuoksi tutkimushaastattelut toteutettiin kuntien kirjastojen tutkijahuoneissa, jotka osoittautuivat hyvin käyttökelpoisiksi haastattelutiloiksi.

5.4 Tutkimus aineiston esittely

Tutkimukseni aineisto koostuu neljän Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikössä hoidossa olleen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan yksilöhaastatteluista. Haastatteluun osallistuneista yksi oli nainen ja loput kolme oli miehiä. Haastateltavat olivat iältään 30-56- vuotiaita. Haastattelut olivat kestoaltaan hieman yli tunnin mittaisia teemahaastatteluja. Haastatteluun osallistui selviämishoitoyksikössä hoidossa olleita henkilöitä, joilla oli sekä mielenterveys- että päihdeongelma ja heillä oli useita käyntejä selviämishoitoyksikössä. Tässä tutkimuksessa useilla käynneillä tarkoitettiin kahta käyntiä kahden kuukauden sisällä tai viittä käyntiä vuoden aikana. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen selviämishoitoyksikön hoitajien toimesta. Hoitajia pyydettiin antamaan edellä mainitut kriteerit täyttävälle potilaille esite (ks. Liite 1.) tutkimuksestani, johon potilailla oli mahdollisuus rauhassa tutustua ja esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä. Tutustuttuaan esitteeseen potilaat antoivat halutessaan hoitajalle luvan luovuttaa heidän yhteystietonsa minulle tutkimushaastattelun sopimista varten. Ennen haastattelua pyysin siihen osallistuneilta asiakkaita kirjallisen suostumuksen (ks. Liite 2.) haastattelua ja sen äänittämistä varten.

Sain hoitajilta yhteensä 13 henkilön yhteystiedot, joista neljä haastattelua toteutui. Yhteystietonsa antaneet potilaat, joiden haastattelut eivät toteutuneet, eivät suoranaisesti kieltäytyneet haastatteluista vaan heidän yhteystietonsa eivät olleet enää ajantasaiset kun yritin heitä tavoittaa. Lisäksi useimmat haastateltavaksi suostuneet henkilöt olivat päihtyneenä yhteydenoton aikana, eivätkä näin ollen muistaneet sovittuja tapaamisia tai eivät kyenneet tulemaan paikalle selvin päin. Tiesin kohderyhmä

olevan vaikeasti tavoitettavissa ja uskoin heillä olevan päihteiden käytön vuoksi haastavaa sitoutua tutkimushaastatteluihin, näin ollen olin tyytyväinen saadessani neljä haastattelua toteutettua.

Tutkimushaastatteluiden jälkeen purin aineiston litteroimalla nauhoittamani haastattelut tietokoneelle. Tutkimushaastatteluja kertyi yhteensä neljä ja litteroituja sivuja 72. Olin tutkimusprosessin alussa tehnyt valinnan käyttää laadullista sisällönanalyysiä. Valittu analyysimenetelmä ohjaa litteroinnin tarkkuutta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 139). Tutkimustehtävääni ja analyysivalintaani perustuen katsoin tärkeäksi litteroida haastatteluista vain tekstin. Sisällönanalyysi menetelmänä ei vaadi sellaista tarkkuutta kuin menetelmät, joissa puheen lisäksi merkityksellisiä ovat myös muunlaiset ääntelyt ja eleet. Litteroin ja kirjoitin tekstin kuitenkin tarkoin, ettei haastatteluaineiston luotettavuus kärsi. En halunnut litteroinnissa muokata haastateltavien puhetta, jotta heidän kertomansa säilyisi sellaisena kuin sen on tarkoitettukin olevan. Litteroinnissa häivyitin kuntien ja tekstissä esiintyvien henkilöiden nimet, jotta aineistoa ei voida yhdistää tiettyihin henkilöihin.

Tutkimukseni sijoituessa sairaalaympäristöön olisi luonnollista käyttää potilas-käsitettä tutkittavien kuvaamiseen. Olen kuitenkin tehnyt tietoisesti valinnan käyttämällä asiakas-käsitettä tutkittavista puhuttaessa. Asiakas-käsitteen käyttö sopii mielestäni paremmin sosiaalityön tutkimuksen kontekstiin. Se luo näkökulman tutkittavien aktiivisesta osallistumisesta tutkimuksessa. Sosiaalityölle luonteenomaisena halusin säilyttää haastatteluihin osallistuneet asiakkaat subjekteina tutkimusaineistossani. Tämän vuoksi en koodannut heitä esimerkiksi numeroin vaan keksin heille anonyymiteetin suojaksi tekaistut nimet: Antti, Minna, Jarkko ja Kimmo. Koin aineiston tarkastelun ja analyysin kirjoittamisen mielekkäämmäksi kun sain käyttää nimiä haastateltavia kuvatessani. Neljän haastattelun aineisto antoi tähän mahdollisuuden.

5.5 Sisällönanalyysi

Tutkimukseni analyysimenetelmänä on käytetty laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiä. Tutkimusprosessin alussa on olennaista päättää, mikä asema teorialla on kyseisessä tutkimuksessa. Tutkimus voi olla teorialähtöistä, teoriasidonnaista tai aineistolähtöistä. Teoreettisten viitekehysten taka-alalle jättäminen kuuluu fenomenologian luonteeseen ja tämän vuoksi teorialähtöinen eli abduktiivinen tutkimus ei näin ollen olisi paras valinta tutkimukseeni. Aineistolähtöisen eli induktiivisen teorian pääpaino on aineistossa, jonka avulla teoria rakennetaan. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa kyseessä ei siis ole hypoteesin tai teorian testaaminen. Täysin puhdas ja induktiivinen

päätely ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä päätely perustuu ilman ennakkokäsityksiä tehtävään tulkintaan tutkittavasta ilmiöstä ja käytetyt käsitteet ja menetelmät vaikuttavat tuloksiin niiden ollessa tutkijan itsensä asettamia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Edellä mainittujen seikkojen vuoksi olen sijoittanut oman tutkimukseni teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoon eli teoriasidonnaiseen tutkimukseen. Näin ollen analyysini on teoriaohjaava, eli analyysissä on yhteyksiä teoriaan, mutta analyysi ei nojaa siihen suoranaisesti. Lisäksi analyysiani ohjaa fenomenologinen ajattelu ihmisen kokemuksesta.

Laadullisessa sisällönanalyysissä tutkimusaineisto jaetaan pieniin osiin, jotka käsitteellistetään. Tämän jälkeen käsitteet järjestetään uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineistoa suositellaan luettavaksi ensin useaan kertaan, jotta se tulee tutuksi ja tutkija saa muodostettua siitä itsellensä kokonaiskuvan (Eskola & Suoranta 2001, 151). Aloitinkin analyysin tekemisen tutustumalla huolellisesti aineistoon lukemalla sen kokonaisuudessaan joitain kertoja. Tämän jälkeen ryhdyin jakamaan aineistoa niiden teemojen alle, jotka vastaisivat tutkimuskysymyksiini. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään tietynlaisten teemojen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93–106). Huomasin teemahaastattelun ohjanneen haastateltavia kertomaan juuri niistä asioista, joista halusin heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan kuulla. Aineiston pääteemat olivat pelkistetyksi elämäntilanne ja palvelukokemukset. Pääkäsitteiden jälkeen aloin etsiä aineistosta niihin kuuluvia alateemoja, joita löytyi yhteensä 10. Teemojen löytyttyä katsoin alateemojen kokonaisuutta, jonka perusteella loin alkuperäisilmauksille pelkistetyimmät nimet. Teemoilla halusin säilyttää aineistossa esiintyviä ilmauksia parhaiten kuvaavat nimet.

ELÄMÄNTILANNE

Ajatuksia elämäntilanteesta ja sairaudesta	Negatiivisten tunteiden ruokkima päihdekierre	Toivo paremmasta, pelko pahemmasta	Sosiaaliset suhteet – voimavara vai taakka?	Arjen tekeminen päihteettömyyden tukena
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Yksilölliset elämäkokemukset ✓ Tieto omasta sairaudesta ✓ Mielenterveyden ja päihteiden yhteys 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ”Päihteillä pakoon elämää” ✓ Itsetuhoiset ajatukset, halu kuolla ✓ Pelko terveyden menettämisestä ja kuolemasta 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toive muutoksesta ✓ Tulevaisuuden epävarmuus ✓ Halu tehdä työtä ✓ Pelko retkahduksesta ✓ ”Päivä kerrallaan” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ylisukupolvisuus ✓ Erot, tapaamis- ja huoltajuuskiistat ✓ Tukihenkilö ✓ Ympäristön paine 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Liikunta ja mielekäs tekeminen ✓ Halu tehdä työtä ✓ Kuntouttava työtoiminta ✓ Päivärytmi ja arjen sisältö

Taulukko 3. Sisällönanalyysin teemat elämäntilanteesta

PALVELUKOKEMUKSET

Ajatuksia avun hakemisesta ja vastaanottamisesta	Yksi ovi ja kestävä asiakassuhde	Toiveena aktiivinen laitoshoido ja asiakasta ohjaava sosiaalityö	Enemmän keskustelua, vähemmän lääkkeitä	Selma ”ponnistuslautana” päihteettömään arkeen
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asiakkaan ”löytyminen” ja interventiot ✓ Informaatio osallisuuden muotona ✓ Avun vastaanottaminen ✓ Saattaen vaihtaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palveluiden raja-aidat ✓ Asiakassuhteen pysyvyys ✓ Kuulluksi tuleminen ✓ Lääkäripalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tekemistä olemisen sijaan ✓ Keskustelun kautta eteenpäin ohjaus ✓ Asiakkaan avustaminen ja ohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kuulluksi tuleminen ✓ Lääkehoidon hankaluus ✓ Toive terapeuttisesta keskustelusta ✓ Asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Päihtymystila ja turvallinen ympäristö ✓ Yksityisyyden suoja ja häpeän tunteet ✓ Selma selviämisasemana ja katkaisuhoidona ✓ Moniammatillinen asiakastyö ja organisaatorajat ylittävä työskentely

Taulukko 4. Sisällönanalyysin teemat palvelukokemuksista

Taulukoissa esitetyt teemat kuvaavat pääteemojen jakautuvan kahteen osaan, joista alateemat ovat muodostuneet. Taulukoissa esitetyt teemat ohjaavat tulosten kirjoittamista. Käytän tutkimustulosten avaamisessa suoria lainauksia, jota erottuvat muusta tekstistä kursivoituna. Käytän tunnuksena keksittyjä nimiä ja haastattelijana esiinnyn omalla nimelläni.

5.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen pohdinta

Sosiaalityöllä on vahvat perinteet eettisissä kysymyksissä ja näin ollen eettisesti vastuullisilla ja herkillä alueilla työskentely kuuluu sosiaalityön luonteeseen (Metteri & Hotari 2011, 69). Tutkimuksessani käsitellään tutkittavien henkilökohtaisia ja arkoja aiheita ja elämäkokemuksia, jolloin tutkijalta odotetaan kykyä vastaanottaa kertomuksia arkaluotoisista asioista sekä kohdata tutkittava arvokkaasti ja kunnioittavasti. Tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen on yksi keskeisemmistä periaatteista tutkimusta tehdessä. (Kuula 2006, 124). Kuula (2006, 137) muodostaa ajatuksen tutkittavan antamasta lahjasta tämän osallistuessa tutkimukseen. Lahjan vastaanottamalla tutkijan tulee sitoutua vastalahjan antamiseen, joka tarkoittaa tutkimuksen tekemistä tutkittavien ihmisarvoa kunnioittaen. Olen tutkimuksessani noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) sekä sitoutunut noudattamaan tutkimuseettisiä ohjeita ja niitä periaatteita, joita tutkimukseni kaltaisten aiheiden tutkimuksessa suositellaan (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettiset periaatteet, 2009).

Tutkimuksessa on tarkoin huomioitava tutkittavien yksityisyydensuoja ja tietosuoja. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka ohjaavat yksityisyyden suojan toteutumista on jaettu kolmeen osaan: tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimusjulkaisut. (Eilo, 2013.) Olen kerännyt tutkimusaineistoni haastatteluilla, jotka on nauhoitettu ja litteroitu paperille. Olen sitoutunut säilyttämään ja hävittämään tutkimusaineiston sille kuuluvin tavoin, eikä sitä käytetä tai luovuteta muihin tarkoituksiin. Tutkimuksessani ei ole tarpeen käyttää yksilöiviä henkilötietoja ja olen sitoutunut noudattamaan eettisiä periaatteita tutkittavien anonymiteetin säilyttämiseksi. Käytän tutkimuksessani keksittyjä nimiä tutkimusaineistoa lainatessani. Olen poistanut aineistosta jo litterointivaiheessa tutkittavien haastatteluissa mainitsevat asuinpaikkakunnat ja muiden henkilöiden nimet.

Tutkimusprosessini alusta asti olen pohtinut suhdettani ja rooliani suhteessa tutkimustehtävään ja tutkittaviin. Työskentelen sosiaalityöntekijänä Satakunnan keskussairaalan päivystyksessä, josta tutkittavat on rekrytoitu. Hakiessani tutkimuslupaa Satakunnan sairaanhoitopiiriltä minua kehoitettiin pyytämään lausunto Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettisestä toimikunnasta. Satakorkean eettisen toimikunnan lausunnossa 22.5.2015 otettiin kantaa työntekijän ja tutkijan roolin yhdistämiseen. Näiden kahden roolin yhdistelmän voidaan katsoa luovan eettisesti latautuneen tutkimustilanteen. Kuula (2006, 145–146) on tarkastellut aihetta siitä näkökulmasta, että asiakkaan todelliseen vapaaehtoisuuteen perustuvan osallisuuden toteutuminen saattaa julkisessa organisaatiossa vaarantua, mikäli työntekijä rekrytoi itse tutkittavansa. Tällöin asiakas saattaa suostua tutkittavaksi velvollisuudesta vaaliakseen suhdetta hänen ja työntekijän välillä. Tämän vuoksi tutkimuksessani haastateltavien rekrytointi suoritettiin hoitohenkilökunnan toimesta, joten itsemääräämisoikeudelle jäi enemmän tilaa ja asiakkaan vapautta valita kunnioitettiin.

Tutkimusetiikan mukaan asiakkaan tulee saada riittävästi informaatiota tutkimukseen osallistumisesta ennen suostumuksensa antamista. Annettavaa informaation riittävä määrä on kuitenkin lähes mahdotonta määrittää. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Kirjallisessa tiedotteessa, jonka selviämishoitoyksikössä hoidossa olleet asiakkaat saivat, korostettiin tutkimuksen perustuvan vapaaehtoisuuteen. Tutkittavana olosta luopumiseen on myös annettava mahdollisuus missä kohtaa tahansa tutkimusta. (Kuula 2006, 61–62) Korostin haastatteluaikaa sopiessani sekä haastatteluita tehdessäni, että tutkittavan ei tarvitse vastata tai kertoa asioista joista ei halua puhua, sen lisäksi sanoin että haastattelu on tutkittavan halutessa mahdollista keskeyttää.

Tieteelliselle tutkimukselle on määritelty tiettyjä normeja ja arvoja, joihin tutkijan tulisi pyrkiä. Niin kuin edellä jo olen maininnut, olen tutkimuksessani sitoutunut noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön normeja, jotka luovat tutkimuksen uskottavuuden perustan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään usein reliabiliutta ja validiutta. Reliabiliudella tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisesti saatuja vaan samanlaiset tulokset toistuvat mikäli tutkimus tehtäisiin uudelleen. Validius tutkimuksessa kertoo tutkimuksen kyvystä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitettu mitattavan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Reliabiliuden ja validiuden katsotaan sopivan huonosti laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, sillä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida samalla tavalla kuin määrällistä tutkimusta. (Eskola & Suoranta 2000, 208–222.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on tärkeä rooli luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa koko tutkimusprosessin vaiheiden yksityiskohtainen ja totuudenmukainen kuvailu. Tutkimustuloksissa esitetyt tulokset voidaan perustella suorilla lainauksilla aineistosta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Olen omassa tutkimuksessani pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen vaiheita mahdollisimman hyvin. Lisäksi koen, että suorilla lainauksilla olen saanut tutkittavien ääneen paremmin esille ja tulkintojen tueksi.

6. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN ELÄMÄNTILANTEEN KUVAUKSET

Mielenterveys- ja päihdeasiakas on yksilö, jonka elämää tulisi myös tarkastella yksilöllisesti. Jokaisella ihmisellä on omanlaisensa tarina kerrottavana omasta elämästään ja sen hetkisestä tilanteestaan. Halusin kuulla minkälaisia tarinoita haastateltavilla oli kerrottavanaan. Tässä tulosluvussa esittelen haastateltavien ajatuksia heidän elämäntilanteestaan, päihteiden käytöstään, päihteettömyydestään sekä sosiaalisista suhteista.

6.1 Ajatuksia elämäntilanteesta ja sairaudesta – ”*Ei mul oo mitää diagnosoituja sairauksii...*”

Elämäntilannetta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Elämäntilanteesta keskusteltaessa haastatteluissa tuli esiin, miten vaikeaa ihmisten on kuvata omaa elämäntilannettaan. Haastattelussa ei määritelty mistä näkökulmasta elämäntilannetta tulisi tarkastella ja tämä herätti haastateltavissa hämmennystä. Haastateltavat esittivät tarkentavia kysymyksiä. ”*Mitä sää niinko tarkotat? Valas vähä enemmän*” (Antti). Lopputuloksena haastateltavat määrittelivät elämäntilannettaan eri tavoin, eikä kenenkään kertomukseen liittynyt suoranaisia viittauksia mielenterveys- tai päihdeongelmista. Yksi haastateltavista kuvasi elämäntilannettaan työttömänä työnhakijana, toinen asumisella avopuolionsa kanssa ja kolmas tyytyväisyytenä tämänhetkiseen tilanteeseen. Jarkon elämäntilanteen kuvaus jätti avoimen kysymyksen, jota hän ei itsekään osannut sen enempää avata. ”*Mul on täl hetkel aika avoin, sillai et vähä niinku etin uutta...*” (Jarkko). Hän tarkoitti avoimella elämäntilanteella muutoksen mahdollisuutta. Hän uskoi, että jokainen suunta on mahdollinen hänen lopettaessaan alkoholin käytön. Ajatus avoimesta elämäntilanteesta antaa toivoa paremmasta ja mahdollisuudesta muutokseen.

Haastateltavat eivät kuvanneet yleisellä tasolla voivansa huonosti tai että heillä menisi jotenkin huonosti. ”*Hyvi, kaikki on hyvi, mää oon niinko tyytväinen olooni täl hetkel ja hoitoon ja kaikkeen*” (Antti). Juho Saaren (2015, 211.) mukaan ihmiset vertailevat huono-osaisten oletettua arkea heidän omiin tilanteisiinsa, mikä näyttäytyy heidän näkökulmastaan monin verroin parempana. Tämän vertailun tuloksena huono-osaisten nähdään myös huonovointisina ja useimmiten köyhinä. Päihteiden ongelmakäyttäjien arkea saatetaan tarkastella samalla tavalla vertailevasti. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kohdalla tulisi huomioida, että kyseessä on heterogeeninen ryhmä,

jota ei voida tarkastella asettamalla heitä samaan muottiin. Jokaisen tarina on yksilöllinen vaikka tarinoissa saattaakin esiintyä yhdistäviä tekijöitä.

Tutkimuksen lähtökohtana oli, että haastateltavia yhdistäviä tekijöitä ovat päihteiden ongelmakäyttö sekä mielenterveysongelmat. Tämä oli yksi haastateltavaksi valikoitumisen peruste. Tämä yhteys haastateltaviin muodostui kuitenkin terveydenhuollon näkökulmasta, ei haastateltavien omista ajatuksista. Haastattelun alussa haastateltaville esitettiin taustakysymyksiä, joissa heiltä kysyttiin sairauksista. Heistä ei kukaan maininnut siinä kohtaa päihdeongelmaa sairaudeksi, eikä välttämättä edes ongelmaksi. Ajatukset päihdeongelmasta sairautena tuli haastateltavilla esiin vasta keskustelun edetessä päihteiden tuomiin arkisiin ongelmiin. Arkisten asioiden ja päihteiden käytön yhteys haastateltavien puheessa kertoo siitä, että päihteiden ongelmakäyttö on sosiaalinen ongelma, jolla on suuri vaikutus arjen asioihin. Kimmo oli haastateltavista ainoa, joka ei kokenut missään kohtaa haastattelua päihteiden käyttöönsä ongelmallisena. ”...enkä mä koe oikeestaan mitään sellasta et mulla on mitään semmosta suurempaa ongelmaa alkoholin kanssa kun ei mulle tuu edes krapulaa...” (Kimmo). Kimmon teki kertomuksessaan rajaa siitä, mikä oli hänen mielestään alkoholin ongelmakäytön määritelmä. Hänen mielestään mitään ongelmaa ei ole, koska hänelle ei tule krapulaa. Päihteiden ongelmakäytön määrittelyssä on usein yksilöllisiä merkityksen antoja, joita asiakkaat ja viranomaiset saattavat tulkita eri tavoin.

Kimmo ei kertonut haastattelun alussa sairastavansa masennusta. ”Emmä tiedä onks mulla oikeestaan mitään sairauksia tällä hetkellä todettu...” (Kimmo). Keskustelun edetessä hän kuitenkin kertoi terveydenhuollon henkilökunnan sanoneen hänen sairastavan masennusta. ”...mut sit ne totes et mä oon niinku masentunut, voimakkaasti, et mul on voimakas masennus...” (Kimmo). Kimmon ja muiden haastateltavien kertomuksista tuli esiin heidän olevan tietämättömiä diagnosoiduista sairauksistaan. Osa haastateltavista mainitsi heti haastattelun alussa masennuksen sairaudeksi, toisilla mielenterveysongelmat tulivat kertomuksen yhteydessä esiin lääkähoidosta ja palveluista keskusteltaessa. Tämän kaltainen kerronta viittaa siihen, että asiakkaat eivät ole kovinkaan tietoisia mielenterveys- ja päihdeongelmistaan, eivätkä tule ajatelleeksi niiden yhteisvaikutuksia.

Minna pohti mielenterveysongelmien ja päihteiden yhteyttä seuraavasti ”...niin no mä sanon nyt molempia sairaudeksi että mielenterveysongelmat ja sitte alkoholismi on sairaus...” (Minna). Minnan kertomuksessa yhdistävä tekijä oli ajatus molemmista sairautena. Toisessa yhteydessä Minna toi kuitenkin esiin masennuksen aiheuttavan päihdekierteen jatkumista vaikka ei tässä kohtaa keskustelua maininnut sitä mielenterveys- ja päihdeongelmien yhdistävänä tekijänä. Antti taas uskoi

alkoholinkäytön olleen osatekijänä hänen masennuksensa syntyyn. ”*Joo kyllä siinä semmonen oma yhteys on et tua, tai sit voi ajatella et jos ei olis koskaan ottanut alkoholia, niin olisko koskaan masentunut et näihin mä en osaa vastata.*” (Antti). Päihteiden käytön tiedetään aiheuttavan psyykkisiä häiriötiloja käytön aikana, vieroitusoireena ja jälkioireina. On kuitenkin myös mahdollista että psyykinen häiriö altistaa päihteiden käytölle, jolloin syy-seuraussuhteita on lähes mahdotonta tunnistaa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 125.)

6.2 Negatiivisten tunteiden ruokkima päihdekierre - ”*Mää tavallaan pakeni elämää sil juomisel..*”

Mielenterveys- ja päihdeongelmien taustatekijät ja seuraukset kietoutuvat usein vyyhdeksi, jossa syitä ja seurauksia on miltei mahdotonta erottaa toisistaan. Traummat, kriisit ja muut vaikeat elämäntilanteet, jotka kasautuvat yhtäaikaaisesti ja jäävät tunnetasolla käsittelemättömiksi, luovat tähän vyyhtiin nopeasti monia kerrostumia, joiden selvittäminen on yhä monimutkaisempaa. Mielenterveyden ongelmat tuovat muutoksia vuorovaikutussuhteisiin ja elämäntilanteisiin ja taas toisin päin, vuorovaikutuksen ongelmat kerryttävät mielenterveydelle lisää haastavia tilanteita, joista ihmisen pitää heikentyneillä voimavaroilla selviytyä. (Romakkaniemi 2004, 147.)

Päihteiden käyttöön liittyvät elämäntavat vaikuttavat usein psyykkiseen hyvinvointiin. Ne voivat laukaista masennustilan tai pidentää masennuksesta toipumista. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 108–111.) Haastateltavat kuvasivat alkoholin tuomia ahdistuksen tiloja masennuksena. Masennustilojen sietämättömyys aiheuttaa alkoholinkäytölle usein jatkoa, jota haastateltavat nimittivät putkeksi. Alkoholin ongelmakäytöllä pyritään usein pääsemään pois tunnetiloista ja niin sanotusti lääkitsemään mieltä vaikeiden asioiden ja tunteiden kohtaamisen sijaan. ”*Mää tavallaan pakenin elämää sil juomisel...*” (Jarkko). Vaikeiden asioiden ja negatiivisten tunteiden pakeneminen alkoholin avulla on aluksi helpottavaa mutta pitkässä juoksussa se voi koitua hyvinkin turmiolliseksi. Haastateltavat kertoivat alkoholin toimivan hetkellisesti lääkkeenä, josta kuitenkin seuraa entistä huonompi olo. Jokainen haasteltava kertoi tietävänsä alkoholin seuraukset psyykkiseen hyvinvointiin. He kokivat päihteiden kuitenkin auttavan heitä parhaiten kun muutakaan apua ei niissä akuuteissa tilanteissa ollut saatavilla. Minna kertoi mielialan vaikuttavan päihteiden käytön jatkumiseen.

”...ni sit ku ei oo enää alkoholia veressä ni sit tulee tää henkinen puoli... tulee kauheet henkiset pahat mielet ja tämmöset...et sit ku on kauhee olo ni sit ei pysty niinku jättämään...”

(Minna)

Minnan kertomuksessa mielialaongelmat tulivat useissa kohdissa esiin. Hän kertoi sairastavansa masennusta ja pyrki välttämään mielipahaa alkoholilla. Tämä psyykkisten oireiden ja mielialaongelmien itsehoito alkoholilla tuli esiin muidenkin haastateltavien kohdalla. Masentuneen mielialan taustalla on usein negatiivisia sulkeutuneita tunteita, joille päihteiden ongelmakäyttäjät ei löydä purkautumiskanavaa. Masentuneen asiakkaan kohdalla tilanteet, joissa negatiivisille tunteille ei löydy purkautumiskanavaa saattavat johtaa siihen, että tunteet kääntyvät itseä kohtaan. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 121.) Itseä kohtaan kääntynyt viha ja pettymys voi taas johtaa itsetuhoisiin ajatuksiin, joiden kanssa Kimmokin tahi päivittäin.

”Sillon meni vintti pimeeks, eikä tajunnut mistään mitään, sitten kun heräs ni mä tajusin et se oli paljon kivempi tila olla siinä pimeydessä, kun loppujen lopuks et herää...se olis paljon helpompi...” (Kimmo)

Kimmo kertoi haastattelussaan hänellä olevan voimakas halu kuolla. Kuolemanhalu oli hänen kertomansa mukaan herännyt jokin aika sitten leikkauksen yhteydessä, jossa hänet oli nukutettu. Hän kertoi olevansa pettynyt herätessään takaisin tähän maailmaan. Masennukseen liittyy usein itsemurhariski ja holtiton päihteiden käyttö voi olla myös merkki itsetuhoisuudesta. Epäsuora itsetuhoisuus näkyy päihteiden ja lääkkeiden yliannostuksina sekä asiakkaan huonona hoitoon sitoutumisena. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 112). Kimmolla oli tällä hetkellä takanaan kaksi lääkkeiden yliannostuksella ja alkoholilla toteutettua itsemurhayritystä, mitkä olivat hänen kertomansa mukaan valitettavasti epäonnistuneet.

”...mä en enää yksinkertaisesti jaksa tätä touhua eteenpäin ja oikeestaan mua ei kaduta yhtään se että mä yritin itsemurhaa. Se mua on kaduttanut eniten et mä epäonnistuin niissä, koska must ei kumminkaan siihen oo et mä ajaisin jonkun rekan alle kylmästi, mä haluisin vaan yksinkertaisesti nukkua pois ja sillä siisti.” (Kimmo)

Kimmo pohti haastattelun aikana useassa yhteydessä itsetuhoisia ajatuksiaan ja toivoi pääsevänsä niistä eroon. Tämän kaltaiset ajatukset ovat ristiriidassa keskenään. Itsetuhoisista ajatuksista eroon pääsemisessä päihteiden ongelmakäyttäjät voi nähdä kuoleman ainoana mahdollisuutenaan, mutta

samalla hän haluaa kuitenkin päästä eroon kuoleman ajatuksistaan. Itsetuhoisten ajatusten lisäksi päihteiden ongelmakäyttö saattaa herättää myös pelkoa kuolemasta. Pelko päihteiden käytön aiheuttamasta kuolemasta saattaa olla syy pyrkiä eroon päihteiden käytöstä. Haastateltavat kertoivat heillä olevan huolta ja pelkoa terveyden menettämisestä, mikä motivoi muun muassa Minnaa ja Jarkkoa alkoholinkäytön lopettamiseen.

”...mut kyl mä niinku nyt ajattelen omaa terveydentilaakin ni mä yritän mahdollisimman paljon välttää alkoholia, ku mä oon tosi huolissani itestän [...] sit on vähä pelkoo ollut kuolemastakin, etten mää vaan kuolis tähä alkoholiin nytte.” (Minna)

”Jotenkin, emmä oikee osaa tarkalleen sanoo...ehkä tua saatto tehdä ku mää pelästyin vähä niinku et olis kuollu siihen juomiseen...se meni nii rajuks tos loppuvaihees...” (Jarkko)

Jarkko ja Minna kertoivat haastattelussa pitkän putken aiheuttavan heille somaattisia oireita, johon liittyen heillä oli herännyt myös pelko kuolemasta. *”Et tota paha oloo ja päätä särkee, oksettaa, tärinä ja sitten pumppukin vähän hikkailee miten sattuu...”* (Minna). Alkoholien ongelmakäyttö voi psyykkisten oireiden lisäksi aiheuttaa vakavia somaattisia oireita. Päihteiden ongelmakäyttäjillä on usein muun muassa ravitsemukseen, aineenvaihduntaan, maksaan ja haimaan liittyviä sairauksia. Alkoholimaksasairauteen kuolee vuosittain noin 1000 ihmistä. (Käypä hoito-suositus 2015.) On selvää, että tämän kaltaiset sairaudet ja kuolemanpelko ovat läsnä myös haastateltavien elämässä. Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat usein tietoisia hengenvaarallisista päihteiden käytön seurauksista mutta riippuvuus päihteisiin vie valitettavan usein voiton. Pitkäaikaisen alkoholinkäytön lopettaminen voi tuoda tullessaan vaikeita vieroitusoireita, jotka saattavat tulla entistä voimakkaampina, mikäli henkilöllä on edellisiä vaikeita vieroitushoitojaksoja (Käypä hoito-suositus 2015).

Jokainen haastateltava toi kertomuksessaan esiin unihäiriöiden liittyvän heidän elämäänsä jollain tapaa. Päihteiden ongelmakäyttäjillä unihäiriöt saattavat liittyä akuuttiin vieroitustilaan tai epäsäännölliseen elämänrytmiin. Unihäiriöt ovat tyypillisiä alkoholien ongelmakäyttäjille. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 106.) Kimmon ja Antin tapauksessa alkoholien käytön lopettaminen toi mukanaan unettomuutta. *”...neljä päivää mää valvoin, sit mää vähä nukuin jo”* (Antti). Kimmo taas oli yrittänyt olla ilman alkoholia, kunnes aloitti jälleen unettomuuden lääkitsemisen alkoholilla.

”Mieluummin väkevää kun se tehoaa paremmin ja nopeammin...alkuunhan mulla oli niitä että mä yritin olla juomatta yhtään mitään ni sit mä en saanut unesta kiinni ollenkaan, et mä en nukkunut...” (Kimmo)

Kimmo kertoi juomisen lopettamisen tuovan hänelle vaikeita unihäiriöitä, minkä vuoksi hän päätyi jatkamaan alkoholin käyttämistä. Hän kertoi saavansa alkoholista nopean ja tehokkaan avun nukahtamiseen. Haastateltavien kerronnasta tulee hyvin esiin, että päihteiden käytön lopettaminen ei ole yksinkertaista. Kimmon oli helpompi jatkaa samalla tavalla, sillä hän piti vieroitusoireiden tuomaa unettomuutta huonompana vaihtoehtona. Päihteiden käyttäminen unilääkkeenä kehittää päihteidenkäyttäjälle noidankehän, jonka seurauksena unettomuus ja päihteiden käyttö saattavat lisääntyä entisestään. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 106.)

6.3 Toivo paremmasta, pelko pahemmasta – *”Et en mä mitään niin ku suunnittele...päivä kerrallaan..”*

Jokaisella haastateltavalla oli toive ja tavoite alkoholinkäytön lopettamisesta tai vähentämisestä. Toivo on sana, jolla on vahva merkitys ihmisen elämässä. Sanotaan, että jos ei ole toivoa ei ole mitään. Toivon ja epätoivon kysymykset ovat väistämättä osa päihteiden ongelmakäyttäjien arkea. Heidän arjessaan on päihdeongelmaan liittyviä vaikeasti ratkaistavia päihteiden aiheuttamia haittoja ja ongelmia. (Väisänen 2011, 172.) Anja Koski-Jännes (1998, 129) on tutkimuksessaan havainnut toivon heräämisen yhtenä perustavanlaatuisena raittiuden muutostekijänä. Toinen muutostekijä hänen mukaansa oli päihteiden ongelmakäyttäjän havainto siitä, että hän ei voi jatkaa entiseen malliin. Haastateltavat kertoivat selvistä kausista ja aikaisemmista lopettamisyrityksistä, joita monella oli takana useita. He olivat heränneet useita kertoja ajatukseen, etteivät voi jatkaa näin, ja siitä ajatuksesta seurasi toivo paremmasta. Toivo sai heissä aikaan ajatuksen, että tällä kertaa alkoholinkäytön lopettaminen olisi erilaista ja mahdollisesti helpompaa kuin aikaisempina kertoina. Antti kertoi uskovansa päihteettömyyteensä, koska tällä kertaa hän teki jotain toisin. *”...ku se oli ainoa et siin kahdes vuodes kuitenkin söi lääkkeitä et tää on niin ku ihan erilainen nyt...voi sanoo niinku et raitis..raitis juttu...”* (Antti). Antin kertomuksessa täysin raitis elämä oli ratkaisu hänen tilanteeseensa. Hän koki lääkkeiden vaikuttavan hänen elämäänsä yhtä negatiivisesti kuin alkoholin ja oli sitä mieltä, että onnistuisi päihteiden käytön lopettamisessa, mikäli lopettaisi myös lääkkeet. Hän päätti aloittaa raittiin elämän. Muiden haastateltavien kertomuksessa alkoholinkäytön

lopetuksesta tällä kerralla helpompaa teki muun muassa mahdollisuus asuinpaikan muutokseen sekä läheisiltä ja viranomaisilta saatu tuki.

Päihteiden ongelmakäyttäjän on tärkeä miettiä, mikä aikaisemmissa päihteiden lopettamisyrityksessä on mennyt pieleen, jotta seuraava kerta onnistuisi paremmin. Toivon ja motivaatio ylläpitämisessä on tärkeä osa myös päihdetyöntekijöillä, joiden tehtävä on tukea ja motivoida asiakasta muutokseen. Päihdeongelmasta kuntoutumisen ja arkisen selviytymisen näkökulmasta asiakkaan motivaatio on keskeinen tekijä hoidon onnistumisessa. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 55.) Haastateltavien kertomuksissa toivo tuli esiin myös luottona hoitotahoihin ja hoitomenetelmiin.

”...sitä mä toivon et se vaikuttais siihen et mult lähtis toi itsetuhoisuus pois päästä...se on niinku lähinnä se asia mitä mä toivon ja sit se että pystyis olemaan normaalista...käyttämään alkoholia, eikä jatkuvalla syötöllä kipata sitä kurkusta alas...” (Kimmo)

Kimmolle oli ensimmäistä kertaa lääkehoidon lisäksi tarjottu myös sosiaaliterapeutin keskusteluapua. Hän ei vielä osannut arvioida hoidon onnistumista mutta oli motivoitunut ja toivoi terapeutin keskustelun tuovan muutosta hänen arkeensa. Kimmon toiveena oli saada alkoholin ongelmakäyttö kohtuulliseksi, jotta alkoholin käyttö ei enää muodostuisi keskeisimmäksi asiaksi arjessa. Haastattelun aikaisemmassa kohdassa hän ei kuitenkaan nähnyt alkoholia ongelmana ja näki kohtuullisuuden rajan siinä, että hänelle ei tullut vieroitusoireita. Voidaan siis tulkita, että alkoholin tuomia ongelmiakin voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta.

Haasteltavien kanssa keskusteltiin toivon lisäksi myös tulevaisuudesta. Kertomuksista on havaittavissa, että tulevaisuus ei ole päihteiden ongelmakäyttäjille helposti määriteltävissä oleva asia. Edellä mainitun toivon ylläpitäminen on tärkeä päihdetyön perusedellytys, jotta asiakas ei kadota tulevaisuudennäkymäänsä. Päihteiden ongelmakäyttäjien useat lopettamisyritykset luovat epätoivoa tulevaisuudesta ja myös pelkoa muutoksesta. (Väisänen 2001, 172.) Tavoitteiden luominen pitkällä aikavälillä voi luoda liikaa paineita onnistumiselle, joten haastateltavien mielestä päihteiden käytön lopettaminen on parasta tehdä pienin askelen, päivä kerrallaan. Tulevaisuus voi tuntua epätoivoiselta myös tarkasteltaessa yhteiskunnallisia tilanteita kuten työllistymistä. *”No todennäköisesti tulevaisuuden näkymä mikä tulee oleen, on se et tuskin tän ikäsenä nyt enään töitä löytää...”* (Kimmo). Kimmon mielestä paras päihdeettömyyden tuki oli työnteko ja hän oli melko varma siitä, että ollessaan sen ikäinen kuin on, työtä on mahdoton saada. Tämä sai hänet lannistumaan tulevaisuutta ajatellessa.

Päihteistä irrottautumisella pyritään saamaan myönteisiä muutoksia elämään. Haastateltavien kertomuksissa muutostoiveet kohdistuivat ihmissuhteisiin, psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, työllistymiseen sekä turvalliseen ja päihteettömyyttä tukevaan asuinympäristöön. Muutostoiveet ovat moninaisia ja muodostavat kokonaisuuden, jonka avulla päihteetön elämä saa merkityksen. Haastateltavien suunnitelmat tulivat kertomuksessa esiin pieninä palasina ja askeleina, joista muodostui kokonaisuus paremmasta tulevaisuudesta. Tulevaisuudensuunnitelmiin liittyi muun muassa uuden päihteettömyyttä tukevan asuinympäristön löytäminen sekä työllistyminen. *”No mä nyt käyn tuolla työllistämistoiminnassa nyt sitte et jos tulle joku työkkärin kautta joku työ niin tottakai mä sitte otan haasteen vastaan...”* (Minna). Lisäksi alkoholinkäytön tuomat pelot terveyden menettämisestä olivat pois joidenkin haastateltavien tulevaisuudennäkymästä. Päihteistä eroon pyrkivällä ihmisellä on eduksi positiiviset voimavarat, joiden kautta hän pystyy ajattelemaan tulevaisuutta parempana.

Päihteistä luopuminen on aina yksilötason prosessi ja näin ollen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussakin tulisi huomioida yksilölliset näkökulmat. Päihteistä eroon ponnistelun katsotaan noudattavan kriisiin perustuvan vaiheittaisen prosessin vaiheita. Luopumisprosessi kuuluu myös päihteistä irrottautumiseen ja uuden elämäntyylin etsimiseen ja kehittämiseen. On perusteetonta odottaa päihdekuntoutujalta hetkessä täydellistä irrottautumista aiemmasta elämästään. Muutos vaatii sopeutumista uuteen, jolloin liikutaan eteen- ja taaksepäin uuden ja vanhan elämän välillä. Reaktiovaiheessa irtaudutaan entisestä ja kokeillaan uutta. Tämä vaihe saattaa sisältää retkahduksia, joilla tarkoitetaan hallitsematonta päihteidenkäyttöä silloin, kun ihminen on pyrkimässä käytöstä irti. Retkahduksien ymmärtäminen ja niissä tukeminen on olennainen osa päihdetyötä. Päihteiden ongelmakäyttäjän selviytymiskehitys saattaa vaatia useita retkahduksia. (Vuori-Kemilä 2010, 137-138.) Jarkko pohti haastattelussa retkahdukseen liittyvää pelkoa töihin paluun suhteen.

”No on tiettenkin seki..emmä tiä lähteeks se mult koskaan mielestä pois et aina on sillain vähä houkutus mut kyl se siit sit ohi mene. Töihin meno pelottaa..sillai ku mä aatteli, et jos en mä pärjääkkään ja sit mä pelkään et lipsahtaa jotenki juomaan jossain välis [...] sanotaan et mä oo nytki täl hetkelläki niinku viel tavallaan riippuvainen...” (Jarkko)

Tunnustus siitä, että päihteiden ongelmakäyttäjä tulee olemaan aina päihderiippuvainen antaa ihmiselle hyväksynnän omasta itsestään ja mahdollisuuden hallita riippuvuuttaan. Retkahduksen pelko liikkui välillä myös Antin mielessä.

Jenni: *Pelkäätkö sä että sulle tulee retkahdus?*

Antti: *Emmää. Mää oon aatellut sen sillai niinku et on vaan, mahdollisimman vähän olen ajattelematta mut kyl se...silti sää oikees olet et kyl se välis mieleen tulee vaikka sitä kuin koittais pitää, mieles se aina välil on...emmä viitti kauheesti tuhlat siihen energiaa et tulee niit huonoi jaksoi...*

Antti pyrki välttämään ajatuksia retkahduksesta, jotta houkutus alkoholiin ei heräisi. Hän ei halunnut käyttää voimavarojaan retkahduksen miettimiseen vaan halusi keskittyä parempaan tulevaisuuden luomiseen.

Anja Koski-Jännes (1998) on tutkinut Suomessa päihderiippuvuuden hoitoa ja siihen liittyviä retkahduksia. Yleisimmät retkahduksien syyt ovat kontrolloinnin heikentyminen ja kielteiset tunnetilat. Ulkoisten rajoitteiden heiketessä kuten vapaa-ajan lisääntyessä ja loma-aikoina houkutus alkoholinkäytölle lisääntyy huomattavasti. Kielteiset tunnetilat ja vastoinikäymiset luovat lisäpainetta kuntoutujalle ja retkahduksen riski kasvaa. Koski-Jänteen mukaan keksimäärin noin puolet retkahduksista ovat saaneet alkunsa tunnepohjaisista syistä. Retkahduksen ennakoiminen on osa päihteistä irrottautumisen prosessia ja asiakkaan tehtävänä on opetella tunnistamaan itsessään retkahdusta ennakoivat merkit. Päihteiden ongelmakäyttäjän on myös luotava itsellensä toimintasuunnitelma, jonka avulla hänellä on mahdollisuus välttää näkyvissä oleva retkahdus. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 140.)

6.4 Sosiaaliset suhteet – voimavara vai taakka? - *"Mä oon löytänyt tosi hyvän ystävän"*

Ihmisten sosiaalinen verkosto rakentuu useimmiten perheen, parisuhteen ja muiden ystävyysuhteiden ympärille. Päihteiden ongelmakäyttäjillä sosiaaliset suhteet voivat vaikeuttaa pyrkimystä päihteettömyyteen tai olla tärkein tekijä päihteistä eroon pääsemisessä. Haastateltavilla oli hyvin erilaiset sosiaaliset verkostot mutta yhteistä heillä kaikilla oli, että osa tai koko heidän sosiaalinen verkostonsa rakentui muiden päihteiden ongelmakäyttäjien varaan. Toisilla haastateltavilla päihteisiin liittyvät ongelmat olivat kulkeneet mukana lapsuusajasta saakka, kun taas toisilla päihteiden käyttö muodostui ongelmaksi vasta aikuisiällä. Jokainen haastateltava oli aloittanut alkoholinkäytön erittäin nuorena. *"Alkoholi on ollu aika lähellä mun elämäni muutenki et omat*

vanhemmat ja sisko käyttää alkoholia et...” (Minna). Minnan kertomuksessa alkoholi oli ollut osallisena hänen elämässään lapsuudesta asti.

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy vahvasti syrjäytyminen ja sen periytyvyys yli sukupolvien. Perheissä, joissa vanhemmilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia, on usein myös monia muita perheen elämään negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Ongelmat saattavat esiintyä psyykkisenä oireiluna, kuten vanhemmuuteen liittyvinä vaikeuksina tai perheen sosiaalisen verkoston vähentymisenä. Psyykkisten ongelmien ohella vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy usein myös sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia, kuten työttömyyttä ja toimeentulovaikeuksia. (Solantaus, Niemelä, Huilaja & Räsänen 2011, 159.) Vaikeiden perhesuhteiden, elämäkokemusten ja lapsuusajan traumojen yhteisvaikutus voi toimia polkuna ylisukupolvisen syrjäytymiseen. Kimmo kertoi vaikeiden perhesuhteidensa tehneen hänestä itsenäisen ja omin avuin selviytyvän nuoren miehen.

”Ei mulla sit muita perhesuhteita, sillä tavalla äitini kanssa mä en oo ollu perhesuhteessa, et se joskus aikanaan heitti mut 18 vuotiaana pihalle ja sit sen jälkeen ei oo ollu minkäänäkösii semmosii läheisii suhteita hänen kanssaan ja mun isän nyt on kuollu, se veti ittensä hirteen...”
(Kimmo)

Kimmo on selviytynyt nuoresta asti omin avuin, eikä hänellä ole ollut vanhempien tukea aikuisuuden kynnyksellä. Hänen isänsä oli tehnyt itsemurhan saman ikäisenä kuin Kimmo oli haastatteluhetkellä ja nyt hän itse kamppailee itsetuhoisten ajatusten kanssa. Minnan lapsuusajan kokemukset ovat myös rankkoja ja vaikuttaneet monelta osin hänen aikuisiän elämäänsä.

”...(biologisen vanhemman) luona mä sillon asuin ku mä olin pieni mutta mut sijoitettiin sijaiskotiin, et siellä niin kahdeksan vuotta sijaisisä käytti mua seksuaalisesti hyväks ku mä olin pieni tyttö...” (Minna)

Minnan kertomus lapsuudesta sai hänen eletyn elämänsä kuulostamaan haavoittuvaiselta ja rikkonaiselta. Epäonnistuneen lastensuojelutoimenpiteen jälkeen hänellä on ollut entistä vahvempi yhteys biologisiin perheenjäseniinsä, joilla kaikilla oli Minna kertomuksen mukaan alkoholin ongelmakäyttöä. Minnan kertomuksessa tuli esiin myös aikuisiällä koetut vaikeat tilanteet kuten raiskaukset ja parisuhdeväkivalta. Haastatteluhetkellä läheiset ihmiset aiheuttivat hänelle omien

murheiden lisäksi suurta huolenaiheita. Hän toi haastattelussa esiin olevansa enemmän huolissaan siskostaan ja isästään kuin omasta itsestään. Minnan äiti oli jo aikaisemmin kuollut alkoholiin.

”...äiti oli alkoholisti kun hän kuoli sit siihen alkoholiin [...] siskolla on aika vahva alkoholi, et vähän vielä isompi ku mitä mulla on, et hän on ollut aika huonossa jamassa tässä näin. Mää pyrin soittamaan melkein joka päivä hänelle, että oon tosi huolissani siskosta...” (Minna)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa elävän Minnan arki oli täynnä murhetta ja läheiset ihmissuhteet lisäsivät sitä entisestään. Hän piti huolta siskostaan, jolla oli hänen mukaansa vielä vaikeampi päihderiippuvuus kuin hänellä. Minnalla oli siskossaan vertailukohta siihen, miten hänellä itsellään menee ja miten hän voi. Huolimatta siitä kuinka isoja arjen ongelmia mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla itsellään on, hän saattaa murehtia ja huolehtia myös läheistensä ongelmista.

Päihde- ja mielenterveysongelmaisen asiakkaan kohdalla eleyllä elämällä ja sen läpikäymisellä voi olla merkittävä vaikutus asiakkaan hyvinvointiin. Haastateltavien vaikeat elämäkokemukset ovat osaltaan vaikuttaneet heidän alkoholinkäyttönsä. Monessa kohtaa kertomuksissa tuli esiin myös alkoholinkäytön lisääntyminen liittyen vastoinkäymisiin, joiden käsittelyyn haastateltavien psyykkiset voimavarat eivät olleet riittäneet. *”Ehkä se oli yks käännekohta mikä oli tota kun mä erosin tosta viimeisestä parisuhteesta, ehkä se oli semmonen mikä kääsi sen vielä enemmän..”* (Kimmo). Kimmo tunnisti alkoholin käytön käännekohdan olevan parisuhteen kariutumisen aikaan, jolloin hän alkoi juoda entistä enemmän peittääkseen surun tunteitaan.

Päihteiden ongelmakäyttäjän sosiaaliset suhteet usein muuttuvat päihdeongelman myötä. Melkein kaikilla haastateltavilla oli katkennut välit puolisoon tai lapsiin ja myös sukulaissuhteet olivat koetuksella. Jarkon ja Kimmon kohdalla välit lapsiin olivat eron jälkeen vaikeutuneet. Kimmo ei ollut missään tekemisissä toisen lapsensa kanssa ja Jarkko taas oli käynyt raskaat huoltajuuskiistat omasta lapsestaan, jonka jälkeen lapsen äiti oli vaatinut valvottuja tapaamisia.

”...yhteishuoltajuus säilyi ja sit hän alko puuttuu tapaamisoikeuksii. Hän sai ne jotenkin muutettuu valvotuiks tapaamisiks. Sit mä kävi muutama kerra mut ne kesti vaa 2 tuntii, ni mä aatteli et antaa olla et, mä nää sit likkaa joskus ku täs vähä aika kuluu, et alkaa ole kunnol, et loppuu se juopottelu...” (Jarkko)

Jarkko katsoi valvotut tapaamiset raskaaksi lapselleen, joten hän päätti luopua tapaamisista. Hän ajatteli tapaavansa lastaan sitten kun saa alkoholin käyttönsä kuriin, jolloin lapsen äiti voi taas luottaa häneen. Viranomaiset voivat kokemukseni mukaan ajatella, ettei vanhemmalla ole halua tavata lastaan, mikäli hän peruu tapaamiset. Jarkon kertomuksessa tuli kuitenkin selväksi, että kyse ei ollut hänen halustaan tavata lastaan vaan tapaamisten vaikeista olosuhteista. Jarkon tulevaisuudenkerronnassaan tuli esiin yhteinen tulevaisuus lapsen kanssa ja tämän viikonloppuvierailut. Kimmo taas ei ole missään tekemisissä lapsensa kanssa, sillä ei halunnut lapsen vuoksi lähteä taistelemaan tapaamisoikeuksista. Hän luovutti ja kertoi toivovansa, että lapsi ottaa hänen yhteyttä tullessaan täysi-ikäiseksi.

”Emmä oo halunnut sotkee sitä asiaa enää mun elämäni, enkä halunnut alkaa minkään lakipykälän kanssa leikkimään, enkä minkään sosiaaliviranomaisten kanssa sekaantumani siihen. Mä oon ajatellut, että jos hän haluaa joskus ottaa muhun yhteyttä niin sitten hän ottaa kun hän on täysi-ikäinen ja hän tekee itse omat päätöksensä, et en mä halua sinne tunkea jalkaani kenenkään toisen oven väliin...” (Kimmo)

Päihteiden ongelmakäyttäjän arki saattaa olla jo ennestään kuormittunutta ja tämän vuoksi lapsen oikeuksien perääminen huolto- ja tapaamiskäytöissä tuntuu ylivoimaiselta. Kimmo kertoi ajattelevansa lastaan luopuessaan taistelusta tapaamisiin liittyen.

Perhesuhteet voivat muodostua päihteiden ongelmakäyttäjälle suureksi murheeksi tai säilyä tärkeänä voimavarana. Antin kohdalla perhe, etenkin vaimo oli hänelle hyvin tärkeä voimavara. Antti ei koe mielenterveys- ja päihdeongelmiensa vaikuttavan lapsiinsa kovin voimakkaasti, sillä lapsilla on hyvä tukiverkosto ja heidän arkensa sujuu hyvin.

”...ku mä en oo koskaan viinapäissäni riehunu koton tai emmää oikeestaan ol koton, et mua ei oo ikin tarvinu koton pelät, et mää en ol antanut koskaan muijal sekäjään enkä mukuloil selkään, et mul ol semmost, onneks, vaiks kaikkee muut o hölmöillykki...” (Antti)

Antin mukaan hänen perheensä ei joudu elämään hänen mielenterveys- ja päihdeongelmiensa vuoksi turvattomassa ympäristössä, sillä hän ei ole humalapäissään kotona eikä käyttäydy aggressiivisesti. Tosin päihteiden ongelmakäytön vuoksi Antin läsnäolo kotona kärsii aina hänen ollessaan pitkällä juomareissulla. Antti kertoi arvostavansa puolisoaan hyvin paljon, koska tämä jaksaa olla hänen

tukenaan. *”Vaimo, sen jälkeen tulee peräs muut...”* (Antti). Antti kertoi puolison olevan hänelle tärkein tuki, joka pitää hänet tällä hetkellä kasassa.

Tukena oleminen ei kuitenkaan ole omaisille välttämättä helppoa vaan ennemminkin raskasta. *”No kyl se aika poikki rupes oleen...”* (Antti). Antti kertoi puolisonsa tilanteesta keskusteltaessa hänen pitkästä alkoholin käyttämisen putkestaan. Antti kertoi puolisonsa hakeneen päihdepalveluista itsellensä apua jaksamiseen. Puoliso oli pyytänyt myös Anttia mukaan käynneille. *”...se alko tänä vuonna käymään siellä. Se on pyytänyt mua mukaan ja mä oon siellä sit pari kolme kertaa ollu”* (Antti). Päihde- ja mielenterveysongelmien ollessa vakavia ja pitkäaikaisia ne vaikuttavat väistämättä myös omaisten elämään. Tämän kaltaisissa tilanteissa omaisten jaksamisen tukeminen on erittäin tärkeää. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 155, 165.)

Perhesuhteiden lisäksi ystävät ovat ihmiselle tärkeitä, niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohdalla ystävä, joka käyttää päihteitä, on hyvä henkilö jakamaan yhteistä arkea ja siihen liittyviä murheita. Päihteettömyyden tukemisessa tarvitaan kuitenkin ystävää ilman päihteitä. Minna kertoi hänellä olevan tällä hetkellä hänestä hyvää huolta pitävä poikaystävä, jonka kanssa saattoi jakaa asioita. *”Tottakai miesystäväkin sitte pitää huolta, et yhdessä yritetään sit jakaa asioita mut kyl mää luulen et mää tarvin muutakin tukee ja apua...”* (Minna). Minnan poikaystävä käytti myös runsaasti alkoholia, eikä Minna saanut häneltä juurikaan tukea päihteettömyyteen.

Haastateltavien kerronnoista tuli esiin sosiaalisten suhteiden tuoma alkoholin käyttämiseen liittyvä paine. Juomiseen liittyvän painostuksen vuoksi haastateltavat kertoivat välttelevänsä tietynlaisia ihmisiä ja ympäristöjä silloin, kun he haluavat pyrkiä päihteettömyyteen ja välttämään turhilta houkutuksilta. Antti kertoi haastattelussaan perheen ulkopuolisten henkilöiden aiheuttamasta paineesta.

”...ku en mää puhu kellekkään mitään niinku ulkopuolisil, mitään et mää oon ilman alkoholi ettei tuu mitään paineita, et emmä viitti sin kaljakapakkaa men lainkaa ku siel helposti ratkee sit taas ottaa pari...” (Antti)

Antti vältteli tietoisesti paikkoja, joissa houkutus alkoholin käyttämiseen voisi kasvaa liian suureksi. Sosiaalisten suhteiden ja päihteellisen ympäristön tuomat paineet on päihteiden ongelmakäyttäjille yleinen haitta päihteettömyyteen pyrkiessä. Jarkko kertoi kokevansa asuinympäristössään painostusta

päihteiden käyttöön. Hän kertoi haastattelussa olevansa niin kiltti, että ei osannut kieltäytyä ”huonosta” seurasta. ”...seki o vähä semmonen puoli et sitku mää tuu kaikkie kans nii hyvi toimeen ni mää kerään kaikki päihteidenkäyttäjät ympärilleni...” (Jarkko). Päihteitä käyttävien tuttavien painostuksen lisäksi asuinympäristöllä on merkityksensä. Jarkon kertomuksessa asuinympäristö muodostui suurimmaksi haasteeksi hänen arjessaan. Jarkko uskoi hänen elämänlaatunsa kohenevan, mikäli hän saisi uuden asunnon.

”...tua naapurusto...tai oikeestaan koko katu mis mä asun ni sanotaanko et kaikki vähäosaset ja alkoholisoituneet ja huumausaineit käyttävät, ni kaikki o niin ku tavallaan lyöty samal kadul...[...] ku muol o kumminki oma lapsi ni tua et siin o sillai kaks huonet ni mää saa sillai vähä tilaa meil kahdelle et sitku hän tulee joka toinen viikonloppu...ja tähän paikkaan mää en ottanut niin ku häntä lainkaan...ihan tän naapuruston takii...” (Jarkko)

Jarkko kertoi perhesuhteiden ylläpitämisen olevan vaikeaa asuessaan turvattomassa ympäristössä. Hän kertoi saavansa sosiaalitoimiston kautta uuden asunnon, johon haluaisi tulevaisuudessa myös lapsensa vierailulle. Antin ja Jarkon lisäksi myös Minna koki päihteiden ongelmakäyttäjistä koostuvan ystäväpiirinsä haasteellisena suhteessa omaan päihteettömyyteensä.

”...mul on aika paljon kaveripiirissäkin ihmisiä jotka käyttää alkoholia kanssa ni seki on vähä sillai et löytäis niin ku jonkun kaverin joka ei käytä, mikä osais sitte kuunnella [...] nii ja sit taas toisaalta ni mä tarvisin nytte kavereitten seuraa, etten mä oo yksin..et sais jotain muuta juteltavaa...se on nyt vähän kakspintanen juttu kun tarvis saada niistä ihmisiä ympärilleen mut ku ne on semmosia ihmisiä mitkä käyttää alkoholia..vaikee juttu...” (Minna)

Minna kertoi hänellä olevan hyviä ystäviä mutta hän kaipasi ystävää myös oman ystäväpiirinsä ulkopuolelta, ystävää joka ei käyttäisi päihteitä. Minnan pohdinnoista selvisi että päihteiden ongelmakäyttäjät saattaisivat hyötyä tukihenkilöstä, jonka kanssa he voisivat irrottautua päihteellisestä arjestaan. Minnan kertomuksessa ilmeni hänellä olevan tarve puhua vaikeista asioista jonkun kanssa, silloin kun retkahdus oli lähellä.

Jarkko oli löytänyt ystävän, joka tuki ja kuunteli häntä aina tarpeen tullen. ”Mä oon löytänyt tosi hyvän ystävän, mikä tavallaan viikko sit nosti mut niinko ylös kaikesta...” (Jarkko). Jarkko kertoi häntä auttaneesta ystävästään, joka toimi hänen tukihenkilönään. Jarkko oli löytänyt uusia sosiaalisia suhteita myös seurakunnasta, jossa pyrki käymään tapaamisilla viikoittain. Uusien sosiaalisten

suhteiden luominen ei kuitenkaan ole mielenterveys- ja päihdeongelmaiselle yksinkertaista, eikä siihen ole välttämättä mahdollisuutta. Haastateltavien kertomuksissa tuli esiin myös päihdepalveluiden laitoshoidossa luodut negatiivisesti vaikuttavat ystävyysuhteet. Jarkko kertoi tutustuneensa katkaisuhoidossa toiseen päihteiden ongelmakäyttäjään.

”...sama ilta ku mä lähdin sielt katkasust pois...mä tutustuin siel yhteen ihan mukavan tuntuseen mieheen ja juteltiin. Hän oli eka vähä sil mielel et ei juoda, ainakaan vähään aikaan ja saman ehtoon hän sit soitti pienes pöhnäs ja sano et ota taksi alle ni hän maksaa tääl pääs ja mää lähdi sit ja siin meni yhtäkkii viikko...” (Jarkko)

Päihderiippuvaisella houkutus alkoholin käyttämiseen on sietämättömän suuri, eikä päihdekatkaisussa luoduista ystävyysuhteista saa aina tukea päihteettömyyteen, päinvastoin. Katkaisuhoidon hakeutuvilla asiakkailta saattaa olla hyvin erilaisia motiiveja laitoshoidon saapuessaan ja usein heistä saatetaan ajatella, että he tulevat hoitoon muissa tarkoituksissa kuin pyrkimyksessä päihteettömyyteen. Jarkon motiivi hakeutua katkaisuhoidon oli päästä eroon päihteistä. Kotiin päästessään sosiaalinen paine ja houkutus kasvoivat hänelle liian suureksi, jonka jälkeen hän saattoi olla hetken kuluttua uudelleen katkaisuhoidossa.

6.5 Arjen tekeminen päihteettömyyden tukena – *”Et pystyy ajattelemaan aivoillaan vähän jotain muutakin ku pelkkää juomista”*

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla katsotaan olevan moninaisia ongelmia, jotka rasittavat heidän arkeaan. On kuitenkin mahdollista, että tämän kaltaisten arjen ongelmien kanssa pystyy elämään, selviytymään. Näin ollen selviytymisen prosessi onkin osa päihteiden ongelmakäyttäjien arkea. Selviytymisen nähdään olevan mitä tahansa toimintaa, joka vähentää tai poistaa ihmiseen kohdistuvia fyysisiä ja psyykkisiä uhkia. Päihteiden ongelmakäyttö saattaa monelle asiakkaalle olla sitä toimintaa, jolla he pystyvät hallitsemaan näitä uhkia, etenkin psyykkisiä. Sen vuoksi päihteiden käyttöön liittyy vahva ”lääkitsevä” ja selviytymistä edistävä näkökulma, mikä tekee päihdekierteestä jatkuvan. Tämä on ongelma, jonka kanssa päihteiden ongelmakäyttäjät painivat. Kysymys kuuluukin, mitä he keksivät alkoholin tilalle, jotta että he selviytyisivät arjestaan päihteettä. (Aylon 1995, 12.)

”...et pitää nyt yrittää jotenkin rentouttaa mieli ja koittaa keksiä jotain muuta sitten...ja ajatella itteni parasta...[...] et täytyis löytää joku urheilu mistä sais sen et jos tulee niin ku paha mieli...urheilun kautta tai jotain mielekästä tekemistä...” (Minna)

Minnan kertoi saaneensa päihdetyöntekijältään neuvoksi keksiä muuta tekemistä alkoholinkäytön tilalle. Tekemisen löytäminen ei kuitenkaan ole helppoa ja hän saattaa tarvita siinä viranomaisen apua ja palveluohjausta. Päihdekierteessä olevaa henkilöä auttaa haastateltavien mukaan parhaiten tekeminen, ei oleminen. Päihteiden käytön tilalle tulisi keksiä muuta tekemistä ja katkaisuhoidon jälkeen tulisi olla konkreettisia toimia päihdeettömyyden tukemisessa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen psyykinen kuormitus ja negatiiviset tunteet vaikuttavat alkoholinkäytön jatkuvuuteen. Aktiivisella tekemisellä saadaan vaihtoehtoista tekemistä alkoholin juomiselle.

Minna kertoi käyvänsä kävelyllä välttääkseen päihteiden käyttöä. *”...sitten tota monta kertaa mä lähdän vaikka kävelyllä et saa jotain muuta ajateltavaa...”* (Minna). Liikunta päihdeettömyyden tukena tuli lähes kaikkien haastateltavien kertomuksissa esiin. Liikunnalla on todettu olevan paljon hyviä niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin vaikutuksia. Säännöllisen liikunnan on todettu lisäävät psyykkisiä voimavaroja ja liikunnan merkitys mielenterveysongelmien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa on tunnistettu. (Suomen Mielenterveysseura 2015.)

Antti kertoi alkaneensa harrastaa liikuntaa tukeakseen päihdeettömyyttään ja lääkkeitä vieroittautumistaan. *”...pari kertaa siinä kahden kolmen viikon aikana tuli semmosii, et oli tosi huono olo mut se meni ohi kun mä lähdin lenkkeilee...”* (Antti). Hän kertoi saaneensa lenkkeilystä apua huonoon oloonsa. Arjen pyöriessä päihteiden ympärillä terveelliset liikuntatottumukset unohtuvat helposti. Jarkko harmitteli kertomuksessaan kuntonsa huononemista ja kertoi lenkkeilevänsä päihdeettöminä jaksoina.

”...kunto, mää on huomannu niin ku et se on ihan täysin romahtantu. Mua joskus harmittaa ku haluu tehdä jotai ja sit joskus selvispäite mää yritä korjat sitä mut se ain ottaa oma aikas, mää oon lenkkeilly ja kaikkee, käyn kävelemäs ehtoisiin...mut se niinku harmittaa just ku ei saa ittees nii nopeesti kuntoo ku haluis...” (Jarkko)

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohdalla elämähallinnan keinot voivat olla vähäiset. Ihmisellä tulee olla arjessaan mielekkäitä kokemuksia ja toimintaa, jotka antavat merkityksen arjen toiminnalle. Mielekäs toiminta jäsentää ihmisen arkea ja tuo päivittäiseen toimintaan rytmiiä ja turvallisuutta.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle on tärkeää suunnitella yksilöllinen ja arkea tukeva päiväohjelma. (Vuori-Kemilä ym.2009, 59.) Haastatteluista tuli esiin päivittäisen toiminnan ja arjen struktuurin olevan merkityksellisin asia päihteettömyyden ja elämänhallinnan tukena. Kimmon mielestä päihteiden käyttöä rajoittaa parhaiten työtoiminta, mikä tekee päihteettömyydestä merkityksellisen ja tavoiteltavan. *”Et mitä nyt täs tää työtoiminta, et siel on toi nollatoleranssi et sinne ei saa tulla yhtään alkoholinvaikutuksen alase...”* (Kimmo). Hänen mielestään nollatoleranssi oli hyvä päihteettömyyden tuki.

Kuntien tarjoamat kuntoutus- ja työtoimintapalvelut ovat tärkeässä roolissa pitkäaikaistyöttömien sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Yksilölliset kuntoutussuunnitelmat tukevat arkielämänhallintaa ja tähtäävät työkyvyn ylläpitämiseen ja työllistymiseen. Päihteiden ongelmakäyttäjillä on usein univaikeuksia, jotka vaikuttavat normaalina pidettävän arkirytmien ylläpitämiseen. Päiväaikainen aktiivisuus auttaa säilyttämään normaalin unirytmien ja pitämään asiakkaan kiinni arjessa. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 59.) *”Siel on niin ku kumminki työntekoa ni menee pois ajatukset mielestä...”* (Minna). Minnan mielestä kuntouttava työtoiminta pitää hänet muissa ajatuksissa ja auttaa unohtamaan arjen murheet. Kimmon työtoimintaan ohjautumisella on päivärytmien lisäksi suurempikin merkitys. Hän kokee työtoiminnan tekevän hänen arjestaan merkityksellisen ja valoisamman. Antaa hänelle syyn elää ja uskoa parempaan tulevaisuuteen.

”Toi kuntouttava työtoiminta on jollain tavalla mun elin tarve. Mä käyn neljä kertaa viikossa siellä, se on jollain tavalla avannut sellasia asioita että on tässä elämässä nyt ehkä jotain viel [...] et pystyy ajattelemaan aivoillaan vähä jotain muutakin ku pelkkää juomista...” (Kimmo)

Pitkään työtä tehneelle Kimmolle työ oli tärkeä osa arjen toimintaa. Hän oli vuosia aiemmin menettänyt sairastumisen vuoksi mielekkään työnsä, jonka jälkeen oli tehnyt keikkahommaa ja lopulta jäänyt työttömäksi. Ihmisen hyvinvoinnille on keskeistä saada tarpeensa tyydytettyä työnteolla ja itsensä toteuttamisella Työssä oleminen jäsentää arkea ja ajan käyttöä ja näin ollen työttömänä ja toimettomana ihminen ei koe enää itseään hyödylliseksi ja elämänhallinta saattaa vaikeutua säännöllisen rytmien puuttuessa. (Allardt 1976, 21–23.) Arjen jäsentäminen työnteon avulla auttoi myös Anttia.

”...mut mä oon tehny töitä niin, et oon neljä tuntia päivässä, eikä sillai et olisin viiko töis ja viiko vapaal ku se ei niinku sovi mulle, sopii paljon paremmin se et teen joka päivä n imun tarttee sillon joka päivä lähtee” (Antti)

Antin kertomus vahvistaa ajatusta työstä päihteettömyyden tukena. Tehdessään joka päivä lyhemmän päivän töitä Antti varmistaa pysyvänsä kiinni päivärytmissä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan tilanne saattaa olla pitkäaikaisesti vaikeutunut, jolloin työhön palaaminen ja sitoutuminen saattaa hankaloitua päihderiippuvuuden vuoksi. Haastatteluissa korostuu kuitenkin mielekkään toiminnan puute ja sen tarve heti päihdekuntoutuksen alkuvaiheessa. Päivärytmiin kiinnittyminen auttaa myös päihteettömyyden tukemisessa ja haastateltavien toiveissa on löytää itsellensä mielekäästä tekemistä.

7. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN PALVELUKOKEMUKSET

Tässä tulosluvussa esittelen haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia avun hakemisesta ja vastaanottamisesta sekä pysyvän asiakassuhteen, keskustelun ja aktiivisen hoidon merkityksistä. Lopuksi esittelen selviämishoitoyksikön toimintaan liitettyjä kokemuksia ja näkemyksiä.

7.1 Avun hakeminen ja vastaanottamien – *”Ko mä en niinku osannut ettii, tavallaan jonkun olis tarvinnu ettii mut...”*

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten perusosaamiseen kuuluu päihdehaittojen tunnistaminen sekä hoitoonohjaus. Päihteiden puheeksiotto tulisi tehdä jokaisen asiakkaan kohdalla ja jokaisessa organisaatiossa, missä ihmisiä hoidetaan ja kuntoutetaan. Asiakas, jonka päihteiden käytössä on havaittavissa riskejä, on tämän jälkeen ohjattava saamaan apua päihteiden käyttönsä hallintaan. Päihteiden käytön puheeksiottoa ei tulisi sivuuttaa myöskään päihteiden ongelmakäyttäjien kohdalla vaikka he eivät olisi sitoutuneita hoitoon. Hoitoonohjaus ja asiakkaan motivointi ei ole milloinkaan perusteltua jättää tekemättä vaikka niin saatetaan pitkäaikaisen alkoholin ongelmakäyttäjän kohdalla ajatella. Päihteiden käytön puheeksiotto on asiakkaasta välittämistä (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 151). Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiltä edellytetään ammatillista asennoitumista ja suhtautumista päihdeasiakkaaseen. Suhtautumisella ja sanavalinnoilla on suuri merkitys siinä, minkälainen käsitys asiakkaalle välittyy hänen ja työntekijän välisestä suhteesta päihdeongelman hoidossa.. Asiakkaat eivät välttämättä tiedä mistä heidän tulisi apua lähteä etsimään. Huonojen aikaisempien kokemusten seurauksena mielenterveys- ja päihdeongelmaiset saattavat alkaa pelätä vastaanottavien tahojen negatiivista suhtautumista heihin. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 131.)

Haastateltavat toivat kertomuksissaan esiin sen, miten vaikeaa avun löytäminen jossain tilanteissa oli. *”Ko mä en niin ku osannu ettii, tavallaan jonku olis tarvinnu ettii mut...tai oikeestaan mut etittiin nyt”* (Jarkko). Asiakas saattaa kyllästyä jatkuvaan avun etsimiseen. Päihdeongelman luonteesta johtuen yhden kerran saatava apu tai palvelut eivät ole yleensäkään riittävä tuki päihdeongelmasta kuntoutumiseen. Näin ollen päihdeasiakas saattaa tulla palveluiden piiriin yhä uudestaan ja uudestaan. Interventioiden avulla asiakkaat löytyvät myös siinä kohtaa, kun heidän oma uskonsa on mennyt. Jarkon kertoi sosiaalityöntekijän löytäneen hänet toimeentulotukea hakiessa.

”Tän hetkinen sosiaalityöntekijä. Hän löysi mut niinku tuurilla, monien satojen joukosta varmaan. Ku mul oli niin paljon sairaalakäyntejä ja niitä laskuja ambulanssikuljetuksista ni hän oli kiinnittänyt huomioo niihin ja alko ihmettelee et kyl täs niinku jotain erikoista tapahtuu kun koko ajan tulee laskuja pelastuslaitokselta ja katkasuasemalt...” (Jarkko)

Jarkko uskoi hänellä käyneen hyvä tuuri sosiaalityöntekijän löytäessä hänet. Hänen ajatuksensa mukaan monet päihteiden ongelmakäyttäjät ovat ilman apua, eivätkä he osaa sitä itse hakea. Kunnan sosiaalityöntekijä oli reagoinut Jarkon moniin sairaala- ja päihdepalveluiden laskuihin hänen hakiessaan toimeentulotukea. Jarkko kertoi hänestä tuntuvan hyvältä se, että sosiaalityöntekijä oli hänestä kiinnostunut ja alkoi selvittää hänen tilannettaan. Hän koki saavansa jälleen uudelleen mahdollisuuden päihteistä eroon pyrkimiseen.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla ongelmaksi tunnistettu organisaatioiden välinen asiakkaan pallottelu on myös asiakkaiden näkökulmasta tuttua. Useat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat joutuvat väliinputoajiksi palvelujärjestelmässä, jolloin he eivät saa tarvitsemaansa apua ja palveluita. Pahimmassa tapauksessa heistä tulee huonojen kokemustensa ja päihderiippuvuutensa vuoksi tavoittamattomia. Tavoittamattomien päihdeongelmaisten palveluiden ja tuen tarve voi olla hyvinkin suuri mutta heitä ei voida palvelujärjestelmän keinoin löytää. (Malin-Kaartinen 2015, 63–65.)

Interventiot ja asiakkaan ohjaaminen palveluihin voi tapahtua monella tavalla riippuen asiakkaan omasta motivaatiosta. Jarkko kertoi saaneensa selviämishoitoyksiköstä tietoa päihdepalveluista, mikä edisti hänen tietouttaan ja mahdollisuuksiaan hakeutua palveluiden piiriin. *”...Mutku mä sieltä lähdin ni mä sain paljon kaikkii esitteitä..mitkä sillai ihan kiinnostaviiki...”* (Jarkko). Informaation saaminen ja jakaminen on yksi osa Janet Warrenin holistisen osallisuuden mallia. Asiakkaan ollessa tietoinen mahdollisuuksistaan myös hänen osallisuutensa ohjautua tarjottuihin palveluihin lisääntyy. (Warren 2007, 50–51). Jarkko toi haastattelussaan esiin pohtineensa hänelle sopivia palvelumuotoja saamansa informaatiota apua käyttäen.

Jenni: *Onks sulla jotain kontakteja päihdepalveluihin tällä hetkellä?*

Jarkko: *Nyt täl hetkel ei oo. Mää oo kyl koko ajan yrittänyt netist kattoo kaikkii erilaisii ja sit tua seurakuntaan mä menin nyt [...] mut emmää oo pystyny iha täysi viel keskistyy mihi paikkaa mää niinku menisi. Just jotai AA-kokouksii ja jotai tämmösii...*

Jarkko oli hakenut internetistä itsellensä sopivia apukeinoja päihteettömyyteen. Hänelle oli sosiaalitoimesta tarjottu pidempää päihdekuntoutusjaksoa. Hän halusi kuitenkin kokeilla päihteettömyyden onnistumista ilman palveluihin sitoutumista. ”...*et millai tuntee itte jaksavas, et jaksako omin voimin, et jos tuntuu vähänki silt ettei ittel voimat riit eikä pysty ihan kaikkee toimintaan ni se se o iha hyvä paikka...*” (Jarkko). Hän kertoi suunnitelmastaan hakeutua tarvittaessa päihdekuntoutukseen. Omin avuin päihteistä irrottautumisella ei monen käyttövuoden jälkeen ole välttämättä kovinkaan tulokselliset seuraukset, joten asiakas saattaa kuitenkin tarvita palveluita tuekseen. Kyse ei kuitenkaan tarvitse olla laitoshoidosta. Valtakunnallinen suositus onkin kehittää avopalveluita tukemaan asiakasta päihteettömyydessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Minnalla oli erilaiset lähtökohdat avun vastaanottamiseen. Hän oli lapsesta asti ollut sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän asiakkaana, eikä palveluiden vastaanottaminen ollut hänelle kynnyskysymys. ”*En oo, et kyl se menee ihan hienosti, käy ihan normaalirutiinista*” (Minna). Hän kuvasi toimeentulotuen hakemista rutiinitoimeksi, joka oli luonnollisena osana hänen elämäänsä.

Saattaen vaihtaminen on asiakkaan jatkohoidon suunnitellussa usein merkityksellinen tekijä. Kimmo kertoi, ettei häntä ollut aikaisemmin ohjattu sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioon ja yhteydenotot kotoa käsin olivat ainoa vaihtoehto palveluihin pääsyyn. Hän oli sinnitellyt kotona itsetuhoisten ajatusten kanssa, kunnes lopulta ohjautui itsemurhaa yritettyään sairaalan päivystykseen, josta hänelle varattiin aika jatkohoittoon.

”Ei mua oikeestaan sieltä (katkaisuhoidosta) ohjattu millään tavalla, ainoastaan tää psykiatrinen sairaanhoitaja sieltä sairaalasta, joka näitä testejä teki niin se oli ainut joka ohjas mut tänne päihdetyöntekijän luokse...se oli ainoo semmonen...” (Kimmo)

Kimmolle oli selviämishoitoyksikön hoitojakson aikana tarjottu psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamista psyykkisen tilan arvioimiseksi. Tapaaminen oli keskusteluiden jälkeen poikanut hänelle jatkokontaktin oman kunnan päihdepalveluihin, josta hän toivoi nyt saavansa apua. Organisaatioiden välinen yhteistyö potilaan asioissa on tärkeää ja sen tulisi sujua joustavasti.

Kysyin haastateltavilta heidän mielipidettään palveluorganisaatioiden yhteistyöstä. He pitivät yhteistyötä tärkeänä heidän hoitonsa onnistumisen kannalta. Haastatteluissa tuli esiin, että asiakkaan vastuulle jätetyt yhteydenotot jatkohoitoihin jäävät usein tekemättä. Lähes kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että kynnys jatkohoitopaikkaan menemiseen madaltuu, mikäli lähettävä taho on mukana

yhteydenotossa. *”Ei varmaan olis ite tullu varattua...mut olisinhan mä voinut periaatteessa kieltäytyäkin siitä”* (Kimmo). Kimmon kommentti mahdollisuudesta kieltäytyä toi hyvin esiin hänen mahdollisuutensa itse vaikuttaa ja olla mukana häntä itseään ja omaa hoitoaan koskevissa asioissa. Työntekijän auttaessa häntä ajanvarauksessa häneltä ei viety mahdollisuutta päättää itse asioistaan, eikä vastuuta mennä varatulle ajalle. Häntä autettiin yli kynnyksen, joka teki asiasta kotoa käsin yksin hoidettavaksi liian haastavan toteuttaa.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan on enää sairaalasta kotiutuessaan haastavaa hakeutua palveluihin. Päihteiden ongelmakäyttäjälle tulee kotona kavereita tavatessa usein muut asiat mieleen, kuten päihteiden käytön jatkaminen. Mikäli jatkohoitokontaktit jätetään asiakkaan vastuulle, voivat ajanvaraukset jäädä hoitamatta. Yhteydenottojen tekemättä jättämisen syynä ei välttämättä ole motivaation puute päihteettömyyteen vaan riippuvuuden tuomat pakkoajatukset päihteiden saamisesta. Jatkohoitokontaktien järjestely hoitavan organisaation toimesta luokitellaan usein liialliseksi puolesta tekemiseksi ja katsotaan, että asiakasta ei vastuuteta tarpeeksi oman tilanteensa hoitamisesta. Lisäksi terveydenhuollon päivystyksessä asioivat tulevat usein virka-ajan ulkopuolella, jolloin ajanvarauksia jatkohoitopaikkoihin on mahdoton tehdä. Välillä yhteydenotto ja omasta tilanteesta puhuminen saattaa olla mielenterveys- ja päihdeongelmalliselle vaikeaa ja apu voi olla tarpeen. Näin ollen joskus tarvitaan pieni avustava ele, jotta asiakas pääsee alkuun asioidensa hoidossa. Osa sosiaalityön yksilökohtaista palveluohjausta on pitää huolta asiakkaan oikeuksista palveluihin ja etuuksiin. Sosiaalityön tehtävänä on selvittää asiakkaan kokonaistilannetta ja ohjata häntä tarvittavien palveluiden piiriin. (Juhila 2006, 177 – 178.) Jarkko kertoi haastattelussa saaneensa palveluohjausta selviämishoitoyksikössä ollessaan.

”Just sillai ko ei itekkää oikee niinku tienny et miten sitä apua haetaan sosiaalitoimistost ja joka paikkast sun muut. Tavallaan niinku itte ei välttämät olis osannu kertoa sitä tilannetta mikä on ja mun mielestä selviämisyksiköst kerrottiin aika tarkalleen sitäkin, et millast mul niin ku on ollu...” (Jarkko)

Jarkko koki selviämishoitoyksikön sosiaalityöntekijän yhteydenoton kunnan sosiaalitoimeen hyvänä. Hänestä tuntui siltä, että ei osaisi itse selittää tilannettaan. Asiakkaan näkökulmasta oman tilanteen selittäminen ei ole välttämättä yksinkertaista. Asiakkaat voivat olla epävarmoja siitä mitä heidän olisi tärkeä kertoa ja mikä taas ei ole asioiden hoitamisen kannalta olennaista. Asiakasta tavanneet työntekijät saavat nopeasti käsityksen asiakkaansa tilanteesta ja osaavat kertoa tarvittavat tiedot yhteistyötaholle. Tämä voi tuntua asiakkaasta hyvältä ja madaltaa kynnystä siirtyä jatkohoitoon.

Aikaisempien positiivisten palvelukokemusten myötä asiakkaan oma kyky hakeutua uudelleen palveluihin lisääntyy. Jarkko kertoi saaneensa aikaisemmin hyviä viranomaiskontakteja rikosseuraamusvirastosta ja sosiaalitoimesta. Tämän ansioista hänen oli helpompi ottaa uudelleen yhteyttä ja kysyä neuvoja asioissaan. ”*Onneks mää pystyn pitää ja olla yhteydessä etten mää oo juonu itteeni mikskään toopeks...*” (Jarkko). Hän tarkoitti yhteydenpidolla sitä, että pystyy tarvittaessa ottamaan yhteyttä häntä aikaisemmin auttaneisiin viranomaistahoihin. Hänen kertomuksestaan oli havaittavissa, että hän koki aikaisemmissa viranomaissuhteissaan tulleen kuulluksi ja saaneensa tukea näiltä henkilöiltä. Lisäksi kynnyksen ottaa uudelleen yhteyttä oli matala.

7.2 Yksi ovi ja kestävä asiakassuhde - ”*En mä kauheen monelle ihmiselle tykkää puhua, menee itelläkin pasmat sekasin*”

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohdalla tullaan usein miettineeksi sairastumisen syy- ja seuraussuhteita eli sitä, johtuuko masennus alkoholinkäytöstä vai toisin päin. Psykykkistä sairautta ja päihdeongelmaa hoidetaan usein erillisinä ongelmina ja haastavaksi muodostuu niiden yhtäaikainen esiintyminen. Psykiatrisesta hoidosta asiakkaat ohjataan usein päihdehuollon palveluihin sillä ajatuksella, ettei mielenterveyttä pystytään hoitamaan sillä on ensin hoidettava päihderiippuvuus kuntoon. Päihdehuollon puolella taas voidaan nähdä ongelman olevan enemmänkin psyykkisissä tekijöissä, mitkä taas vaikeuttavat asiakkaan motivoitumista päihdehoitoon. Hajanainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa asiakkaiden hoidon jatkuvuutta sekä palveluihin pääsyä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa olisi kuitenkin tärkeä keksittyä asiakkaan kokonaistilanteen arvioon ja kohdata ihminen yhdessä paikassa kaikkine ongelmineen. (Stenius ym. 2012, 167.)

Haastateltavat toivat keskusteluissa esiin toiveensa yhdestä pysyvästä asiakassuhteesta. Pysyvillä asiakassuhteilla pystytään keskittymään potilaan hoidossa olennaisiin asioihin ja eteenpäin vievään hoitoon. Monessa eri paikassa asiointi ja uusien hoitosuhteiden luominen on asiakkaalle raskasta ja tuntuu siltä kuin aloittaisi aina alusta. Minna oli itsekin muodostanut selvän raja-aidan mielenterveys- ja päihdepalveluiden välille ja pohti mitä hänen tulisi puhua A-klinikalla ja mistä asioista kertoisi mielenterveyspalveluissa. Palvelujärjestelmän raja-aidat tuottavat turhaa päävaivaa myös asiakkaille.

”Niin no mä en tie sitte ku hän on niinku A-klinikan, et onks hänellä sit mitään sairaanhoidollista, et mikä hän sitte on... ku mul on kumminkin näitä mielialaongelmiakin ni hän on vaan tän alkoholismistin ni...” (Minna)

Minnan kokemus mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta oli yksiselitteinen ja organisaatiokeskeinen. Hänen kertomuksessaan ei tullut esiin ajatustakaan kokonaisvaltaisesta psykososiaalisesta hoidosta vaan hän eritteli mielenterveys- ja päihdeongelmansa täysin eri organisaatioiden hoidettavaksi. Tämä mustavalkoinen jako kuvaa hyvin palvelujärjestelmän raja-aitoja sekä asiakkaiden palvelujärjestelmän tuntemusta. Kestävällä asiakassuhteella ja yhden oven periaatteella saadaan luotua asiakkaalle pysyvyyden tunne sekä tunne siitä, että hän on itsekin perillä hoidosta ja sen mahdollisuuksista.

Asiakkaan kuuleminen ja kuulluksi tuleminen merkitsi haastateltaville hyvin erilaisia asioista. Puhuttaessa asiakkaan kuulemisesta ja vaikuttamisesta omaan hoitoon haastateltavat toivat esiin erilaisia ajatuksia. Kuulluksi tuleminen ja vaikuttaminen eivät olleet yksinkertainen asia, johon haastateltavien olisi ollut helppo vastata. Osa haastateltavista esitti tarkentavia kysymyksiä ja he olivat selvästi hämmentyneitä heille esitetyistä kysymyksistä. Haastateltavat arvioivat omaa osallisuuttaan ja osallistumistaan pääosin hoidon näkökulmasta. Kuuleminen ja vaikuttaminen merkitsivät haastateltaville muun muassa ohjeiden, avun ja neuvojen saamista ja toisaalta omien murheiden jakamista sekä hoidon tuloksien arvioimista.

Jenni: Miten sä oot kokenut näissä palveluissa että sä saat vaikuttaa omaan tilanteseen ja onko sun toiveita kuultu?

Minna: On ihan hyvin kuultu, et kyllä mä oon ihan tykänny...

Jenni: Millasissa asioissa sua on kuultu?

Minna: No just siinä että annettu neuvoja ja mä oon tykänny et mä otan neuvot vastaan ja...

Minna koki tullessa kuulluksi ohjeita ja neuvoja saamalla. Hänen kertomuksestaan tulee helposti tehtyä tulkinta tilanteesta, jossa asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ei perustu dialogisuuteen vaan työntekijän yksipuoliseen ohjeiden ja neuvojen jakamiseen. Tosin asiaa voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, että asiakas on yhtenäisessä vuoropuhelussa kertonut ongelmistaan, joissa tarvitsee apua ja ohjausta. Näin ollen työntekijän vinkit olisivat osa asiakkaan kuuntelemisen tulosta. Antin kokemukset kuulemisesta liittyivät konkreettiseen kuuntelemiseen hoitotilanteessa.

Jenni: *Miten sä oot kokenut sen että sua kuunnellaan siellä ja sitä sun mielipidettä omasta tilanteesta?*

Antti: *Hoitajat kaikki on kyllä aika hyvin kuunnellut ja tollai mut lääkäreis on osa semmosii, et ky mä oon ykistyiselläkin lääkäriellä käynyt ja ei mitään muutko äkkii vaan reseptit...*

Antin kuulemisen kokemuksissa korostui moniammatillisen yhteistyön merkitys. Hoitajien tavatessa ja kuunnellessa asiakasta heidän tulisi kertoa asiakkaan tarpeista ja toiveista myös häntä hoitavalle lääkärille, joka tapaa asiakasta harvemmin. Hoidon suunnittelun ja asiakkaan kuulemisen kannalta on keskeisestä jakaa yhteinen tieto ja osaaminen eri ammattikuntien välillä. Haasteelliset työtehtävät ja työssä jaksaminen vaativat työtehtävien ja kokemusten jakamista. Tämän kaltainen työskentely mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioon. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 260.)

Haastatteluissa tuli monessa yhteydessä esiin asiakassuhteen merkitys. Asiakassuhteeseen liittyvät kertomukset muun muassa lääkärien vaihtuvuudesta, palveluiden saatavuudesta ja lääkärin kyvystä kuunnella olivat haastatteluissa toistuva asia. *”Aika paljon (lääkärin nimi) mää sit niinku sille nostan hattuu...se on tämmönen niinku sanottu omalääkäri”* (Antti). Antti kertoi haastattelussa ”omalääkäristä”, jonka kanssa hänellä oli pitkäaikainen asiakassuhde terveyskeskuksessa. Haastateltavat toivoivat myös mielenterveys- ja päihdepalveluihin ”omalääkäriä”, joka tuntisi asiakkaan tilanteen ja olisi laitoshoidon yhteydessä tavoitettavissa. Lääkärit, jotka tunsivat asiakkaan tilanteen ja olivat useissa tapauksissa ohjanneet potilasta hoitoon, osoittivat haastateltavien kuvauksissa aitoa välittämistä ja asiakkaan tilanteeseen perehtymistä. Useammin haastateltavat toivat kuitenkin esiin vaikeudet lääkärisuhteessa. Haastateltavat kertoivat muun muassa vaikeudesta päästä keskustelemaan lääkärin kanssa sekä lääkärien vaihtuvuudesta hoitopaikoissa.

”...siel varmaa niinku pari vuode aikana ni 20 eri lääkärii, et mul on ollu ketä niitä mun lääkkeitäkii aina uusi ja aina terapeutti sano ettei se lääkäri ol enää meillä...ei siinä nyt ainakaan sen lääkärin kanssa pääse suhdetta muodostuu...” (Antti)

Antti piti asiakassuhteen muodostumista tärkeänä hoidon jatkuvuuden kannalta. Hän koki lääkehoitonsa vaikeutuvan entisestään lääkärien vaihtuessa. Jarkolla oli kokemus siitä, että lääkärille pääsy oli hyvin vaikeaa.

”Enhä mä päässy lääkäriil ees kertomaan mistään...tieks et olisinko mä tarvinnu jotain masennuslääkettä tai olisko se vaihdettu johonkin toiseen tai...” (Jarkko)

Terveystieteiden henkilöstön vaihtuvuus on tiedostettu ongelma ja koituu haasteeksi etenkin niillä aloilla, joissa pitkäaikainen hoitosuhde on osa laadukasta hoitoa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla henkilökohtainen kontakti ja vuorovaikutus korostuvat ja ovat merkityksellinen osa hoitosuhdetta. Vaihtuvat hoitokontaktit tuovat asiakkaille turvattomuuden tunnetta ja voivat muodostua luottamuspulaksi, mikä näkyy hoitoon sitoutumisen ongelmina. (ETENE 2008, 10.) Kestävät ja pitkäaikaiset hoitosuhteet tuottavat haastateltavien mielestä enemmän tulosta ja luovat pysyvyyden lisäksi asiakkaalle tunteen siitä, että on itsekin tietoisia hoidosta.

7.3 Toiveena aktiivinen laitoshoido ja asiakasta ohjaava sosiaalityö – *”...ei mitää muu tekemist ku siel suljetul sisäpihal ol tupakal...”*

Haastateltavilla oli kokemuksia sekä päihdehuollon että psykiatrian laitoshoidoista. Asiakkaiden kokemusten yhteinen tekijä oli toiminnallisuuteen liittyvät sekä negatiiviset että positiiviset kokemukset. Haastatteluissa tuli selvästi esiin tekemisen olevan yksi tärkeimmistä seikoista haastateltavien mielenterveyden ja päihdeettömyyden tukemisessa. Haastateltavat kuvasit laitoshoidoa muun muassa turruttavalla olemisella ja lääkkeiden syömisellä.

”...mikä oli tyhmää touhuu maat sielä sängys suu auki, eikä mitää touhuu ollu muuta ku se vaa et lääket ja neljä viis kertaa päiväs syötii...siel ei ollu mitään...” (Antti)

”...et siel vaa niinku ollaan, ei siel kysel niinku mitään jos et sää itte niinku ot yhteyt johoki. Välil on hankala ottaa johonki yhteyt sillai ku siin o kumminki ihmisii siin ympärillä...” (Jarkko)

Antin ja Jarkon mielestä päihdepalveluiden katkaisuhoidon tulisi olla aktiivista ja kuntouttavaa. He eivät kokeneet tekemättömyyttä ja makaamista hyvänä, koska se ei ollut heidän tilanteessaan välttämätöntä vieroitusoireiden ollessa vähäisiä. Pahimmista vieroitusoireista selvittyään haastateltavat kertoivat olevansa valmiita myös toiminnallisiin asioihin, joita toivoisivat laitoshoidossa olevan enemmän.

Jenni: *Minkälainen se paikka tarvis olla mistä sais apua?*

Jarkko: *Ku mä en oikeen ittekää sillai osaa sanoo, et olis niinku henkilökohtaisesti, sillai et vois puhuu jonkun kanssa, ku katkollaki on niinku sitä väkee...et olis vaiks joku terapeutti tullu kysymään et haluuskää jutella tai sit miettiny et mitä jatkos tehdään...*

Jarkon toiveet aktiivisesta toiminnasta liittyivät keskustelun tarpeeseen. Hän kertoi olevansa mieluummin kotona katkaistakseen päihdekierteensä, sillä kotona hän pystyi tekemään asioita, joilla hän auttoi itseään päihteettömyyteen. Näihin hänellä ei ollut mahdollisuutta katkaisuhoidossa. ”*No iha semmost normaali arkihomma. Mä alan vaiks siivoo ja pesee pyykkii ja pistää jotai semmost ruokaa mist tykkää ja...*” (Jarkko). Hän kertoi asioista, jotka tukevat häntä päihteettömyydessä katkaisusta kotiin päästyään. Päihneiden ongelmakäyttäjät ovat kuitenkin usein tilanteissa, joissa katkaisuhoidossa vieroitusoireet vaativat lääkitystä ja lepoa, eikä toiminnallisuutta nähdä mahdollisena katkaisuhoidon yhteydessä. Katkaisuhoidon katsotaan luovan pohjaa kuntouttavalle hoidolle ja pysyvälle muutokselle. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 166.)

Psykiatrian laitoshoidossa ollut Minna oli samaa mieltä, että tekeminen oli hänelle parempi kuntoutusmuoto kuin sairaalassaolo. ”*Et jos mä jäisin osastolle ni sit mä pyörittäisin niitä asioita vielä enemmän mielessäni. Nyt kun on työn touhua niin ei kerkee mietti semmosii...*” (Minna). Minna kertoi kuntouttavan työtoiminnan saavan hänen ajatuksensa muualle, eikä hänen tarvinnut koko ajan murehtia. Haastateltavien puheesta huomasi hoidon ja kuntoutusten käsitteiden menevän päällekkäin ja tarkoittavan samaa. On kuitenkin olennaista erottaa hoitoon liittyvät tarpeet ja hoidon jälkeisen kuntoutuksen tavoitteet. Minna kertoi psykiatrisen hoidon olleen hänelle tarpeen mielenterveysongelmien pahentuessa.

Jenni: *Millasia kokemuksia ne psykiatrisen sairaalan hoitajaksot on ollut?*

Minna: *No kyllähän mä sieltä oon apua saanu. Sillo ensimmäisen kerran ku mä sinne jouduin ni mullahan oli kauheita pelkotilojakin ja sit oli itsemurhayritys ni mä sais sieltä sit avun mitä mä tarvitsin.*

Minna koki tällä hetkellä tarvitsevansa osastohoidon sijasta kuntouttavaa työtoimintaa, jossa hän kävi päivittäin. Osastohoidon tarve ja kuntoutus ovat molemmat oikeassa kohdassa toteutettuina tärkeitä palasia mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa.

Mielekäs toiminta nähtiin tärkeänä myös psykiatrian avopuolen hoidossa. Antti kertoi kokemuksistaan, joissa asiakkaille järjestettiin osallistavaa toimintaa, muun muassa retkeilyä ja uimista. Positiiviseksi Antti koki kaiken toiminnan, jossa hän sai juomisen sijaan muunlaista sisältöä arkeensa.

”Mää tykkäsin siitä päiväsaaralasta, siel oli kaiken näköstä ohjelmaa ja käytiin syömässä ja paistaas mettäs makkaraa ja sit siel oli kaikkii vuoroja et itte jouduttiin huolehtii jostain kahvinkeitost ja...” (Antti)

Itsensä toteuttaminen ja vastuunkanto yhteisöllisistä asioista tuottivat Antille mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia. Haastateltavat toivat positiivisena asiana esiin myös palveluiden kehityksen. Heillä oli useampia kokemuksia laitoshoidosta, joista osa useamman vuoden takaa. Kimmo kertoi palveluiden kehittyneen parempaan suuntaan viime vuosikymmenten aikana.

”...ja puoliks mä olin vaan niin ku tajuton niitten lääkkeiden seurauksena siellä ja sitte aika tuli vaan pitkäks ja nyt täl toisel kerral oli enemmän sellasta et oli päivässä niin ku aamujuttuja ja käytiin niinku päivän ohjelman läpi ja muut vastaavat systeemit. Sit päästiin käymään kaupassakin toisen kanssa, semmosen joka on siellä pidemmässä hoidossa. Sillä tavalla se oli niinku parempi ku sillon ensimmäisellä kerralla...” (Kimmo)

Päivärytmin tasaaminen ja aktiivinen toimiminen olivat Kimmolle tärkeitä asioita katkaisuhoidon yhteydessä. Hän koki aktiivisen toiminnan helpottavan kotiin palaamista ja antavan tuntua normaaleista arkirutiineista makaamisen ja tekemättömyyden sijaan.

Aikaisemmissa kappaleissa mainittujen sosiaalityön kokemusten lisäksi asiakkaiden kertomuksissa esiintyi vain muutamia sosiaalityöhön liittyviä palvelukokemuksia. Kokemukset sosiaalityöstä olivat pääosin myönteisiä. Minna kertoi saamansa sosiaalipuolen avun liittyvän pelkästään taloudellisiin tukiin. *”Mä niinku haen sit toimeentulotukea ja taloudellista apua, käy ihan normaali rutiinista...”* (Minna). Antti kertoi lastensuojelun selvittäneen perheen tilannetta ja hänellä oli näistä käynneistä pääsääntöisesti hyviä kokemuksia.

”Ei mul oo mitään, ihan asiallisia ollut kaikki. Onks meil kaks kertaa käyny ja sit vaimo on ollu toiset kaks kertaa puhelime [...] nytkin tuli ilmoitus ja ne kävi ja sanottiin et kaikki on lapsilla kunnos et hätä oli niinko meikäläisel...” (Antti)

Antti uskoi mielenterveys- ja päihdeongelmien olevan hänen ongelmiaan, eikä uskonut niiden vaikuttavan juurikaan lasten elämään. Hän kertoi, että hänellä ei ollut mitään salattavaa kotiasioista ja luotti lasten kohdalla puolison ja lähiverkoston tukeen. Päihteiden ongelmakäyttäjällä saattaa usein olla ajatus, että päihteiden käyttöön liittyvä ongelma on hänellä itsellään, eikä se vaikuta muihin. Päihteiden käytön haittavaikutukset kuitenkin kuormittavat myös lähiympäristöä ja yhteiskuntaa laajemmin. (Warpenius, Holmila & Tigersted 2013, 5.)

Antilla oli kokemus myös terveyssozialityöstä psykiatrian puolelta. *”En oo sillai et mitä MO:lla oli, semmosen sosiaalitätin kans käytiin niinku yhdes läpi sillo ku en mää niist mitää tienny, ni käyti ilmottautumas työttömäks työhakijaks...”* (Antti). Antti oli saanut ohjausta työttömyysturvan hakemiseen. Antti kertoi, että ei olisi itse tiennyt velvollisuudestaan ilmoittautua työttömäksi työnhakijaksi ja näin ollen hänen toimeentulonsa olisi vaarantunut. Terveyssozialityön asiakastyöhön kuuluvat byrokrania-, palvelu- ja psykososiaalinen työ. Asiakkaan oikeuksien ja toimeentulon edellytyksistä huolehtiminen on yksi terveyssozialityön keskeisimpiä tehtäviä. (Laine 2014, 27.)

7.4 Enemmän keskustelua, vähemmän lääkkeitä – *”Lääke o paikassas hyvä”*

Medikalisaatiosta on puhuttu paljon viimeisten vuosikymmenten aikana ja sen sekä positiiviset että negatiiviset vaikutukset näkyvät myös haastateltavien kertomuksissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kohdalla lääkehoidoissa tullaan usein haastaviin kysymyksiin siitä, mikä on hyöty ja mikä haitta. Päihdeongelmien lääkehoitoon suhtaudutaan kriittisesti, sillä ongelmien katsotaan olevan pitkälti sosiaalisia riippuvuuskäyttäytymiseen liittyviä vaikeuksia. Hyytiä & Alho (2009, 74) tuovat tutkimustietoon viitaten artikkelissaan esiin päihderiippuvuuden olevan krooninen sairaus, jonka lääkehoidolla pystytään parantamaan psykososiaalisten hoitomuotojen tehoa. Olennaista tässä on se, kuinka usein asiakkaalle tarjotaan lääkehoidon tueksi muita hoitomenetelmiä, kuten? kokonaisvaltaista psykososiaalista hoitoa. Usein asiakkaiden diagnoosit päihdeongelman lisäksi esiintyvistä psyykkisistä sairauksista, kuten masennuksesta tehdään perusterveydenhuollossa, jossa ei välttämättä ole osaamista näihin erityiskysymyksiin (Kanula 2008, 327). Jarkko kertoi haastattelussa, että ei ollut tullut ymmärretyksi tarvitsemansa hoidon suhteen.

”Semmosta kunnollista päihdelääkärinä mä en oo oikeen löytänyt tai semmost joka ymmärtää päihteiden käytön jälkeisen masennuksen tai tommoseen, et mikä lääke sillai niinku oikeesti toimis...” (Jarkko)

Aikaisemmassa luvussa Jarkko kertoi miten vaikeaa hänen on ollut päästä lääkärin vastaanotolle. Tämän lisäksi hän ei ole lääkärinä kohdatessa kokenut tulevansa kuulluksi päihteiden ongelmakäyttöön liittyvien masennustilojensa kanssa. Päihteiden ongelmakäyttäjällä itsellään saattaa usein olla ajatus siitä, että lääkkeet yksistään parantaisivat päihteiden käyttöön liittyviä mielialaongelmia. Valitettavan usein tullaan kuitenkin siihen lopputulokseen, että jatkuva päihteiden käyttö estää lääkehoidon onnistumista ja vaikutuksia. Lääkehoidon positiiviset vaikutukset ja tarkoituksenmukaisuus kyseenalaistuu päihteiden ongelmakäyttäjien kohdalla, jotka eivät päihderiippuvuutensa vuoksi kykene huolehtimaan asianmukaisesta lääkehoidostaan. Tämän vuoksi riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määräämistä päihteiden ongelmakäyttäjille olisi vältettävä. (Käypä hoito- suositus 2015.) Antin kohdalla lääkehoidon turvallisuuteen oli kiinnitetty huomiota ja hänen kanssaan oli tehty sopimus siitä, että hän hakee lääkkeensä psykiatrian hoitopaikastaan, näin ollen väärinkäytön riskit pienivät huomattavasti.

Jenni: Mikä lääke se sit on?

Antti: Temgesic. Sovittiin sillai et ne (lääkkeet) on siellä ettei tuu mitään kohellettua niitten kans kotona ku mulla on ollut sitä taipumusta että kun otin viinaa ni sit otin lääkkeitä ihan tajuttomasti muutaman kerran...

Jenni: ...onks sulla ollut sillon itsetuhoisia ajatuksia?

Antti: Joo, joskus oli mut ei nyt enää...ei siin vaa ollu mitään järkee mun touhus...emmä ymmärtänyt mitä mä tein...

Jenni: Haitko sillä parempaa oloo itselles?

Antti: Emmä tiä mitä mä hain, päätä vaan sekasin...

Antti tarkoitti koheltamisella niitä kertoja, jolloin oli ottanut runsaan alkoholimäärän kanssa lääkkeitä vastoin lääkärin ohjeita. Antti ei osannut selittää miksi näin oli toiminut, hänen tavoitteensa oli saada pää sekaisin. Lääkehoitoon liittyvät ongelmat tulivat esiin jokaisen haastateltavan kohdalla. Kimmolla ei ollut lääkitystä ennen toista itsemurhayritystä mutta hän otti puolisonsa psykiatrilääkkeitä ja alkoholia tarkoituksenaan riistää hengen itseltään. Minna taas kertoi jättävänsä mielialalääkkeet ottamatta silloin kuin juo alkoholia, jolloin lääkitykseen tuli viikon tai parin tauko. *”...ku mä sit vaan jätän ne pois ja sit tulee tosiaan huono mieli et jos viikonloppu venähtää ja mä en oo moneen päivään*

syönyt lääkkeitä ni se sit taas huonontaa tilannetta...” (Minna). Haastateltavat liittivät kertomuksissaan lääkärikäynnit ainoastaan lääkityskeskusteluun ja reseptien uusimiseen. Osa haastateltavista vaikutti kertomuksessaan pettyneeltä saadessaan lääkäriltä aina vain uusia lääkereseptejä sen sijaan, että heillä olisi ollut mahdollisuus keskustella tilanteestaan ja heille olisi kerrottu muunlaisista hoitomenetelmistä. ”...hänekään ei oikee osannu mun mielestä ohjat sillai eteenpäin, niinku terapiaan tai mitään, sit mentiin vaan iha lääkkeittein kans, rauhottavii mää sielt loppuje lopuks sain...” (Jarkko).

Jarkolla ja Kimmolla oli monien vuosien kokemukset lääkehoidosta ja he olivat turhautuneita siihen, että he eivät tulleet kuulluiksi. *”Joo oon mä syöny kaikkii mitä löytyy, sit mä kyllästyin ja kukaan ei auta sua ku lyödään säkillinen vaan lisää...” (Antti). Antti kertoi lopettaneensa vuosia kestäneen lääkityksen omatoimisesti, koska ei kokenut saavansa lääkityksestä hyötyä vaan enemminkin haittavaikutuksia. Kimmon kohdalla taas rauhoittava lääkitys oli tällä hetkellä tärkeä apu itsetuhoisten ajatusten kanssa selviytymiseen. ”...täl hetkel mä oon syöny sitä kolmee diapamii ja se on pitänyt mut ihan silleen suhteellisen rauhallisena...” (Kimmo). Lääkehoidon lisäksi Kimmolle on järjestetty terapeutista keskusteluapua päihdehuollosta.*

Haastatteluissa tuli esiin haastateltavien tietämättömyys omasta lääkehoidostaan. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010, 8 §) edellyttää lääkemääräyksen tekemistä yhteisymmärryksessä hoidettavan potilaan kanssa. Lääkehoito voi vaikeutua tilanteissa jolloin asiakkaalla ei ole pysyvää lääkärisuhdetta, niin kävi Antin tilanteessa.

” 47 pilleriä päiväs. juu se on paljon, ei se ol enää mitää leikkimistä ja kaikis oli kolmio. Mul soitettiin Kelastakin et minkä takia mul menee neljä eri epilepsialääkettä, enhä mää tiennyt niistä lääkkeitä mitään, et niitä käytetään epilepsiaa. Mä kysyin et onks täs joku ongelma et epäilläänks mua jostakin väärinkäytöstä, ni ne sano et ei. Mää sanoi et onks ne eri lääkäriltä, ni ne sano et ei. Mä sanoin et mikset sää soit sil lääkäril ja kysy et emmää semmost voi tietää...” (Antti)

Antin kertomuksesta kävi ilmi, että hän ei ollut lainkaan tietoinen hänelle määrätystä lääkkeitä ja joutui vastaamaan lääkärin tekemistä määräyksistä, niistä sen enempää tietämättä.

Haastateltavat pitivät terapeutista keskustelua hyvin merkityksellisenä hoidossaan. *”...mää oli vähä sitä su tätä mieltä niist mut mä oon ehdottamasti sen terapian kannalla...” (Antti). Antti oli aluksi*

ollut epäileväinen terapiaan kohtaan mutta kokemuksiensa jälkeen piti tätä tärkeänä. Kaikki haastateltavat toivat esiin keskustelun tärkeimpänä hoitomuotona mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Käypä hoito- suosituksen (2015) mukaan psykososiaalisten hoitojen tulisi olla alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, jonka tuloksia voidaan tehostaa lääkehoidoilla. Tämä suositus on hyvin linjassa haasteltujen omien näkemysten mukaan, siitä minkälaista päihdehoidon tulisi olla ja minkälaista hoitoa he toivoisivat saavansa. Haastateltavilla oli hyviä kokemuksia saamastaan terapeuttisesta keskusteluavusta. Heidän kertomuksistaan oli havaittavissa tarve saada keskustella ja jakaa päihteiden käyttöön liittyviä ajatuksia sekä saada keskusteluista itselleen neuvoja ja tukea arjessa selviytymiseen. *”No se on ihan hyvä sillai, et saa jutella sitte niin ku asiasta ja mä saan sieltä sitten neuvoa ja tukea...”* (Minna). Psykososiaalisen hoidon keskeisenä elementtinä on hoitava ja tukea antava vuorovaikutus, jolle hyvä hoitosuhde rakentuu (Käypä hoito 2015).

Psykososiaaliseen hoitoon ja sen tarpeen arviointiin liittyy keskeisenä tekijänä vuorovaikutus ja asiakkaan kuuleminen. Haastateltavat kertoivat hoitosuhteen vuorovaikutukseen liittyviä kokemuksiaan lääkärin kanssa keskustelemisesta, joihin liittyi niin pettymyksiä kuin positiivisiakin kokemuksia. Meillä jokaisella on perustarve tulla kuulluksi asioidemme kanssa, etenkin ongelmiamme. Kuulluksi tulemisella katsotaan olevan myös merkitystä hoitoon sitoutumisen ja motivaation kannalta (Martin, Garske & Davis 2000; ref. Ehrling 2009, 45). Haastateltavien puheesta tämä tuli selvästi esiin. He kaikki halusivat keskustella asioistaan terapeutin lisäksi myös lääkärin kanssa ja kokivat saavansa siitä apua mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa selviytymiseen. *”Se on ihan hyvä lääkäri...semmonen maltillinen ja kuunteli aina..”* (Antti). Asiakaslähtöiseen toimintaan kuuluu kohdata asiakas hänen tarpeistaan lähtöisin ja näin ollen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskenteleviltä lääkäreiltä odotetaan hyvää vuorovaikutusta ja kuuntelun taitoa.

7.5 Selma ”ponnistuslautana” päihdeettömään arkeen – *”oon saanut sit sen putken poikki...”*

Haastateltavien kokemukset selviämishoitoyksikön toiminnasta olivat yhtä lukuun ottamatta hyviä ja haastateltavat kokivat saaneensa tilanteessaan tarpeellisen hoidon. Kertomuksista tuli esiin, että haastateltavilla ei ole päivystykseen tulosta paljoakaan muistikuvia. *”Emmä tiä, ambulanssi on aina vienyt”* (Antti). Kimmo kertomus päivystyksessä asioinnista oli samantyylinen. *”Mähän en muista niistä asioista enää yhtään mitään”* (Kimmo). On selvää, että haastateltavat eivät vahvan humalatilan vuoksi muista juuri mitään asioinneistaan. Lisäksi päivystyskäynnit voivat olla hyvin lyhytkestoisia,

sillä pelkkä päihtymystila ei vaadi useinkaan sairaalahoitoa ja asiakkaat kotiutetaan melko nopeasti. ”*Ko mä en itte ees muista kui monta, hävettää sanoo mut...*” (Jarkko). Haastatteluisa tuli esiin, että haastateltavilla ei ollut myöskään käyntimääristään juurikaan muistikuvia.

Jarkon kertomuksessa käyntimääristä tuli esiin päihteiden ongelmakäyttäjien arjessa usein esiintyvä häpeä. Häpeän tunteet ovat kenelle tahansa alkoholia käyttäneelle yleinen tunne, mikä liittyy humalassa oloon ja käyttäytymiseen. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailta on usein tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen kontrolloinnin häiriöitä, jolloin päivystyksessä asioiva päihdeasiakas saattaa olla uhkaava ja aggressiivinen. Tällöin lääkärin ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ja kunnioittava kohtaaminen auttaa selviytymään tilanteesta. (Laine 2005, 312; Vuori-Kemilä ym. 2010, 145.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lisäksi häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Antin kokemuksen mukaan hänen oikeutensa yksityisyyteen ei toteutunut.

”Mä kävin sanoo sille (hoitajalle) et pistetäänkö ovi sit seuraavaks kiinni, ettei tartte huudella mun asioistani, mä olin sängyssä ja kuulin kaikki mitä ne puhu [...] kaikki ihmiset vielä siinä sängyis ja siin oli viel yks kaveri samalt paikkakunnalt...” (Antti)

Antti kertoi olevansa loukkaantunut ja häpeissään kuullessaan, että henkilökunta puhui hänen asioistaan kaikkien kuullen. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan yksityisasiat ovat yhtä lailla suojattavia, kuin kenen tahansa muunkin asiakkaan. Päivystyksen ja selviämishoitoyksikön tilat eivät kuitenkaan aina anna mahdollisuutta keskusteluun niin, etteivät muut kuulisi. Henkilökunnan olisi kuitenkin syytä keskittyä asiakkaan yksityisasioiden suojaamiseen ja vältettävä asioiden saattamista muiden potilaiden tietoon. Asiakkaiden päivystykseen tuleminen syyt ja henkilökohtaiset ongelmat eivät kuulu muille.

Haastateltavien kanssa keskusteltiin heidän päivystykseen tuleminen syistään. Tulossyyt heidän kertomansa mukaan olivat useimmiten voimakas humalatila tai lääkeainemyrkytys. Päihteiden käyttöön liittyvät yleisimmät päivystykseen tulossyyt ovat tapaturmat, yliannostustilat ja myrkytystilat, itsemurhayritykset ja päihteiden käytöstä aiheutunut äkillinen sairastuminen

(Lappalainen-Lehto ym. 2008, 160). ”...kyl se mielialankin on ollut semmonen et sekin on varmaan yks mikä on aiheuttanut tän alkoholin ottamisen ja sit sitä kautta mä oon ollu siellä selviämisosastolla...” (Minna). Minna uskoi vaikean elämäntilanteen aiheuttavan liiallisen alkoholin käytön, minkä vuoksi hän ajautui kerta toisensa jälkeen päivystykseen. Pitkään kestäneelle päihteiden käytölle tulee joissain kohtaa piste, joko päihteidenkäyttäjän omasta toimesta tai terveydentilan mennessä niin huonoksi, että asiakas joutuu turvautumaan päivystyksellisiin terveydenhuollonpalveluihin. Haastateltavien mukaan päihdekierre päättyy kuitenkin usein jälkimmäisestä syystä. Päihteiden ongelmakäyttäjät saattavat hakeutua päivystykseen myös saadakseen apua akuutteihin vieroitusoireisiin. Usein päivystykseen tulon saattaa riittää pelkästään pelko vieroitusoireiden ilmaantumisesta pitkäaikaisen alkoholinkäytön jälkeen (Koponen & Sillanpää 2005, 380–382). Pelko vieroitusoireiden ilmaantumisesta näkyi myös haastateltavien kertomuksissa. Minna kuvasi selviämishoitoyksikköä turvalliseksi paikaksi, joka auttaa häntä toipumaan alkoholinkäytön tuomista vieroitusoireista.

”...mut kyl toi niinku selviämisosasto niin sitku on niin huonos kunnos et menee sinne, et kumää oon sillai et mä en osaa rauhottuu ni mä tiedän et mä oon niinku hoitavassa paikassa, et mul tulee siitäkin jo helpompi mieli ittelle ja se auttaa paranemiseen siitä olotilasta...”
(Minna)

Minna kertoi turvallisen ympäristön rauhoittavan mieltä ja auttavan toipumisessa. Jarkolla oli samanlaisia ajatuksia selviämishoitoyksikössä olosta. Hän ei uskonut enää kotona selviytyvänsä, joten hakeutui turvalliseen ympäristöön.

”Ja on se niinku hyvä et tämmönen on olemassa, tämmönen selviämisyksikkö...ku mullaki oli sillai niin ku et mä tunsin omast elimistöstä et se ei niinku kauaa kestä, mä aattelin et koska niin ku tulee joku viinakramppi tai jotai...sieltä sia niinku vähä rauhottavaa ja pari kertaa ne mulleikki sitä anto ja sai vähä niinku olon tasasemmaks..kotiolois mä en oo mute saanut sitä tasaseks...” (Jarkko)

Päivystykseen tulevan päihtyneen asiakkaan tulositynän saattaa olla myös tarve hakeutua katkaisuhuoltoon. ”Se on ollut mun mielestä ihan hyvä, et oon saanut sit sen putken poikki ja sit on saanut sen avun mitä on tarvinnut...” (Minna). Turvallinen ympäristö antaa asiakkaalle mahdollisuuden tasata tilannetta, jonka jälkeen on helpompi hakeutua katkaisuhuoltoon (Koponen & Sillanpää 2005, 382).

Minnan kohdalla selviämishoitoyksikön hoito itsessään tarkoitti katkaisuhuhoitoa. Hän koki saaneensa putken poikki, jonka jälkeen kotona oli helpompi aloittaa päihtetön arki. Haastateltavien kerronnassa yhteinen tekijä oli käsitys selviämishoitoyksiköstä selviämis- tai katkaisuhuhoitoasemana. Selviämisasemat toimivat tarjoamalla päihtyneelle suojaa selviämisen ajaksi. Jatkohoidosta keskustelu ja sen suunnittelu kuuluvat olennaisesti myös selviämisasemien toimintaan. (A-klinikkasäätiö 2015.) Asiakkaiden näkökulmasta selviämishoitoyksiköllä ja selviämisasemalla ei käytännössä ole eroa. Haastateltavat nimittivät selviämishoitoyksikköä selviämisasemaksi, selviämisosastoksi, selviytymisyksiköksi ja selmaksiksi. Asiakkaiden virheellinen tieto yksikön toiminnasta sekä toimiyksikön nimi saattavat ohjata päihtyneitä asiakkaita hakeutumaan terveydenhuollon päivystykseen päihdehuollon selviämis- ja katkaisuhuhoitopalveluiden sijaan.

Päivystykseen tulevan päihdeasiakkaan huolellinen tutkiminen on kuitenkin aina tarpeen, vaikka se saattaa olla lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta turhauttavaa ja haastavaa. Päihteen käyttö itsessään aiheuttaa erilaisia psyykkisiä häiriöitä, fyysisiä vammoja ja sairauksia, mitkä voivat olla vaikeita tunnistaa rajun päihteen käytön vuoksi. (Laine 2002, 312.) Terveystilan selvittämisen lisäksi päivystykseen tulevien asiakkaiden kohdalla alkoholinkäytön puheeksiotto ja hoitoonohjaus mahdollistuu asiakkaan ollessa vastaanotolla. Selviämishoitoyksikön työtehtäviin kuuluukin päihdekeskustelut ja tarvittaessa erityistyöntekijän konsultaatiot, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän tapaamiset (S. Myllyniemi, henkilökohtainen tiedonanto 15.12.2014.) Haastateltavilla oli kokemuksia erityistyöntekijöiden tapaamisista. Kimmo kertoi psykiatrisen sairaanhoitajan pyytäneen haastattelun yhteydessä häntä täyttämään testejä, joilla selvitetään potilaan psyykkistä tilaa. ”...joku kävi mua siinä haastattelemassa ja teki jonkun paperitestin...” (Kimmo). Kokemukseni mukaan selviämishoitoyksikön hoitohenkilökunta saattaa olla kiireistä ja päihdekeskustelun käyminen vaikeutuu. Saattaa myös olla, että työskentely mielenterveys- ja päihdepotilaan kanssa koetaan haastavaksi, tällöin heillä on mahdollisuus kutsua paikalle erityistyöntekijä, joka kartoittaa potilaan tilannetta.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle annettu aika ja mahdollisuus keskustella luovat tunteen välittämistä. Positiiviset tunteet työntekijöiden kohtaamisesta voivat olla jatkohoitoon ohjautumisen kannalta merkityksellisiä. ”...et onks se ihmiset kiinni et ketä jaksaa kuunnella ja ottaa sitä vastaan mut mielestä se oli ihan semmonen positiivinen juttu, et ne niinku välitti ja halus auttaa...” (Jarkko). Päihteen käytön puheeksiotto saattaa tuntua turhautavalta pitkän linjan päihteen käyttäjän kohdalla. Keskustelut eivät välttämättä tuota välitöntä tulosta asiakkaan hoitoon

motivoitumisessa mutta usein se saa asiakkaassa heräämään ajatuksia päihteiden käytön lopettamisesta.

”...sillai et kyl se niinku autto se selviämisosastojakso ja sen jälkeen mä oon nyt tosiaan ruvennu miettimään et kannastasko mun nyt ihan oikeesti ottaa itteeni niskasta kiinni, etten tarttuis heti siihen pulloon vaikka nyt tuli tämmönen raiskausjuttu...” (Minna)

Minnan kohdalla päihdekeskustelu oli herättänyt ajatuksia alkoholin käytön lopettamisesta. Työntekijän kanssa keskustelu auttaa usein asiakkaita pohtimaan omaa tilannettaan ja muutoksen mahdollisuutta. Minnalla oli sairaalasta kotiutuessaan selkeä ajatus siitä, että päihteiden käyttöä on vähennettävä. Hän ei halunnut enää joutua toista kertaa raiskauksen uhrina ja lähes tajuttomana päivystykseen, hänellä heräsi huoli itsestään.

8. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, mitä selviämishoitoyksikössä hoidossa olleet mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kertovat elämäntilanteestaan ja tuen tarpeistaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden kokemuksia sosiaali- ja terveystalvveluista sekä näkemyksiä Satakunnan keskussairaalan selviämishoitoyksikön toiminnasta. Tutkimuksen teoriaosuudessa tarkasteltiin mielenterveyden ja päihdeiden vaikutuksia elämäntalvntintaan ja toimintakykyyn sekä mielenterveys- ja päihdetyötä ja sen toimintakenttää. Lisäksi tutkimuksen teoreettisina käsitteinä tarkasteltiin osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä mielenterveys- ja päihdetyön sekä sosiaalityön konteksteissa. Tutkimus sijoittuu laadullisen tutkimuksen kentälle ja sen metodologisena viitekehystenä toimi fenomenologinen tutkimustraditio. Tutkimuksen aineisto koostui neljän selviämishoitoyksikön asiakkaan teemahaastatteluista. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Tutkimustulokseni jakautuvat kahteen teemaan: elämäntalvntanteeseen ja palvelukokemuksiin. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämäntalvntanteen ja palvelukokemusten yhtenäinen tarkastelu liittyy olennaisena osana tuloksen kokonaistarkasteluun. Seuraavissa kappaleissa esitän tiivistetysti keskeisimmät tutkimustulokseni molemmista teemoista. Tutkimustulosten laajemmassa tarkastelussa elämäntalvntanne ja palvelukokemukset linkittyvät toisiinsa.

Tärkeimmät tutkimustulokseni elämäntalvntanteen teemasta ovat seuraavat: Ensinnäkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämäntalvntanne on moninainen ja yksilöllinen. Haastateltavat eivät kokeneet elämäntalvntannettaan mielenterveys- ja päihdeongelmien kautta vaan kuvasivat elämäntalvntannettaan suhteessa työllistymiseen, ihmissuhteisiin ja elämäntalvntuokseen. Toiseksi, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan toiveena ja tavoitteena on haastateltavien mukaan päihdeettömän elämä, jonka tueksi he kertoivat tarvitsevansa aktiivisia arjen toimia, liikuntaa sekä tukevia ihmissuhteita ja ympäristöjä. Kolmantena teemana esiin nousi päihdeettömyyden tuki. Tärkeimpänä päihdeettömyyden tukena haastateltavat näkivät kuntouttavan työtoiminnan tai vastaavanlaisen päivätoiminnan. Neljänneksi, haastateltavien kertomuksissa tuli esiin sosiaalisten suhteiden ristiriitaisuus. Haastateltavat kokivat tukihenkilön ja läheisten ihmissuhteiden olevan heille tärkeä voimavara päihdeettömyyden tukemisessa. Toisaalta sosiaaliset suhteet vaikeuttivat päihdeettömyyden pyrkimystä ja tuottivat arkisia murheita. Viidenneksi haastatteluissa tuli esiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan mielenterveyttä suojaavien tekijöiden heikentyminen ja päihdekierteen jatkuvuus, joiden vuoksi haastateltavat kokivat tarvitsevansa sosiaali- ja terveystalvveluiden tarjoamaa psykososiaalista tukea.

Palvelukokemuksiin liittyvät merkittävimmät tulokset ovat: Ensimmäisenä merkittävänä asiana nousi esiin palveluihin hakeutuminen sekä avun saaminen ja vastaanottaminen. Toiseksi, asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyvät seikat kuten kestävä asiakassuhde ja yhden oven periaate palveluissa olivat haastateltavien tärkeiksi nostamia asioita. Kolmanneksi, haastateltavien puheesta oli selkeästi havaittavissa terapeutin keskusteluavun merkitys mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa. Haastateltavat suhtautuivat kriittisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien lääkehoitoon ja näkivät tärkeimmäksi hoitomuodoksi terapeutin keskustelun. Neljänneksi, haastateltavat korostivat sekä avo- että laitoshoidossa aktiivisen toiminnan merkitystä. Viidentenä tutkimustuloksena voidaan pitää selviämishoitoyksikön toiminnasta esiin nostettuja näkemyksiä ja kokemuksia. Haastateltavien näkemykset selviämishoitoyksikön toiminnan sisällöstä liittyivät pitkälti selviämis- ja katkaisuhuoltoasemien kaltaiseen toimintaan. Selviämishoitoyksikön toiminnassa päihdekeskustelut ja informaation saaminen kuvattiin merkityksellisenä. Haastateltavien kertomuksista tuli esiin, että saattaen vaihtamisella ja organisaatorajojen ylittävällä yhteistyöllä on keskeinen rooli asiakkaan jatkohoitoon ohjauksessa. Asiakaslähtöisyyden, mielenterveys- ja päihdeosaamisen sekä moniammatillisen työskentelyn tulisi tutkimuksen mukaan olla selviämishoitoyksikön toiminnan keskiössä.

Seuraavaksi keskityn avaamaan tutkimuksen keskeisempiä tutkimustuloksia. Tutkimustulosten pääteemat muodostavat toisiinsa linkittyneen kokonaisuuden mielenterveys- ja päihdeasiakkaan näkemyksistä ja kokemuksista. Näin olleen elämäntilanteen- ja palvelukokemusten teemojen yksittäisten tulosten erillinen avaaminen ei kokonaiskuvan saamiseksi ole olennaista. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat elämäntilanteitaan monin eri tavoin. Elämäntilannetta ei kuvattu mielenterveys- ja päihdeongelmien kautta vaikka tutkimuksen aihe ja haastatteluiden teema olisi voinut ohjata haastateltavia tarkastelemaan elämäänsä näiden asioiden valossa. Elämäntilanteen kuvaukset muodostuivat perhesuhteiden, työttömyyden ja tyytyväisyyden tunteen kautta. Lisäksi haastateltavilla oli ajatuksia elämänmuutoksesta. Elämänmuutoksen kuvauksissa mielenterveys ja päihteet liittyivät mukaan keskusteluun. Tutkimustulosten mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla on toive ja tavoite päihteettömyydestä tai päihteiden käytön vähentämisestä. Toivon ja epätoivon kysymykset liittyvät vahvasti mielenterveys- ja päihdeasiakkaan arkeen (Väisänen 2011, 172). Mikä sitten luo mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle toivoa ja antaa tukea päihteettömyyteen?

Yksi keskeisimmistä tutkimustuloksista oli aktiivisen arkitoiminnan merkitys päihteettömyyden tukena. Haastateltavat, jotka osallistuivat jonkinlaiseen päivätoimintaan tai kuntouttavaan

työtoimintaan, näkivät sillä olevan suuri merkitys heidän arjessaan. Kuntouttavan työtoiminnan tavoitteet perustuvat yksilöllisiin tarpeisiin ja saattavat vaihdella päivärytmin vakiinnuttamisesta työelämään siirtymisen valmisteluihin. Työtoiminnan tavoitteita voivat olla esimerkiksi työelämään valmistelu, ammattitaidon kartuttaminen, työkunnon arvioiminen, päivärytmin vakiinnuttaminen, mielenterveyden parantaminen ja ylläpitäminen sekä terveydentilan ja taloudellisen tilanteen kohentuminen. (Tammelin 2010, 52.) Samankaltaisia tavoitteita on nähtävissä myös haastateltavien kertomuksissa. Näin ollen ei ole hämmästyttävää, että kuntouttavalla työtoiminnalla oli haastateltavien hyvinvointiin niin suuri merkitys. Haastateltavien kertomuksissa kuntouttava työtoiminta näyttäytyy osana arkista aherrusta, joka muodostuu heidän kuvauksissaan kantavaksi voimaksi ja antaa merkityksellistä tukea päihteettömyyteen.

Tutkimustulokset osoittavat, että mielenterveys- ja päihdeasiakaan sosiaalisilla suhteilla ja ympäristöllä on myös suuri merkitys heidän elämäntilanteensa eheytyemisessä. Sosiaaliset suhteet saattavat kuitenkin pitää sisällään ristiriitaisia olemuksia, mikä näkyi haastateltavien kertomuksissa monella tapaa. Haastateltavien kertomuksissa vaikeat ja riitaiset perhesuhteet lisäsivät haastateltavien psyykkistä kuormitusta ja joissain tilanteissa ne aiheuttivat entistä runsaampaa päihteiden käyttöä. Haastateltavat kertoivat psyykkisen kuormituksen lisäävän päihteiden käytön kierrettä. Päihteiden käytön kierre muodostuu tutkimustulosteni mukaan mielenterveyden häiriöiden sekä päihteiden käytön yhteisvaikutuksista. Haastateltavat kertoivat pyrkivänsä päihteillä eroon monien erilaisten ongelmien aiheuttamista negatiivista tunnetiloista, vaikka he tiesivät päihteiden käytön lisäävän näitä entisestään. Päihteiden käytön kierre on näin ollen jatkuvasti uusiutuva noidankehä, jonka seurauksena mielenterveyttä edistävät yksilölliset ja yhteisölliset tekijät heikentyvät. Tämän vuoksi mielenterveys- ja päihdeongelmien integroidun hoidon ja kuntoutuksen nähdään olevan tärkeää.

Puolisoiden ja naapureiden alkoholinkäyttö teki haastateltavien mielestä heidän omasta päihteettömyydestään entistä vaikeampaa. Ystäviä kuitenkin tarvittiin jakamaan arjen ilot ja surut. Osa haastateltavista kertoi olevansa onnekkaita, sillä heillä oli ystävä tai puoliso, joka ei käyttänyt päihteitä. Haastateltavat nimittivät tukihenkilöiksi puolisoa tai ystävää, jolta he saivat tukea päihteettömyyteensä. Haastatteluissa tuli esiin, että haastateltavat eivät kokeet palvelujärjestelmän tarjoavan heille sen kaltaista tukea, jota he saivat sosiaalisista suhteistaan. Tämän kaltaisen tukihenkilötoiminnan juuret ulottuvat järjestötoimintaan, jossa on kyse ammatillisen auttamissuhteen sijaan vapaaehtoisuuteen perustuvasta vertaistukitoiminnasta (Vuori-Kemilä ym. 2010, 44). Osa haastateltavista pohti haastattelun aikana vertaistuen mahdollisuuksia omassa tilanteessaan. Tutkimustulosten mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaat tarvitsevat ympäristön ja läheisten tukea

arjessaan, mutta sen lisäksi he tarvitsevat myös yksilöllisesti räätälöityjä palveluita. Haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen, että heillä oli mahdollisuus saada tarvitsemaansa apua ja tukea sosiaali- ja terveyspalveluista. Tyytyväisyyden tunteen kuvaukset muodostuivat palveluista, joissa heitä kuunneltiin ja heille muodostui pysyvä asiakassuhde.

Haastateltavat näkivät pysyvän asiakassuhteen muodostumisen tärkeänä osana mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa ja kuntoutusta. Juhilan (2006) mukaan työntekijällä on mahdollisuus asiakkaan yksilöllisen kohtaamisen kautta vaikuttaa, siihen millaiseksi asiakkaan palveluiden kokonaisuus ja työskentely muodostuvat. Asiakkaan kohtaaminen tapahtuu luonnollisena osana asiakassuhdetta ja työntekijän pyrkimyksenä on ymmärtää asiakasta ja hänen elämäntilannettaan. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 48–50). Niin kuin Laitilan (2010) tutkimuksestakin ilmenee, asiakkaan näkökulmasta osallisuus oman hoidon suunnitteluun on sitä, että asiakas on mukana ja tulee kuulluksi sekä pystyy vaikuttamaan oman hoitonsa suunnitteluun ja hoitoajan pituuteen. Haastateltavien mukaan asiakassuhteiden pysyvyys tai ylipäättään niiden muodostuminen oli kuitenkin haastavaa työntekijöiden vaihtuvuuden sekä useiden hoitopaikkojen vuoksi. Lisäksi asiakkaan mahdollisuus tulla kuulluksi koettiin haasteelliseksi työntekijöiden ja hoitopaikkojen vaihtuessa jatkuvasti. Asiakassuhteen ja hoitopaikkojen vaihtuvuus ei tue palveluiden järjestämisessä yhden oven periaatetta, mikä on yksi tärkeä tavoite kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) tekemän loppuarvioinnin mukaan palveluiden integraatio toimii vaihtelevasti, erityisesti päihdepalveluiden katsotaan olevan pirstaloituneita. Palveluiden integraation nähdään tapahtuneen pääosin hallinnollisena integraationa, mikä taas ei muuta käytännön toimintatapoja. Ongelmaksi tässä muodostuu se, että palveluiden integroiminen jää käytännössä asiakkaan tehtäväksi. (STM 2016, 23.)

Haastateltavien kertomuksista oli havaittavissa jonkinlainen kriittisyys mielenterveys- ja päihdehoidossa toteutettaviin laitoshoidotuksoihin. Haastateltavien kokemuksissa tuli esiin asiakkaan passiivinen rooli laitoshoidossa. Psykiatriset osastohoitotukset sekä katkaisuhoidot voisivat haastateltavien näkemysten mukaan olla enemmän aktiivisiin ja kuntouttaviin menetelmiin perustuvia hoitotuksoja. Laitilan (2010) tutkimuksen tulokset vahvistavat haastateltavien asiakkaiden näkemyksiä. Asiakaslähtöisen organisaation toiminnassa asiakkailta tulisi olla mahdollisuus mielekkääseen toimintaan, jota kuvattiin mahdollisuutena olla ja tehdä asioita yhdessä muiden kanssa sekä oppia uusia asioita ja harrastaa liikuntaa (Laitila 2010, 99). Kriittistä huolimatta haastateltavien kertomuksissa tuli esiin avo- ja laitoshoidossa viime vuosien aikana tapahtunut positiivinen kehitys. Heidän mukaansa avo- ja laitoshoidot olivat kehittyneet viime vuosikymmenten

aikana enemmän asiakasta aktivoivaan suuntaan. Erityisesti päivätoimintamuotoiset yhteisöllisyyteen perustuvat kurssit nähtiin hyväksi päivärhythmin ylläpitämisen sekä päihdeettömyyden tukena.

Tutkimustulosteni mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaat pitävät lääkäriä keskeisessä roolissa oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Lääkäreiden rooli mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa on korostunut medikalisaatiokehityksen myötä. Sitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmia pystytään hoitamaan myös lääketieteen keinoin, voidaan pitää hyvänä asiana. Vaarana lääketieteellistymisessä on kuitenkin sosiaalisen ulottuvuuden unohtuminen ja psykososiaalisten hoitokeinojen jääminen lääkehoitojen varjoon. (Romakkaniemi 2014, 143.) Tässä tutkimuksessa tuli selvästi esiin haastateltavien tietämättömyys omasta lääkehoidostaan. Haastatteluissa toistui useasti lääkehoidon ja lääkärisuhteiden kriittinen tarkastelu. Haastateltavat olivat pettyneitä siihen, että saivat lääkäriltä aina vaan lisää lääkkeitä. Samankaltaisia tuloksia on nähtävissä myös Laitilan (2010) tutkimuksessa, jossa mielenterveys- ja päihdetyön asiakkailla ei ollut käsitystä heille laadituista hoitosuunnitelmista, eikä siitä onko heille laadittu suunnitelmaa ja miten pitkäkestoisesta hoidosta oli kyse. Lisäksi lääkehoidon epämääräisyyttä kuvattiin sillä, että joissain tilanteissa asiakkaan hoitoa jatkettiin ja dosettiin vain ”ilmestyi” uusi lääke. (Laitila 2010, 89–90, 97.)

Medikalisaation kritiikkiin liittyvät pohdinnat näkyivät myös haastateltavien kerronnassa. Yksi keskeisimmistä tutkimustuloksista korosti psykososiaalisen tuen ja etenkin terapeutin keskustelun merkitystä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Haastateltavat toivoivat lääkehoidon sijaista tai ohessa keskustelua heidän tilanteestaan ja heitä juuri sillä hetkellä askarruttavista asioista. Kuulluksi tuleminen lääkärin vastaanotolla merkitsi haastateltaville enemmän kuin uusiutuneet lääkereseptit. Hyvä kysymys mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa ja kuntoutuksessa onkin, ovatko mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ajautuneet lääketieteen autettaviksi? Onko mielenterveys- ja päihdeongelmien sosiaalinen ulottuvuus unohtunut? Sosiaalityön näkökulmasta pidän tätä keskustelua merkityksellisenä asiakkaan kohtaamisen, hoidon suunnittelun ja moniammatillisen työotteen kannalta. Sosiaalityöntekijän tehtävä päihdeasiakasta koskevan hoidon moniammatillisessa tiimissä on kerätä tietoa päihdeasiakkaan elämäntilanteesta ja sosiaalisista suhteista. Sosiaalityön asiantuntijuus päihdeongelman tarkastelussa näyttäytyy ymmärtämisenä asiakkaan kokonaistilannetta kohtaan. Päihdeiden ongelmakäyttö ei tämän ymmärryksen mukaan ole hoidettavissa oleva, irrallinen ongelma, vaan sillä on yhteyksiä moniin asioihin. Päihdeiden ongelmakäytön tarkastelussa tulee mennä lähelle asiakkaan arkea. Tämän

kokonaisuuden analysointi on osa sosiaalityön asiantuntijuutta, jota tulisi jakaa osana moniammatillista tiimiä. (Laitila-Ukkola 2005, 97.)

Tutkimustulokseni osoittavat, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaat haluavat sekä terveyden- että sosiaalihuollon asiantuntijoiden olevan osa hänen hoitotiimiään. Näin ollen ammattikunta- tai organisaatorajojen ei tulisi estää luontevaa yhdessä työskentelyä. Mielenterveys- ja päihdetyön moniammatillista henkilöstöä ja monimuotoisia palveluita perään kuulutetaan myös Sosiaali- ja terveysministeriön (2016, 26) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 loppuarvioinnissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ollessa luonteeltaan kokonaisvaltaisia, ihmistä fyysisesti, psyykkisesti, henkisesti ja sosiaalisesti koskettavia ongelmia, tulisi niiden hoidossa ja kuntoutuksessa käyttää asiakkaan itsensä ja omaisten lisäksi myös tarvittavaa moniammatillista näkökulmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon jäykkä ja hierarkkinen organisaatiomalli luo osaltaan omat haasteensa moniammatilliseen yhteistyöhön. Näin ollen moniammatillisuus ei ole täysin ongelmaton ja sen kehittäminen vaatii tasaveroista ja avointa vuorovaikutusta eri ammattikuntien välillä. Myös yhteisesti sovittu työnjako työntekijöiden välillä helpottaa työn tekemistä. (Vuori-Kemilä 2009, 66–67.)

Haastateltavien kertomuksissa moniammatillisen työn merkitys korostui myös selviämishoitoyksikön toiminnassa. Toisen ensiolettamukseni mukaan terveydenhuollon päivystyksessä akuuttihoitossa korostunut kiireentuntu jättää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kokonaistilanteen kartoituksen taka-alalle. Tämä on sosiaalityön näkökulmasta huolestuttavaa, sillä terveydenhuollon päivystys saattaa toimia yhtenä niistä harvoista paikoista, joista tavoittamattomat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat voidaan tavoittaa. Haastateltavien kerronnassa toinen ensiolettamuksistani osoittautui osittain vääräksi. Haastateltavista jokainen oli käynyt selviämishoitoyksikössä päihdekeskustelun ja tavannut erityistyöntekijän. Tavattu erityistyöntekijä oli ollut joko psykiatrinen sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä, useimmiten asiakas oli tavannut näistä molemmat. Tutkimustulokseni osoittivat asiakkaiden saaneen hyvää hoitoa ja palvelua selviämishoitoyksikössä ollessaan. Hyvän hoidon ja palvelun kuvauksissa viitattiin tilanteisiin, joissa asiakkaan kanssa työskentely oli muodostunut moniammatillisen tiimin suorittamasta kokonaistilanteen kartoituksesta. Selviämishoitoyksikön moniammatillisen työotteen hyödyntäminen auttaa asiakasta saamaan tämän tarvitseman avun ja ennen kaikkea jatkohoitoon ohjauksen. Moniammatillisuuden kehittäminen selviämishoitoyksikön näkökulmasta onkin mielestäni olennainen seikka.

Selviämishoitoyksikön toiminnasta keskeiseksi huomioksi nousi asiakkaan jatkohoitoon saattaminen. Haastateltavat kokivat selviämishoitoyksikön työntekijöiden tekemät ajanvaraukset ja jatkohoitoa tarjoavan organisaation kanssa käydyt tapausneuvottelut tärkeiksi. He kokivat hoidossa ollessaan tarvitsevänsä apua palveluihin ohjautumiseen, sillä kotoa käsin avun ja palveluiden etsiminen oli liian haastavaa. Näin ollen asiakkaan tarve ja halu hoidon aikana käytävään päihdekeskusteluun ja kokonaistilanteen kartoitukseen korostui. Tämän tutkimustuloksen mukaan palveluohjaukseen perustuvan sosiaalityön tulisi olla mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskentelyssä keskeinen työmuoto. Palveluohjaus on yksilökohtainen asiakastyön menetelmä (case management), jossa asiakkaan palveluiden tarve kartoitetaan ja palvelut sovitetaan yhteen palvelujärjestelmän tasolla. Palveluohjauksen tavoitteena on tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä sekä edistää asiakaslähtöisen ja osallisuutta vahvistavaa työtä sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Hänninen 2009, 5.)

Selviämishoitoyksikön tarkastelussa erityistä huomiota kiinnittivät asiakkaiden näkemykset yksikön toiminnasta. Haastateltavien puheissa selviämishoitoyksikkö profiloitui selviämis- ja katkaisuhuotoipaikaksi. Tämän kaltaiset mielikuvat voivat osaltaan vaikuttaa asiakkaiden toistuviin käynteihin ja hoitoon hakeutumiseen. Selviämishoitoyksikkö saattaa myös nimensä perusteella luoda asiakkaiden ajatuksissa niin sanotusti virheellisiä tulkintoja yksikön toiminnasta. Haastateltavat nimittivät selviämishoitoyksikköä selviämisasemaksi, selviämisosastoksi, selviytymisyksiköksi ja selmaksi. Yksikön toiminta perustuu päihtyneen asiakkaan somaattisen tai psyykkisen akuuttihoiton toteuttamiseen sekä jatkohoitoon ohjaukseen, eikä varsinaisesti toimi selviämis- tai katkaisuhuotoyksikkönä. Sen lisäksi, että haastateltavat kuvasivat saavansa selviämishoitoyksiköstä katkaisuhuotoa, he kokivat olevansa siellä turvassa. Pitkän juomaputken aikana pelko fyysisen kunnan romahtamisesta sai haastateltavat hakeutumaan turvalliseen ympäristöön, jossa he voivat selvitä päihtymystilastaan. Haastateltavat kokivat selviytyäkseen tarvitsevänsä valvontaa ja tukea, johon päivystyksen vuodepaikka antaa mahdollisuuden. Näen edellä mainitsemani tutkimustulokset asioina, jotka olisi tärkeä ottaa tarkasteluun selviämishoitoyksikön toimintaa kehittäessä.

Tutkimukseni yhteenvedona haluan todeta, että haastateltavat ja heidän tarinansa näyttäytyivät minulle ainutkertaisina ja yksilöllisinä. Tämän vuoksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ja heidän elämäntilanteitaan ei voida tarkastella yhtenäisenä joukkona, mielenterveys- ja päihdeongelmaisina. Tämä tutkimustulos sai minut pohtimaan standardisointien palvelukokonaisuuksien kykyä vastata asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Se herätti pohdintaa siitä, onko väliinputoajien tai tavoittamattomien (ks. Malin-Kaartinen 2015) päihdeasiakkaiden kohdalla kuitenkaan kyse

ainoastaan palveluiden riittämättömydestä. Tutkimukseni lähtökohtana ja kiinnostukseni kohteena ovat alusta alkaen olleet selviämishoitoyksikön asiakkaiden useat päivystyskäynnit sekä ensiolettamukseni palveluiden riittämättömydestä. Ensioletus palveluiden riittämättömydestä osoittautui tutkimuksessani joiltain osin vääräksi. Olin tarkastellut mielenterveys- ja päihdeasiakkaita liian palvelujärjestelmälähtöisesti. Tutkimukseni mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakas tarvitsee palveluiden lisäksi myös muunlaista tukea, jota palvelujärjestelmä ei välttämättä yksin pysty tarjoamaan. Tukea antavat ja päihdeettömyyteen tukevat läheisverkot nousivat tärkeäksi asiaksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaan päihdeettömyyttä tarkasteltaessa.

Tutkimuksessani olen halunnut tuoda esiin usein puuttuvaksi jäävää asiakasnäkökulmaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämäntilanteesta sekä palvelukokemuksista. Tutkimukseni tulokset eivät ole yleistettävissä pienimuotoisen aineiston ja haastateltavien yksilökohtaisen tarkastelun vuoksi. Tutkimukseni antaa kuitenkin näkökulmaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan elämään, mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen sekä palveluiden asiakaslähtöisen ja osallisuutta tukevan työtteen edistämiseen. Tutkimuksen tekeminen oli antoisaa vaikkakin osittain haastavaa. Oli mielenkiintoista kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakkaita tutkijan roolissa ja tarkastella syvällisemmin heidän yksilöllistä elämäänsä. Tutkimusprosessin aikana olen saanut mahdollisuuden ymmärtää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan arkea tavalla, jonka en uskoisi työntekijänä olevan mahdollista. Tämä tutkimusprosessi on ollut minulle tutkijana oppimisen paikka ja sillä on ollut vahva merkitys ammatillisen kehittymiseni kannalta. Uskon, että haastattelu on ollut jollain tavalla merkityksellinen myös haastateltaville, sillä osa heistä otti minuun vielä jälkeinpäin yhteyttä.

Tarkastellessani tutkimuksen onnistumista olen positiivisella tavalla yllätynyt, siitä kuinka kattavan aineiston olen neljällä haastattelulla saanut aikaiseksi. Aineiston käsittely oli kuitenkin haastavaa, sillä tutkimuskysymykseni olivat sisällöltään laajoja ja edellyttivät analysoimaan lähes kaiken, mitä haastateltavat kertoivat. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta halusin kuitenkin pyrkiä mahdollisimman kattavaan elämäntilanteen ja palvelukokemusten kuvaukseen, sellaisenaan kuin haastateltavat niistä kertoivat. Uskon että aineistonkäsittely ja syvällisempi tulkinta olisivat onnistuneet paremmin jos olisin valinnut tarkasteluuni vain toisen teeman. Lopulta olen kuitenkin tyytyväinen siihen, että sain luotua itselleni käsityksen molemmista aihealueista. Tutkimusprosessin aikana ajatuksiini heräsi monia jatkotutkimusaiheita. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen, heidän kanssaan tehtävään työhön ja asiakkaiden osallisuuden vahvistamiseen tulisi kokonaisuudessaan suunnata enemmän tutkimus- ja kehittämistyötä. Tutkimukseni lähtökohdista käsin ajattelen, että selviämishoitoyksikön mielenterveys- ja päihdetyön osaamista, etenkin asiakkaan

kohtaamista, tulisi kehittää. Mielenkiintoisena jatkotutkimuskohteena näen terveydenhuollon päivystyksen moniammatillisen työskentelyn haasteet ja sen kehittämisen. Lisäksi tulevat valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuutokset ja niiden kautta syntyvä uudenlainen organisaatioiden välinen yhteistyö on myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta keskeinen tutkimuskohde.

Lopuksi haluan osoittaa kiitokseni tutkimukseeni osallistuneille selviämishoitoyksikön asiakkaille. He antoivat minulle mahdollisuuden tulla lähelle heidän arkeaan ja tarkastella heille arkaluontoisiakin asioita. Haastatteluiden lopussa, kiittäessäni haastateltavia, he kaikki toivoivat, että heidän kertomuksistaan olisi edes jotain hyötyä tutkielmani teossa. Nyt voin heidän ilokseen todeta, että hyöty oli enemmän kuin jotain, se oli merkityksellinen.

LÄHTEET

Aalto, Mauri (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007; 123 (11) 1293- 1298.

Ahokas-Kukkonen, Irma (2016) Etelä-Savon uusi sote-palvelukonsepti - perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon integroitu toimintamalli. https://www.innokyla.fi/web/hanke916482/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&projects_WAR_projectsportlet_projectId=3140945&projects_WAR_projectsportlet_action=viewGeneral Viitattu 17.4.2016.

Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alkoholinkäytön puheeksiotto ja mini-interventio (2016) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja%20riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio> Viitattu 17.4.2016

Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.

Ayalon, Ofra (1995) Selviydyn. Yhteisön tuki ja selviytyminen. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto.

Bäckman, Heli & Lönnqvist, Jouko (2009) Johdanto. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työnammattilaisille. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos opas 5. Helsinki: THL, 7-10

Eilo, Heikki (2013) Tutkimusetiikka. Eettiset periaatteet. Tampereen yliopisto. <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/itsem.html>. Viitattu 14.3.2015.

Ehrilng, Leena (2009) Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisessa. Teoksessa Irti Päihdeongelmista (toim.) Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes. Porvoo: Edita, 145–171.

Erikoissairaanhoidolaki 17.9.2004/ 856.

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

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2010) Teemahaastattelu:opit ja opetukset. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raine, Valli (toim.) Ikkunoista tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–44.

ETENE (2008) Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja 19, Helsinki.

Gunther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Anna & Kulmala, Anna (2013) Asiakaslähtöisyys. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus.

Harjula, Kirsi (2016) Yhteisvoimin kotona - Ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen.

https://www.innokyla.fi/web/hanke842962/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&projects_WAR_projectsportlet_projectId=2707829&projects_WAR_projectsportlet_action=viewGeneral Viitattu 17.4.2016.

Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (2014) Ihmisen riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa Marjaliisa Havio, Maria Inkinen & Airi Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmber, Jan (2010) Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Huvinen, Kirsti & Joutsenlahti & Ritva & Metteri, Anna (2014) Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveystalveissa. Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Teoksessa Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 32–43.

Hyytiä, Petri & Alho, Hannu (2009) Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Teoksessa Irti Päihdeongelmista (toim.) Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes. Porvoo: Edita, 74–89.

Hänninen, Kaija (2009) Neuvonta- ja palveluohjausmalli kuntoutussosiaalityön työkäytäntöjen jäsentäjänä. Teoksessa Katja Forssén, Leo Nyqvist & Anniina Raitanen (toim.) Tutkiva sosiaalityö. Moniammatillisuus sosiaalityön mahdollisuutena. Sosiaalityön tutkimuksen seura 2009.

Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.): Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 14 – 47.

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

Kansanterveyslaki 17.9.2004/855.

Kanula, Saara (2008) Oireista elämänlaatuun – masennuksen markkinointi lääkäreille. Sosiologia 4/2008, 322–341.

Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kelmilä, Anne & Ihalainen, Jarmo (2009) Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro.

Koivunen, Marita & Harju, Sanna & Hakala, Tiina & Hänti, Jussi & Välimäki Maritta (2014) Päähtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? Hoitotiede 26 (4), 275–286.

Koski-Jänne, Anja (1998) Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Otava.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuussaari, Kristiina & Ronkainen Jenni-Emilia & Partanen Airi & Kaukonen, Olavi & Vormo Helena (2012) Yhteiskuntapolitiikka 77 (6), 640- 655.

Kähäri-Wiik, Kaija & Niemi, Aira & Rantanen, Anneli (2007) Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Käypä hoito- suositus (2015) Alkoholiongelmaisen hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028> Viitattu 3.1.2016.

Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taitelua. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 26- 31

Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä
Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.
Väitöskirjatutkimus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5> Viitattu 3.9.2015.

Laitila, Minna (2013) Mielenterveys- ja päihdetyö osana kuntien hyvinvointia – opas strategiseen suunnitteluun. Tampere: Suomen Yliopistopaino.

Laitila, Minna & Pietilä, Anna-Maija (2012) Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuulluksi tulemista ja inhimillistä kohtaamista. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 9/2012.

Laitila-Ukkola, Merja (2005) Päihdehuollon näköinen sosiaalityö. Lisensiaatintutkimus. Lapin yliopisto.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis (2008) Haasteena päihteet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lehtomaa, Merja (2008) Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Juha, Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 163- 194.

Liukko, Eeva (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006.

Malin-Kaartinen, Katja (2015) Asiakaslähtöinen palveluohjaus vahvistaa päihteitä käyttävän asiakkaan toimintakykyä. Teoksessa Janika Lindström & Kimmo Kumlander (toim.) Kokemuksen politiikkaa. Helsinki: Laurea- ammattikorkeakoulu, Laurea julkaisut 48, 63–65.

Metteri, Anna & Hotari, Kaisa-Elina (2011) Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa Aini Pehkonen ja Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus, 67–92.

Mielen hyvinvointi (2014) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi> Viitattu 9.4.16

Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelut (2015) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> Viitattu 18.3.2016.

Mäkelä, Rauno & Aalto, Mauri (2013) Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Kaija Seppä & Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus Helsinki: Duodecim, 44–54.

Niemelä, Pauli (2009) Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mikko, Mäntysaari, Anneli, Pohjola & Tarja, Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 209–236.

Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille. Turun kaupunki.

<http://www.turku.fi/palvelumuotoiluhanke> . Viitattu 12.3.2016.

Perttula, Juha (2008) Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Juha, Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115- 162.

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

Porin Sininauha ry (2016) Ensisuoja. <http://porinsininauha.fi/ensisuoja.php> Viitattu 17.4.2016.

Päihdehuoltolaki 17.11.1986/41

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

Romakkaniemi, Marjo (2014) Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.

Rostila, Ilmari (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmaratkaisun perusteet. Jyväskylä: Kopijyvä.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> Viitattu 12.2.2015.

Saari, Juho (2015) Huono-osaiset. Helsinki: Gaudeamus.

Sohlman, Briitta & Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2005) Ongelmallinen mielenterveys. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2), 210- 213.

Solantaus, Tytti & Niemelä, Mika & Huilaja, Tiina & Räsänen, Sami (2011) Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy – Toimiva lapsi & perhe THL:n kärkihankkeena. Teoksessa Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 6/2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116> Viitattu 14.3.2016.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/ 1301

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010.

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

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1> Viitattu 6.6.2015.

STM (2016) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 3/2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2> Viitattu 5.3.2016.

Suominen, Sauli (2015) Asiakaslähtöisyys ja vaikeassa elämäntilanteessa oleva asiakas. Teoksessa Janika Lindström & Kimmo Kumlander (toim.) Kokemuksen politiikkaa. Helsinki: Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea julkaisut 48, 27-32

STAKES (2007) Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-33-1992-2> Viitattu 3.3.2007.

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2), 167- 175.

Suomen Mielenterveysseura (2015) Liikunta ja mielen terveys osana hyvinvointia. Liikunta- ja mielenterveysalan kehittämislinjaukset. Helsinki.

http://www.mielenterveysseura.fi/fi/raportit/liikunta-ja-mielenterveysalan_kehitt%C3%A4mislinjaukset Viitattu 14.3.2016.

Tammelin, Mia (2010) Kokemuksia sosiaalipalveluista. Kuntouttavan työtoiminnan asiakasfooromit Keski-Suomessa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportteja 21/2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085134> Viitattu 10.4.2016.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2009) Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085005> Viitattu 25.3.2016.

Toikko, Timo (2011) Kokemusasiantuntija palveluiden kehittäjänä. Teoksessa Petri Ruuskanen, Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Helsinki: Unipress, 103–17.

Toiviainen, Riitta (2013) Palvelujärjestelmä sulkee ovet päihderiippuvaisilta. Teoksessa Tuuli Hirvilampi & Markku Laatu (toim.) Toinen vääryyskirja. Lähikuvia sosiaalisista epäkohdista. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 157–172.

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

Tuovinen, Pirjo (2015) Katkaisuhuolto- ja selviämisasema. A-klinikkasäätiö. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/lansi/laitos-ja-kuntoutuspalvelut/anjalansalon-paihdekuntoutuskeskus/katkaisuhuolto-ja-selviamisasema> Viitattu 25.2.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> Viitattu 28.3.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto> Viitattu 28.3.2016.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Varto, Juha (2005) Laadullisen tutkimuksen metodologia.

<https://www.google.com/search?q=juha+varto+fenomenologia&ie=utf-8&oe=utf-8> Viitattu 31.1.2015.

Vuori-Kemilä, Anne & Stengård, Eija & Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula (2010) Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki: WSOY.

Väisänen, Raija (2011) Toivon ja epätoivon rajapinnoilla. Näkökulmana ehkäisevä päihdesosiaalityö. Teoksessa Petri Ruuskanen, Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Helsinki: Unipress, 172–193.

Warpenius, Katariina & Tigerstedt, Christoffer & Holmila, Marja (2013) Johdanto. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Tigerstedt & Marja Holmila (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Tampere: Suomen yliopistopaino, 5–10.

Warren, Janet (2007) Service user and carer participation in social work. Exeter: Learning Matters Ltd.

Inkinen, Ritva & Volmanen, Petri & Hakoinen, Suvi (2015) Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6> Viitattu 3.4.2016.

LIITE 1.

Hyvä selviämishoitoyksikössä hoidossa ollut potilas

Teen tutkimusta päivystyksen selviämishoitoyksikössä hoidossa olleiden potilaiden kokemuksista ja näkemyksistä sosiaaliseen tilanteeseen, palvelukokemuksiin sekä tuen tarpeeseen liittyen. Haluaisinkin kuulla juuri sinun ajatuksiasi ja kokemuksiasi asiasta! Tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä kehittämään selviämishoitoyksikön potilaiden ja heidän palveluverkostojensa kanssa tehtävää yhteistyötä. Yhteistyöllä pyritään tukemaan potilaiden arkea tarjoamalla heille oikeanlaisia ja heidän tarvitsemiaan palveluja. Olet ollut nyt ja aiemmin hoidettavana selviämishoitoyksikössä, joten sinulla on varmasti myös näkemyksiä ja kokemuksia palveluihin liittyen. Tärkeää kokemustietoa tuesta ja sen tarpeesta voidaan kuulla ainoastaan palveluiden käyttäjiltä, mikä tekee sinun osallistumisesta tutkimukseeni erityisen tärkeän!

Pyytäisinkin sinua osallistumaan noin tunnin kestävään haastatteluun sairaalahoidon päättyessä. Haastattelu suoritetaan erikseen sovitussa paikassa, sinulle sopivana ajankohtana. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää missä kohtaa tutkimusta tahansa. Tutkijana sitoudun noudattamaan laissa määriteltyä salassapitovelvollisuutta kaikkiin sinua koskeviin tietoihin liittyen. Tietoja ei myöskään luovuteta ulkopuolisille. Tutkimuksen aikana eikä lopullisessa tutkimusraportissa käytetä mitään sellaisia henkilötietoja, joista sinut voitaisiin yksittäisenä henkilönä tunnistaa. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan myöhemmin paperille, josta koostuu tutkimusaineisto. Haastatteluaineisto käsitellään ja analysoidaan ryhmätasolla, eikä yksittäisiä henkilöitä nosteta tutkimuksessa esiin.

Tutkimus on osa Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteiden maisterin tutkintoa. Olen saanut tutkimuksen toteuttamiseen tutkimusluvan Satakunnan sairaanhoitopiiriltä. Lisäksi Satakunnan korkeakoulujen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelmani ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Tutkimustani ohjaa yliopistonlehtori Tuija Eronen. Työskentelen tutkimuksen aikana päivystyksen sosiaalityöntekijänä. Haastattelut suoritan vapaa-aikanani, enkä näin ollen ole työtehtävissä vaan tutkijan roolissa sinua haastatelllessani.

Mikäli sinulla on jotain kysyttävää tai haluat lisätietoja tutkimukseen liittyen, kerron sinulle mielelläni lisää!

Ystävällisin terveisin,

Jenni Laurila, tutkimuksesta vastaava opiskelija

p. , xxx xxxx

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä sekä tutkimukseen osallistumisesta. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Jenni Laurilan tekemään haastatteluun Tampereen yliopiston Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön Pro gradu – tutkielmaa varten. Voin halutessani keskeyttää osallistumisesta tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Haastatteluun kerättyä tutkimusaineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa. Tutkimushaastattelu kestää noin tunnin verran ja se on tarkoitus nauhoittaa ja kirjoittaa myöhemmin paperille.

Annan suostumukseni haastattelun tekemiseen ja sen nauhoittamiseen.

Aika ja paikka

Tutkittavan allekirjoitus ja
nimenselvennys

LIITE 3.

Teemahaastattelurunko

1. Haastateltavien taustaa
 - ikä
 - sukupuoli
 - sivilisääty
 - sairaudet

2. Haastateltavien näkemys omasta sosiaalisesta tilanteestaan
 - päihteiden käyttö
 - mielenterveys
 - perhesuhteet ja muut ihmissuhteet
 - asuminen
 - koulutus ja työtilanne
 - taloudellinen pärjääminen

3. Sosiaali-, -mielenterveys- ja päihdepalvelut
 - kontaktit
 - psykososiaalinen tuki
 - hoito- ja palvelukokemukset
 - palveluihin pääsy
 - hoitokäynnit selviämishoitoyksikössä

4. Kokemus tuen ja palveluiden tarpeesta
 - kokeeko tarvitsevansa tukea ja palveluita?
 - minkälaista tukea kokee tarvitsevansa?
 - minkälaisia palveluita kokee tarvitsevansa?
 - minkälaisia toiveita selviämishoitoyksikön ja kuntien yhteistyöstä?
 - kokemus osallisuudesta ja mahdollisuudesta vaikuttaa omaan tilanteeseen?