

Jyväskyläläisten päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista

Hanna Blom
Taina Hannula

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijät BLOM, Hanna HANNULA, Taina	Julkaisun laji	Päivämäärä
	Opinnäytetyö	9.5.2011
	Sivumäärä	Julkaisun kieli
	38+3	Suomi
	Luottamuksellisuus	Verkojulkaisulupa myönnetty
	() saakka	(X)
Työn nimi JYVÄSKYLÄLÄISTEN PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ParasSos-tutkijatyöryhmä		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö on toteutettu osana ParasSos-tutkimusta. Opinnäytetyötä varten on kerätty päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttäjien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Tutkimuksen yhteistyökumppanina ja toimeksiantajana on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ParasSos-tutkijatyöryhmä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää palvelujärjestelmien arvioinnissa ja kehittämässä. Sairaanhoidajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tutkimusta työssään ymmärtämällä paremmin sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennetta sekä käyttäjien kokemuksia.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemuksia käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista Jyväskylän alueella. Tutkimuksen tavoitteena on nostaa esiin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemusten kautta sosiaali- ja terveyspalveluiden tilaa.</p> <p>Tutkimusta varten on tehty 12 teemahaastattelua. Haastateltavat olivat päihde- ja mielenterveyskuntoutujia kolmannen sektorin toimipaikoissa Jyväskylässä syksyllä 2008. Aineisto on analysoitu kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään nojautuen sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Haastatteluista nostettiin esiin päihde- ja mielenterveyskuntoutujien taustat, kokemukset, voimavarat ja toiveet sosiaali- ja terveyspalveluja kohtaan.</p> <p>Monilla haastatelluista oli pitkä historia mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista. Tutkimuksesta nousi esiin muun muassa päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tarve henkilökohtaisempaan palveluun. Tutkimus osoitti myös kolmannen sektorin palveluiden tarpeellisuuden.</p>		
Avainsanat (asiasanat) sosiaali- ja terveyspalvelut, päihdekuntoutuja, mielenterveyskuntoutuja, haastattelututkimus, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		



Authors BLOM, Hanna HANNULA, Taina	Type of publication	Date
	Bachelor's / Master's Thesis	09052011
	Pages	Language
	38+3	Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title ALCOHOL AND DRUG ABUSER REHABILITEES' AND MENTAL HEALTH PATIENTS' EXPERIENCES OF THE SOCIAL AND HEALTH SERVICES IN JYVÄSKYLÄ.		
Degree Programme Nursing		
Tutor TUOMI, Sirpa		
Assigned by Department of health and wellbeing, ParaSos-research group		
Abstract <p>The thesis was completed as a part of the ParaSos research-project. This study collected the experiences of mental health and substance abusers who had used the social and health services in the Jyväskylä region. The study was assigned and accompanied by the ParaSos group from the Department of Health and Wellbeing. Nurses and other professionals within healthcare can utilize this research in their work by gaining a better understanding of the current structure of the social and health services and user experiences.</p> <p>The purpose of the study was to describe the experiences of those mental health or substance abuse rehabilitees who had used the health and social services in the Jyväskylä region. The aim of the study was to bring the current status of health and social services to the fore with the help of user experiences.</p> <p>Twelve theme interviews were conducted for this work. The interviewees, all rehabilitees from substance abuse and mental health problems, were clients of the third sector offices in the autumn of 2008 in Jyväskylä. The data was analyzed qualitatively by using content analysis.</p> <p>The interviewees' backgrounds, experiences, resources and wishes for improvement regarding the social- and health services were raised from the interviews.</p> <p>Many of the interviewees had a long background of mental health problems and/or substance abuse. The results highlighted, among other issues, a need for a more private and personal service. Furthermore, the study also underlined the need of the third sector services.</p> <p>The research results can, for example, be utilized in the evaluation and improvement of the existing service systems.</p>		
Keywords social- and health services, substance abuse rehabilitee, mental health rehabilitee, survey, qualitative research		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN.....	4
3	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJAT SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÄJINÄ.....	6
3.1	Mielenterveys	6
3.2	Mielenterveyskuntoutuja	7
3.3	Päihdekuntoutuja	9
3.4	Masennus työ- ja toimintakyvyttömyyden takana.....	10
4	MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN	11
4.1	Mielenterveys voimavarana.....	11
4.2	Asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus mielenterveyshoitotyössä.....	12
4.3	Terveyden edistämisen laatusuositus ja kansanterveystyön huomioiminen..	14
4.4	Erlaisia lähestymistapoja terveyden edistämiseen kunta-tasolla.....	15
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
6.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	18
6.2	Tutkimuksen kulku	20
6.3	Aineiston analysointi	21
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
7.1	Haastateltavien aiempien kokemusten vaikutus nykyisyyteen.....	22
7.2	Kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista.....	24
7.3	Voimavaroja	26
7.4	Toiveita/muutosehdotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista.....	27
8	POHDINTA	30
8.1	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua.....	30
8.2	Tulosten tarkastelua	31
8.3	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	34
	LÄHTEET	35
	LIITTEET.....	39
	Liite 1. Haastattelurunko	39
	Liite 2. Esimerkki aineiston teemoittelusta.....	41

KUVIO 1. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan toimintakaavio palvelujärjestelmään (Suojasalmi 2008).	17
KUVIO 2. Tutkimuksen aikataulu kaaviona.....	20
KUVIO 3. Mukaelma sisällönanalyysin etenemisestä Tuomen & Sarajärven (2009, 109) mukaan.....	22
KUVIO 4. Esimerkkejä haastateltavien taustoista	23
KUVIO 5. Esimerkkejä haastateltavien kokemuksista sosiaali- ja terveystalveluista	25
KUVIO 6. Esimerkkejä haastateltavien voimavaroista.....	27
KUVIO 7. Esimerkkejä haastateltavien toiveista sosiaali- ja terveystalveluihin.....	29

1 JOHDANTO

Mielenterveydenhäiriöt luokitellaan kansantaudeiksi Suomessa ja niiden aiheuttama työkyvyttömyys on lisääntynyt nopeasti. Kansantaudit ovat koko väestön terveyden eli kansanterveyden kannalta merkittäviä. Nämä sairaudet ovat yleisiä ja pitkäaikaisia sekä aiheuttavat runsaasti kuolemia. Työkyvyttömyyden lisäksi kansantautien hoitamiseen käytetään paljon terveydenhuollon voimavaroja. (Suomalaisten terveys 2005.)

Laki velvoittaa kuntia tarjoamaan asukkailleen hyvää ja oikeudenmukaista hoitoa, kunkin potilaan terveydentilan vaatimalla tavalla. On huomioitava mahdollisuuksien mukaan muun muassa potilaan äidinkieli ja yksilölliset tarpeet. (L 17.8.1992/785.) Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on vastuussa sosiaali- ja terveystalouden toimivuudesta. Ministeriö määrittelee palveluiden kehittämiskohteet, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamisessa. Sen valvonnan alla ovat myös palveluiden toteuttaminen ja laadun tarkkailu Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä lääninhallitusten kautta. Kunnat ovat vastuussa palveluiden järjestämisestä. (Sosiaali- ja terveystaloudet 2010.)

Sosiaalipalveluiden muutoksen seuranta- ja arviointitutkimus, ParasSos, seuraa ja arvioi valtakunnallisesti kunta- ja palvelurakennemuutoksen vaikutuksia sosiaalipalveluiden laatuun kuntalaisten näkökulmasta neljän vuoden aikana (2008 – 2011). Tutkimukseen kerätään määrällistä ja laadullista aineistoa. Tutkimus- ja yhteistyöohjelma on kehitetty Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen Jyväskylän toimipisteessä. Aineisto kerätään keskisuomalaisista kunnista. (ParasSos 2010; Leinonen 2008, 9.)

ParasSos -tutkimusohjelma tarkastelee sosiaalipalveluja huomioiden eri-ikäiset ja eri elämän vaiheissa olevat kuntalaiset. Tutkittavina ovat eläkeikäisten, työikäisten sekä lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut. (Leinonen 2008, 17.) ParasSos voi tutkia erilaisia palveluilmioita, kuten esimerkiksi työikäisten päihde- ja mielenterveystalouden kokonaisuutta. Aineiston kerääminen ja työstäminen on tehtävä vähintään kahdessa jaksossa, ennen ja jälkeen tapahtuneen uudistuksen. (Leinonen 2008, 51.) Sen avulla voidaan tutkia esimerkiksi kuntaliitosten mahdollisesti aiheuttamia muutoksia sosiaali- ja terveystaloudissa.

Opinnäytetyö on toteutettu osana ParasSos–tutkimusta. Opinnäytetyötä varten on kehitetty päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttäjien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Lisäksi opinnäytetyön haastatteluja tehdessä, haastateltavat ovat täyttäneet myös kyselylomakkeen, jota muut Keski-Suomen alueen sosiaalipalveluiden käyttäjät ovat voineet täyttää internetin välityksellä. Tässä opinnäytetyössä kyseiseen kyselylomakkeeseen ei kuitenkaan perehdytä enempää, vaan keskitytään haastattelujen tuomaan informaatioon. Opinnäytetyöstä käytetään myös nimitystä tutkimus.

Mielenterveyshäiriöiden yleisyyden vuoksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohdataan työelämässä, työskenteli sitten sosiaali- tai terveysalalla. Opinnäytetyön tekijät opiskelevat Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ja valmistuvat sairaanhoitajiksi (AMK). Idea opinnäytetyön tekemiseen on syntynyt Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaan sisältyvän terveyden edistämisen opintokokonaisuuden suorittamisen aikana. Opinnäytetyön tekeminen mahdollistaa tutustumista palvelujärjestelmiin. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokemukset ja teoretietoon tutustuminen antaa tärkeää tietoa käytännön työelämästä.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Kunnat järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Ihmisten hyvinvoinnin, terveyden ja toimeentulon edistäminen on julkisen vallan tehtävä. Valtaosa sosiaali- ja terveyspalveluista ovat lakisääteisiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että kunnat ovat velvoitettuja järjestämään lain asettamat sosiaali- ja terveyspalvelut. Lakisääteisten palveluiden lisäksi kunnat voivat resurssiensa mukaan järjestää muitakin sosiaali- ja terveyspalveluja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

Terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) velvoittaa kuntia järjestämään asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellisen mielenterveys- sekä päihdetyön. Niiden tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä ja päihdehaittoja suojaavien tekijöiden vahvistaminen, mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen sekä vähentää tai poistaa päihdehaittoihin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä.

Suomen perustuslaki velvoittaa edistämään sen kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Vuonna 1995 toteutettiin perusoikeusuudistus, jossa nostettiin taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet perustuslain tasolle. Näitä oikeuksia kutsutaan TSS-oikeuksiksi. TSS-oikeuksista sosiaali- ja terveystalvveluja koskattaa erityisesti perustuslain säännös oikeudesta sosiaaliturvaa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

Sosiaaliturvaa oikeuttavaa säädöksen perusteella jokainen, joka ei kykene saavuttamaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeutettu välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Kyseessä on jokaiselle kuuluva subjektiivinen oikeus. Sosiaali- ja terveystalvvelut ovat yksi keino tämän oikeuden turvaamiseksi. Voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö määrittelee myös sen, miten palvelujen saatavuudesta on huolehdittava. Lainsäädännössä esiintyvät perusturvan sekä perustalvvelujen käsitteet. Niiden täsmällistä sisältöä ei kuitenkaan ole lain tasolla tai muutoinkaan määritetty. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

Yksilön oikeudesta sosiaali- ja terveystalvveluihin on säädetty laeissa eri tavoin. Joidenkin palvelujen turvaamista on pidetty niin tärkeänä, että yksilölle on säädetty niin sanottu subjektiivinen oikeus saada palvelu. Näitä palveluja ovat esimerkiksi lasten päivähoito, eräät vammaisille säädetty palvelut sekä oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon. Kunnilla on oltava aina määräraha näitä palveluja varten. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

Suuri osa sosiaali- ja terveystalvveluista on kuitenkin määrärahasidonnaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntalaisella on oikeus palveluun oman kunnan määrärahojen rajoissa. Palveluja voidaan tällöin kohdentaa esimerkiksi niitä kaikkein eniten tarvitseville. Yleisenä periaatteena voidaan kuitenkin pitää sitä, että palvelun tarve on aina arvioitava yksilöllisesti eikä palvelua voida evätä pelkästään määrärahan puutteeseen vedoten. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

Vuonna 2001 asetettiin laki kuntouttavasta työtoiminnasta. Lain mukaisilla toimenpiteillä pyritään parantamaan pitkään jatkuneen työttömyyden perusteella työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saavan henkilön edellytyksiä työllistyä avoimilla työmark-

kinoilla. Lain avulla pyritään myös edistämään kuntoutujan mahdollisuuksia osallistua koulutukseen tai muuhun työhallinnon tarjoamaan työllistymistä edistävään toimenpiteeseen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001.)

3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJAT SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÄJINÄ

3.1 Mielenterveys

Mielenterveys on osa terveyttä. Mielenterveys on WHO:n mukaan hyvinvoinnin tila, jossa olennaista on yksilön sopeutuminen arkielämän haasteisiin, kuten stressiin. Yksilöllä tulee olla käsitys omista kyvyistään ja hänen tulee kyetä työskentelemään tuotavasti ja olemaan yhteiskunnalle hyödyllinen. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26.)

Mielenterveyttä saatetaan ajatella ihmisen psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana. Niitä voimavaroja käytetään ja kerätään kaiken aikaa, niiden avulla ohjaamme elämäämme. Mielenterveyttä ja sen olemusta ymmärtääksemme edellytetään tietoa siitä, mikä on mielenterveyttä ajatellen normaalia ja mikä poikkeavaa. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26.)

Euroopan komissio määrittelee mielenterveyden voimavarana, jonka avulla yksilöt pystyvät käyttämään älyllisiä ja emotionaalisia kykyjään sekä löytämään ja täyttämään roolinsa yhteiskunnallisessa toiminnassa, koulussa ja työelämässä. Mielenterveys yhdistetään usein virheellisesti psyykkisiin häiriöihin. (Mielenterveystyö Euroopassa, 2004, 16.)

Terveen ja mieleltään häiriintyneen ihmisen rajaa määritetään selvittämällä sosiaalista sopeutumista, kykyä huolehtia itsestään sekä mielenterveyden häiriintymiseen viittaavien oireiden esiintymisellä. Normaalin ja häiriintyneen mielenterveyden raja on aina suhteellinen. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 27.)

Ihmisen yksilölliset tekijät, kokemukset, kulttuuriset arvot, vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki sekä yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit vaikuttavat mielenterveyteen. Mielenterveyttä voidaan tarkastella positiivisena ja negatiivisena. Positiivinen mielenterveys on ihmisen voimavara ja auttaa kokemaan elämän mielekkäänä. Negatiivinen mielenterveys tarkoittaa psyykkisiä häiriöitä, oireita ja ongelmia. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004, 32.) Ihmisen voimavarojen vahvistaminen auttaa mielenterveyshäiriöiden ennalta ehkäisyssä sekä mielenterveyshäiriöiden paranemisprosessissa. (Kuhanen, Oittinen ym. 2010, 22.)

Mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä Suomessa. Esimerkiksi vuonna 2008 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä sai 3,9 % koko Suomen väestöstä 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Vastaavasti tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttama työkyvyttömyys samana vuonna oli 1,8 %. Varsinaisten mielisairauksien, kuten skitsofrenioiden, affektihäiriöiden, pitkäkestoisen masennuksen ja manian kokonaismäärä on pysynyt melko samana. Luultavimmin lisäyksen työkyvyttömyyden kasvuun aiheuttavat eriaisteiset masennus- ja työuupumusoireistot. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 251; Sotkanet 2011.)

3.2 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on todettu jokin mielenterveydenhäiriö, ja joka tarvitsee sairautensa vuoksi kuntouttavia palveluja toimintakyvyn parantamiseksi ja haittojen pienentämiseksi (Koskisuu 2004, 11; Asumista ja kuntoutusta 2007, 13.)

Kuntoutuksen tavoitteet, sisällöt ja toimintatavat muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa. Taloudellinen lama, muutokset työelämässä, työttömyyden kasvu ja syrjäytymisuhkien lisääntyminen ovat muun muassa vaikuttamassa siihen, millaista kuntoutusta tällä hetkellä toteutetaan. Eri tieteenalojen kehitys on myös voimakkaasti vaikuttava tekijä kuntoutuksen erilaisissa muodoissa. Kuntoutus on sisällöltään ja toteutukseltaan monimuotoinen kokonaisuus toimintoja. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 10.)

Mielenterveyskuntoutuksen ja psykiatrisen kuntoutuksen käsitteiden ero voidaan ajatella siten, että psykiatrisella kuntoutujalla on diagnosoitu jokin psykiatrinen sairaus. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujalla ei välttämättä ole diagnosoitua sairautta, kuntoutujalla on kuitenkin uhkana syrjäytyminen yhteiskunnassa, sekä mahdollisesti ongelmia liittyen perheeseen, työelämään tai koulutusyhteisöön. Tällöin käytetään termiä ei-spesifinen kuntoutustarve. Pitkäkestoisen kuntoutuksen ollessa kyseessä, mukana voi olla useita eri tahoja, kuten esimerkiksi kunnan perusterveydenhuolto, psykiatrinen erikoissairaanhoido mukaan lukien avo- ja laitoshoido, sosiaalitoimi, Kansaneläkelaitos ja erilaiset yksityiset palveluiden tuottajat, työvoimaviranomaiset ja koulutusyksiköt. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 251–252.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmä on laatinut vuonna 2002 katsauksen mielenterveyskuntoutuksen tilasta. Asiantuntijaryhmän mukaan psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat muun muassa *syrjäytymiseen, syrjintään, leimautumiseen ja osallisuuteen liittyvät ilmiöt, erilaiset perhe-, koulu- ja työyhteisöjen ongelmat sekä työhön liittyvät psyykkiset paineet*. Sen vuoksi mielenterveyskuntoutuksessa tähdennehtään yksilötoimintamuotojen rinnalla erilaisia ympäristö- ja yhteisötyömuotoja sekä ammatillista koulutusta ja kuntoutusta. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002.)

Asiantuntijaryhmän tekemän selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien suurimpia ongelmia ovat yksinäisyys eli sosiaalisten kontaktien puute sekä mielekkään tekemisen ja toimeentulon puute. Elinolosuhteita kohentamalla ja toiminnallisia kuntoutusmuotoja järjestämällä voidaan vaikuttaa yksinäisyyteen ja mielekkään tekemisen puutteeseen. Tärkeitä ovat erityisesti arkista selviytymistä, sosiaalista kanssakäymistä sekä avohoidon tukevat palvelut, kotipalvelu sekä kuntoutus, joka tähtää työllistymiseen. Tuetulla työllistymisellä ja kuntoutusohjauksella voidaan vaikuttaa toimeentulon parantamiseen. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002.)

3.3 Päihdekuntoutuja

Päihdekuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on todettu päihderiippuvuus, ja joka on akuuttivaiheen hoidon jälkeen sitoutunut pyrkimykseen irrottautua päihdekierteestä. Päihteillä tarkoitetaan riippuvuutta aiheuttavia psykoaktiivisesti vaikuttavia aineita (Holopainen 2008 210–214.)

Päihdekuntoutuksen kaksi ratkaisevinta seikkaa ovat kuntoutujan vapaaehtoisuus ja motivaatio. Ne ohjaavat kuntoutujan kuntoutumisen toteutumista ja vaikuttavuutta. Vapaaehtoisuuteen perustuvaan kuntoutukseen on edellytyksenä se, että kuntoutuja tunnistaa ja tunnustaa kuntoutuksen tilanteensa ja kuntoutuksen tarpeensa. Motivaation heräämisen mahdollistaa kuntoutujan oma oivallus kuntoutuksen tarpeesta ja oman elämän tarkoituksesta. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 224.)

Noin 20 % päihteiden liikkakäyttäjistä hakeutuu hoitoon ja kuntoutukseen. Tilastojen ulkopuolella ovat yksityisellä puolella itsensä hoidattaneet ja ne jotka ovat saaneet avun läheisiltään, ystäviltään tai omaisiltaan. Osa käyttäjistä kuolee ennenaikaisesti. Alkoholi on kuolinsyytilastojen mukaan työikäisten miesten suurin aiheuttaja ennenaikaisille kuolemille. Huomattavan pieni osa, noin 3 % hoitoon ja kuntoutukseen päätyneistä kuntoutuu niin, että lopettavat alkoholin käytön kokonaan. Päihdekuntoutuja voi myös tavoitella kohtuukäyttöä, eli ne henkilöt eivät ole tuon mainitun kolmen prosentin sisällä. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 226.)

Päihdeongelma haittaa elämää laajasti ja ongelman hoidossa hyvä yhteistyö monien eri tahojen kanssa on tärkeää. Päihdekuntoutuksessa kuntoutujan elämä kokonaisvaltaisesti pyritään rakentamaan uudelleen, jolloin kuntoutuksenkin on oltava kokonaisvaltaista. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kuntien tehtävänä on järjestää päihdeongelmaiselle ja hänen omaisilleen riittävä ja asiallinen hoito. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 228.)

Päihdekuntoutus on pitkä prosessi, jossa hoitoon sitoutuminen on hoidon onnistumisen edellytyksenä. Retkahduksia takaisin päihteisiin tulee suurella osalla kuntoutujista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 134.) Päihdekuntoutujat

tarvitsevat apua usealta eri ammattiryhmältä selviytyäkseen. He saattavat tarvita muun muassa hoitajaa, lääkäriä, sosiaalityöntekijää tai psykologia. Myös vertaistuki muiden päihteistä riippuvaisten ihmisten kanssa on koettu voimaannuttavana tekijänä päihdekuntoutujien keskuudessa. (Mts. 130–132, Tampereen A-klinikkatoimi 2011.)

3.4 Masennus työ- ja toimintakyvttömyyden takana

Masennus eli depressio on yleinen sairaus, mutta vähemmistö hakee siihen apua (Aho, Isometsä, Mattila, Jousilahti & Tala 2009). Depression katsotaan olevan kansanterveyden kannalta merkittävin mielenterveyden häiriö. Se on yksi yleisimpiä ongelmamme kaikki sairaudet mukaan luettuna. Se johtuu masennustilojen yleisyydestä väestössämme jo nuorissakin ikäryhmissä. Hoidon tarve on suuri. Sairaus aiheuttaa työ- ja toimintakyvttömyyttä sekä itsemurhayrityksiä. Depressio lisää myös itsemurhakuolleisuutta. Depressioon liittyviä käsitteitä, etenkin sanaa masennus, käytetään useassa eri merkityksessä. Sen vuoksi on aina oleellista selvittää, mitä käsitteillä kussakin asiayhteydessä tarkoitetaan. Sanalla masennus voidaan tarkoittaa:

- masentunutta tunnetilaa, depressiivistä affektia. Kyseessä on tällöin lyhyempi normaaliin tunne-elämään kuuluva jakso.
- masentunutta mielialaa, joka on pysyvemmäksi muuttunut masentunut tunnevire.
- masennusoireyhtymää. Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä ja ne katsotaan mielenterveyden häiriöiksi. (Isometsä 2007, 157.)

Masennustiloihin liittyy runsaasti erilaisia oireita joiden perusteella voidaan määritellä masennuksen vaikeusaste ja joiden pohjalta diagnoosi tehdään. Tyypillisiä oireita ovat *masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne, toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, keskittymiskyvttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset*. (Isometsä 2007, 159.)

Lääketieteellisesti määriteltynä masennus on monimuotoinen ja moniasteinen psyykinen häiriö. Se syntyy tavallisesti pitkän ajan kuluessa useiden erilaisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Vakavan masennuksen toimintakykyä heikentäviä haittoja on verrattu esimerkiksi astman tai verenpainetaudin aiheuttamiin toimintakyvyn rajoitteisiin. Hoitamattomana masennus heikentää selvästi elämänlaatua. Masennukselle onkin tyypillistä, että se ikään kuin ”ruokkii itse itseään”. Kun ihminen lopulta pääsee hoitoon, saattaa hänellä olla vuosikausia jatkunut henkinen ja fyysinen paha olo takana, jolloin mahdollisesti ihmissuhteet ovat sotkeutuneet, on työvaikeuksia, elämäntavat ovat rapautuneet ja pessimistiset tulevaisuuden kuvat ruokkivat ahdistusta ja pahaa oloa. (Luhtasaari 2010.)

Masennustiloja on kaiken ikäisillä, mutta eniten masennuksesta kärsivät myöhäiskeläiset ja iäkkäät. Jopa puolet masentuneista kieltää masennuksen tunteensa eivätkä näytä erityisen masentuneelta. Yksilötasolla masennuksen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei tunneta tarkasti. Vakava masennustila alkaa usein kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Perinnölliset tekijät altistavat masennukselle ja pitkään jatkunut henkinen stressi voi laukaista masennuksen. (Luhtasaari 2010.)

4 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

4.1 Mielenterveys voimavarana

Terveys on keskeinen voimavaramme, ja näin ollen tärkeä arvo. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina. Terveys vaihtelee elämän eri vaiheissa. Terveys voidaan myös nähdä sairauden poissaolona. Terveyttä kokonaisuutena pohtiessa on huomioitava ihmisen eri ikäkaudet ja ikäkausille tyypilliset työ- ja toimintakyvyn vaatimukset. Terveys on pääomaa, joka kasvaa silloin, kun yksilön ja yhteisöjen elämäntapa vahvistuu. Terveysteen voidaan vaikuttaa useilla valinnoilla ihan arkipäiväisessä elämässä. Se vahvistuu tai heikkenee omien valintojen myötä, lähiyhteisöjen vaikuttaessa vahvasti mukana. Väestön terveys heikentyy, mikäli palvelujärjestelmät ja yhteiskuntapoliittiset päätökset eivät vastaa ihmisen terveystarpeisiin. Terveysteen

vastuun kantaa ihmisen itsensä lisäksi lähiympäristö ja yhteiskunta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

WHO on määritellyt terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilölle ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Kuntia ajatellen tämä tarkoittaa terveyden edistämisen ottamista kuntapolitiikan toimintalinjaksi. Terveysnäkökohdat huomioidaan kaikissa toiminnoissa, kaikilla toimialoilla. Terveyden edistäminen ei ole joku tietty yksittäinen tehtävä, vaan tavoite, jolla pyritään lisäämään väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää väestöryhmien terveyseroja. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

Kaikki toiminta, joka edistää mahdollisimman hyvän mielenterveyden toteutumista on mielenterveyden edistämistä (Mielenterveystyö Euroopassa 2004, 34). Mielenterveystyö voidaan jaotella ehkäisevään, edistävään ja korjaavaan toimintaan. Mielenterveyttä ehkäisevä ja edistävä toiminta on pääsääntöisesti positiivisen mielenterveyden vahvistamista ja yksilön voimavarojen löytämistä sekä riskitekijöiden minimointia. Mielenterveyttä korjaavia toimintoja ovat mielenterveysongelmien tutkimus, hoito ja kuntoutus. (Kuhanen & Oittinen ym. 2010, 27–30.)

4.2 Asiakslähtöisyys ja vuorovaikutus mielenterveysshoityössä

Asiakslähtöisellä työskentelytavalla tarkoitetaan työtappaa, jossa on huomioitu asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Asiakslähtöinen työskentelytapa käsitteenä esiintyy myös sosiaalihuollon asiakaslaissa sekä laadunhallinnan termistössä. Asiakslähtöisyys huomioidaan joka palvelutasolla eri lailla, esimerkiksi ammattilaisten käytännön työtavoissa tai poliittisessa päätöksen teossa. Asiakslähtöisyyden toteutumisen arviointia vaikeuttaa se, että asiakslähtöisyys on subjektiivinen kokemus ja siihen ei ole olemassa yhtä oikeaa vastausta. (Lehto 2000, 33–48.)

Dialogi merkitsee vuoropuhelua, keskustelua kahden tai useamman ihmisen välillä. Avoimen dialogin mallia on kehitetty Torniossa sijaitsevan Keroputaan sairaalassa

1980-luvun alusta lähtien. Avoimessa dialogissa keskeisintä ovat välitön reagointi avunpyyntöön, työskentely ryhmässä ja verkoston ottaminen mukaan hoitoon. Jokaisella hoitoon osallistuvalla on mahdollisuus puhua ja tulla kuulluksi ajatuksena, että jokainen on tasavertainen asiantuntija. Esimerkiksi potilas on oman elämänsä asiantuntija, lääkäri lääketieteen asiantuntija ja sairaanhoitaja hoitotyön asiantuntija. (Seikkula & Alakare 2004, 289; Seikkula & Arnkill 2005, 21–28.)

Keroputaan sairaalan toimialueella on tehty tutkimuksia liittyen avoimen dialogin malliin. On havaittu, että sen johdosta potilaita on voitu hoitaa enemmän kotiin yhdessä lähiverkoston kanssa sekä pakkohoidot ovat vähentyneet. (Seikkula & Alakare 2004, 294.) Avoimen dialogin hoitomalli luo mahdollisuuden tasa-arvoisempaan kohtaamiseen psykiatrisilla potilailla (Seikkula & Alakare 2004, 289). Toisaalta Syrjäpalo (2006) on tutkinut arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa hoidossa. Tutkimuksessa nousi esille avohoidon kehittymättömyys vastata potilaan hoidon tarpeisiin. Potilaiden katsottiin olevan vailla tarpeellista apua yrittäessään selviytyä arkielämän toiminnoista. Tämä johti useasti siihen, että kotiuduttuaan potilas tuli pian uudestaan takaisin osastolle.

Vuorovaikutus on osallistuvaa vuoropuhelua mielenterveyshoitotyössä, jossa potilas asetetaan etusijalle. Tärkeää hoitajan ja potilaan yhteistyössä on löytää yhdessä potilaan voimavaroja, jotta yksilöllinen selviytyminen arkielämässä olisi mahdollista. Potilaan on saatava kokemus, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi sekä hänen on saatava kokea, että hänestä ollaan aidosti kiinnostuneita. (Kuhanen & Oittinen ym. 2010, 151–156.)

4.3 Terveyden edistämisen laatusuositus ja kansanterveystyön huomioiminen

Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoitus on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukea kuntien omaa laadunhallinta työtä. Väestön hyvinvointi ja terveyden edistäminen on nostettu kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Keinoina on kuntien rakenteiden arviointi, johtamisen kehittäminen, voimavarojen suuntaaminen preventioon, hyvinvointiosaamisen vahvistaminen, säännöllinen seuranta ja arviointi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Laatusuositus rakentuu yhteistyössä yleisesti käytössä olevan EFQM (European Foundation for Quality Management) laatupalkintomallin ideologian pohjalle. Suosituksessa on sovellettu terveyden edistämisen kehikkona WHO:n Ottawan julkilausumassa 1986 käytettyä terveyden edistämisen toimintalinjojen luokittelua. Suositukset perustuvat olemassa olevaan näyttöön ja hyvistä käytännöistä saatuihin kokemuksiin. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Kansanterveystyössä terveyden edistämisen erityistehtäviä ovat:

- väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta ja arviointi
- terveydenhuoltopalvelut
- terveystieteiden tutkimus
- terveyden edistämisen asiantuntijuus ja sen puolesta puhuminen
- terveysvaikutusten ennakoarviointi
- poikkiallinen yhteistyö terveyden edistämisen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.)

Väestön terveyteen vaikutetaan terveyden determinanttien eli terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Terveyden determinantit voivat joko heikentää tai vahvistaa ihmisen terveyttä. Tällaiset tekijät voivat olla yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia. Edellä mainittujen determinanttien vaikutusta välittäviä tekijöitä ovat muun muassa terveyttä tukevat voimavarat, asenteet, arjen sujuminen, terveystietäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä mahdollisuudet saada ja käyttää palveluja.

Yksilöllisillä determinanteilla tarkoitetaan ihmisen ikää, sukupuolta, perimää, tietoja, taitoja, kokemuksia ja elintapoja. Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan sosio-ekonomista asemaa, toimeentuloa, sosiaalisia ja yhteisöllisiä verkostoja ja keskinäistä vuorovaikutusta. Koulutus, elinolot, elinympäristö, työolot sekä peruspalvelujen tasapuolinen saatavuus ja toimivuus ovat terveyttä määrittäviä rakenteellisia tekijöitä. Kulttuurisia tekijöitä ovat ympäristön turvallisuus, viihtyisyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti asiantuntijatyöryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- päihdesuunnitelmaa, Mieli 2009. Työryhmä on esittänyt 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmassa korostetaan *asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostamista, palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivammaksi*. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 5.)

4.4 Erilaisia lähestymistapoja terveyden edistämiseen kuntatasolla

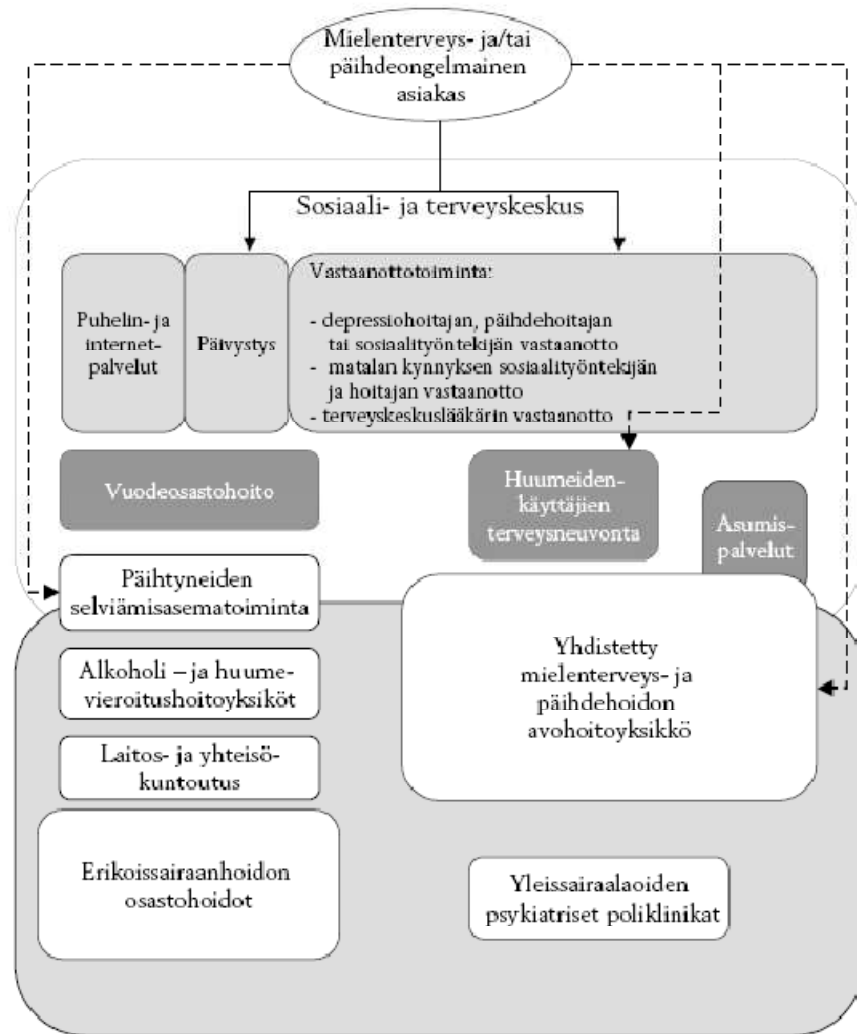
Kunnan tilanteesta riippuen terveyden edistämistä voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista. Kun tavoitteita asetetaan, on tarkoituksenmukaista tarkastella asioita toiminnan sisältöjen kautta. Tällaisia sisältökysymyksiä ovat muun muassa päihteiden käyttö, ravitsemus, syrjäytyminen, terveellinen ympäristö ja väestöryhmien väliset terveyserot. Tavoitteiden saavuttamista määriteltäessä sisältökysymykset rajataan tarkemmin koskemaan tiettyjä kohderyhmiä. Kohderyhmä voidaan muun muassa rajata alueellisesti, iän mukaan tai erityisryhmien mukaan. Voidaan myös tarkastella valittua riskiryhmää (riskiryhmästrategia). Toimintaympäristölähtöisessä lähestymistavassa on tarkastelun kohteena eri politiikkalohkojen alueet, kuten kansanterveystyö tai perhepolitiikan terveyttä edistävä toiminta. Toimintaympäristönä voi olla esimerkiksi asuinympäristö, koulu tai työpaikka. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 17.)

Terveyden edistäminen ei ole välttämättä sitä, että käynnistetään jokin uusi hanke tai toiminto, eikä terveyden edistäminen vaadi uusien organisaatioiden luontia olemassa olevien rinnalle. Oleellinen asia on terveystieteiden huomioon ottaminen eri hallinnonalojen toiminnassa, yhteisten tavoitteiden asettamista ja niiden toteutumisen systemaattista seuraamista. Terveyden edistymistä väestössä seurataan erilaisin tutkimuksin ja niistä saatujen tulosten perusteella tehdään johtopäätös kuinka asioita on kehitettävä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 17.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on avannut maaliskuussa 2011 verkkopalvelun, jossa voi vertailla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Sivustolla Palveluvaaka.fi pääsee vertailemaan valtakunnan tasolla kuinka sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat eri sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa. Sivustoa kehitetään yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa. (THL 2011; Palveluvaaka.fi.)

Mieli 2009 – suunnitelman mukaan kuntien tehtävänä on järjestää ja rahoittaa riittävät palvelut mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjille. Kuntien päihde- ja mielenterveyspalvelujen hyvä organisointi selkiyttää palvelujärjestelmää ja pyrkii estämään asiakkaan väliinpuotoamisen sekä vähentää päällekkäistä toimintaa. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 27–28.)

Suojasalmi (2008) on kuvannut raportissaan erään toimintamallin mielenterveys- ja/tai päihdeongelmaisen asiakkaan hoitopolusta (Kuvio 1). Raportti on tehty Mieli 2009-työryhmän esittämiä ehdotuksia varten mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Suojasalmen toimintakaavio perustuu siihen, että kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi tekevät yhteistyötä ja heidän toimintansa kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoispalvelut.



Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan ohjautuminen palvelujärjestelmään

KUVIO 1. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan toimintakaavio palvelujärjestelmään (Suojasalmi 2008).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemuksia käyttämistään sosiaali- ja terveystalvuluista Jyväskylä alueella. Tutkimuksen tavoitteena on nostaa esiin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kokemusten kautta sosiaali- ja terveystalvuluiden tilaa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia päihde- ja mielenterveyskuntoutujilla on sosiaali- ja terveystalvuluista?
2. Millaisia mahdollisia toiveita/muutosehdotuksia päihde- ja mielenterveyskuntoutujilla on sosiaali- ja terveystalvulujen osalta?

Tutkimuksen yhteistyökumppanina ja toimeksiantajana on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ParasSos-tutkijatyöryhmä. Tutkimustalvuluksia voidaan hyödyntää talvulujärjestelmien arvioinnissa ja kehittämässä. Sairaanhoidajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tutkimusta työssään ymmärtämällä paremmin sosiaali- ja terveystalvulujen rakennetta sekä käyttäjien kokemuksia.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusta varten on kerätty haastatteluaineisto ja aineisto on analysoitu kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään nojautuen. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus etsii yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia teorian ja tutkimuksessa käytetyn aineiston välillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa lähtökohteisesti todellista elämää ja siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Laadullisen tutkimuksen tekijöiden tehtävänä on tuoda esiin tutkimustalvulokset siten, että niistä välittyy tutkijoiden oma ääni ja näkökulma tutkimuksen kohteesta luotettavasti (Patton 2002, 41).

Tutkimuksen tulosten tulkintaan voivat siten vaikuttaa muun muassa tulkitseijan (tutkijan) aiemmat kokemukset aiheesta sekä koulutus.

Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastattelulla, jossa keskitytään tutkimuksen kannalta oleellisiin kysymyksiin ja kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelun etu on joustavuus, joka tarkoittaa esimerkiksi tutkijan mahdollisuutta toistaa tai tarkentaa kysymyksiä haastateltaville reaaliajassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelurungon kysymyksillä on tietty päämäärä, mutta niiden kysymysjärjestys ei ole oleellinen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48; Liite 1.) Kysymykset on laatinut terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkija ParasSos -hanketta varten, mutta kysymyksiin pohjautuvaa aineistoa käytetään opinnäytetyössä.

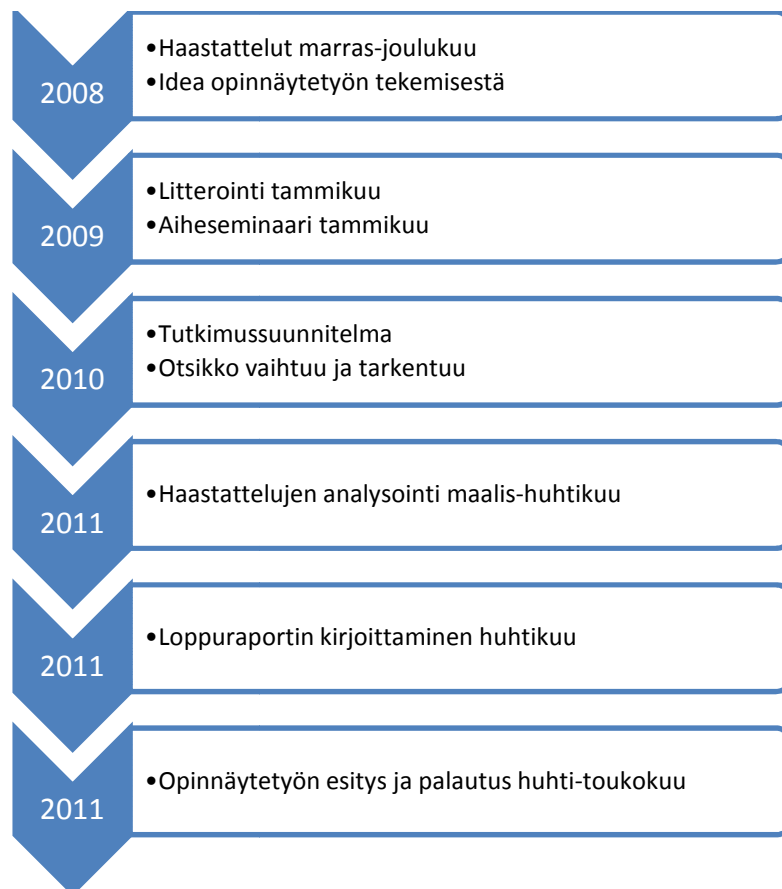
Haastateltavat olivat asiakkaina kolmannen sektorin toimipaikoissa Jyväskylässä vuonna 2008. Toimipaikkojen työntekijöille esiteltiin tutkimus, näytettiin kysymykset ja kerrottiin mitä tutkimuksella haetaan. Työntekijät arvioivat ketkä asiakkaista mahdollisesti jaksaisivat läpikäydä haastattelun, olisivat halukkaita osallistumaan sekä joilla olisi mahdollisimman monipuolinen kokemus sosiaali- ja terveystalviteuista Jyväskylässä.

Yksilöhaastatteluja tehtiin 12 kappaletta kolmannen sektorin eri toimipisteissä Jyväskylän alueella. Haastattelut tehtiin vuonna 2008 marras-joulukuun aikana. Toimipisteiden päättäjiin otettiin ensin yhteyttä puhelimitse ja kysyttiin mahdollisuutta tehdä tutkimushaastattelu. Päättäjiltä kysyttiin myös kirjallinen lupa samoin kuin haastateltuilta itseltään. Haastattelupaikaksi varattiin rauhallinen tila, jossa olivat vain tutkija ja haastateltava, jotta haastattelussa olisi mahdollisimman vähän ulkoisia häiriötekijöitä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 127). Haastateltavat olivat sekä miehiä että naisia, iältään 22–58-vuotiaita. Haastattelut nauhoitettiin ja ne olivat kestoltaan noin 12–55 minuuttia. Litteroitua tekstiä kertyi noin 120 sivua.

Tutkijat ottivat haastateltavat kohteliaasti vastaan. Alkuun he kertoivat hieman itses-
tään, jotta haastateltavienkin olisi luontevampaa tehdä samoin ja kertoa kokemuksistaan. Alkulämmittelyllä oli myös tarkoitus, että haastateltavat pääsisivät mahdollisesta jännityksestään, joka voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 116.)

Haastattelujen alussa haastattelija ja haastateltava kävivät yhdessä läpi haastatteluteemat, joita olivat sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset, oma palveluhistoria ja palvelupolku sekä palveluissa tapahtuneet muutokset, omat voimavarat ja suuntautuminen tulevaisuuteen. Haastatteluun virittävien kysymysten jälkeen haastateltavia pyydettiin kertomaan vapaamuotoisesti omasta sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöhistoriastaan (ks. liite 1).

6.2 Tutkimuksen kulku



KUVIO 2. Tutkimuksen aikataulu kaaviona.

6.3 Aineiston analysointi

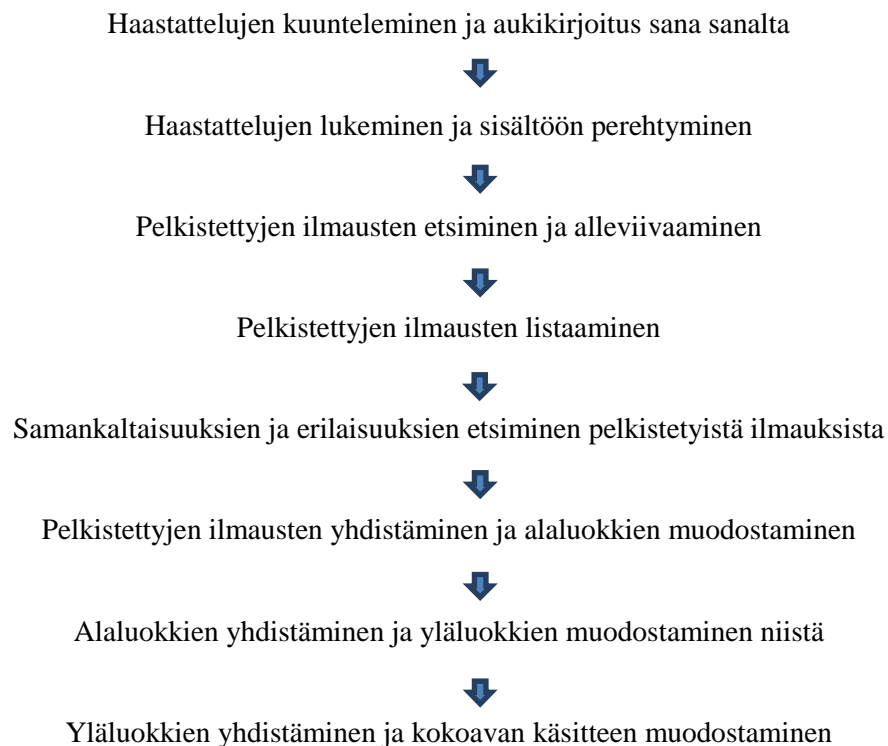
Aineiston analysointi on aloitettu *litteroimalla* eli auki kirjoittamalla haastattelut sanantarkasti (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138). Tutkimusaineistoon käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa ensimmäisenä aineisto *pelkistetään* ja kysytään tutkimustehtävän mukaiset kysymykset (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29). Sisällön analyysi on tutkimustekniikka, joka tekee toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkittavasta materiaalista. Se tarjoaa uusia oivalluksia ja lisää tutkijan ymmärrystä erityisesti ilmiöistä sekä antaa tietoa käytännön toimista. (Krippendorff 2004, 18.) Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään aineisto selkeään muotoon kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Aineisto on analysoitu *teemoittelemalla* haastatteluaineisto haastattelussa käytettyjen kysymysten pohjalta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Haastatteluista poimittiin haastattelurungon mukaisesti tiettyjä aihealueita, kuten haastateltavien taustat, kokemukset ja toiveet sosiaali- ja terveysterveystoimista sekä voimavarat (ks. liite 2).

Lopuksi aineisto on *abstrahoitu* eli aineistosta on yhdistetty samansisältöisiä luokkia, jolloin on voitu muodostaa yläluokkia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29). Esimerkiksi haastateltava on kertonut sairastavansa masennusta. Hänellä on siis mielenterveysongelma, joka on vaikuttanut siihen, että hänellä on myös kokemusta sosiaali- ja terveysterveystoimista (ks. kuvio 3).

Haastatteluja analysoitiin 12 kappaletta. Näiden lisäksi yksi päihde- ja mielenterveyskuntoutuja antoi tutkimusta varten itse kirjoittamansa elämäkerran, joka tutkijoiden mielestä läpiluettuna ei antanut vastauksia tämän tutkimuksen kysymyksiin.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen



KUVIO 3. Mukaelma sisällönanalyysin etenemisestä Tuomen & Sarajärven (2009, 109) mukaan.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Haastateltavien aiempien kokemusten vaikutus nykyisyyteen

Monilla haastatelluista oli pitkä historia mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista. Taustalta löytyi seksuaalista hyväksikäyttöä, insestiä, vanhemman kuolema tai vakava mielensairaus, päihdeongelmaa itsellä tai perheessä, uupumusta, masennusta, koulujen ja töiden keskenjäämistä, konkursseja, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, itsemurhayrityksiä, yksinäisyyttä, koulukiusaamista ja avio-/avoeroja (ks. kuvio 4). Useimmilla oli elämässään vähintään kahta edellä mainituista mielenterveyttä horjuttavista tekijöistä.

Haastatteluissa ilmeni, että kun päihde- ja/tai mielenterveyskuntoutujalla oli jokin ikävä asia menneisyydessä, se toi helposti mukanaan uusia vastoinkäymisiä. Esimer-

kiksi eräs haastateltavista kertoi suhteensa äitiin olleen vaikea. Sen myötä ongelmia oli tullut suhteessa muihinkin ihmisiin ja asioihin. (Lainauksen perässä *N* tarkoittaa naista ja *M* miestä, numero merkitsee haastatellun ikää haastatteluhetkellä.)

*"...ainaki kolmee eri koulua, jotka on kaikki jääny puolen vuoden jälkeeseen kesken."*N26

*"Sit se tilanne kärjistyi ja mää olin tappaan tään mun tyttärentä."*N35

*"..on ollu kyllä työttömyyttä ihan pitkän aikaa, vuosia."*M40

TAUSTAT

- Mielenterveysongelmat
- Päihteiden väärinkäyttö
 - Koulukiusaaminen
 - Koulujen keskenjääminen
- Ongelmat sosiaalisissa suhteissa
- Työttömyys

"Nyt mulla on kaikkiaan takana 10 itsemurhayritystä."

"..ku mulla on tää seksuaalinen hyväksikäyttötausta, niin se on ollu semmonen ettei siitä pysty puhumaan kaikkien kanssa ollenkaan. Sitä ihan näkee miten toinen menee lukkoon."

"Mun vanhemmat on alkoholisteja ollu ja vieläkin on..."

"..koulukiusaamisen takia tuli niitä psyykkisiä ongelmia."

"..jouduin vankilaan..."

KUVIO 4. Esimerkkejä haastateltavien taustoista

7.2 Kokemuksia sosiaali- ja terveystalveluista

Haastatteluissa nousi toistuvasti esiin se, kuinka raskaaksi haastateltavat kokivat, jos palvelut ovat heidän mielestään vaikeasti saatavilla. Raskaaksi koettiin usein myös palveluiden kentän kirjavuus ja hajanaisuus sekä hakemuksia käsittelevien henkilöiden ammattitaidon puute, ennen kaikkea henkilökohtaisen/kasvokkain tapahtuvan tapaamisen puute toisin sanoen lomakkeiden täyttäminen vailla ihmiskontaktia esimerkiksi sosiaalitoimistossa.

"..mää on just jääny miettimään sitä, että miks mua joka hemmetin aamu tökkii tulla tänne ni se on varmaan se, että kun mulla on vähän väärä tuo..työtehtävä ollu nyt."N26

"..sä saat vaan sen paperilapun ja niinku sen luukun välissä.."N26

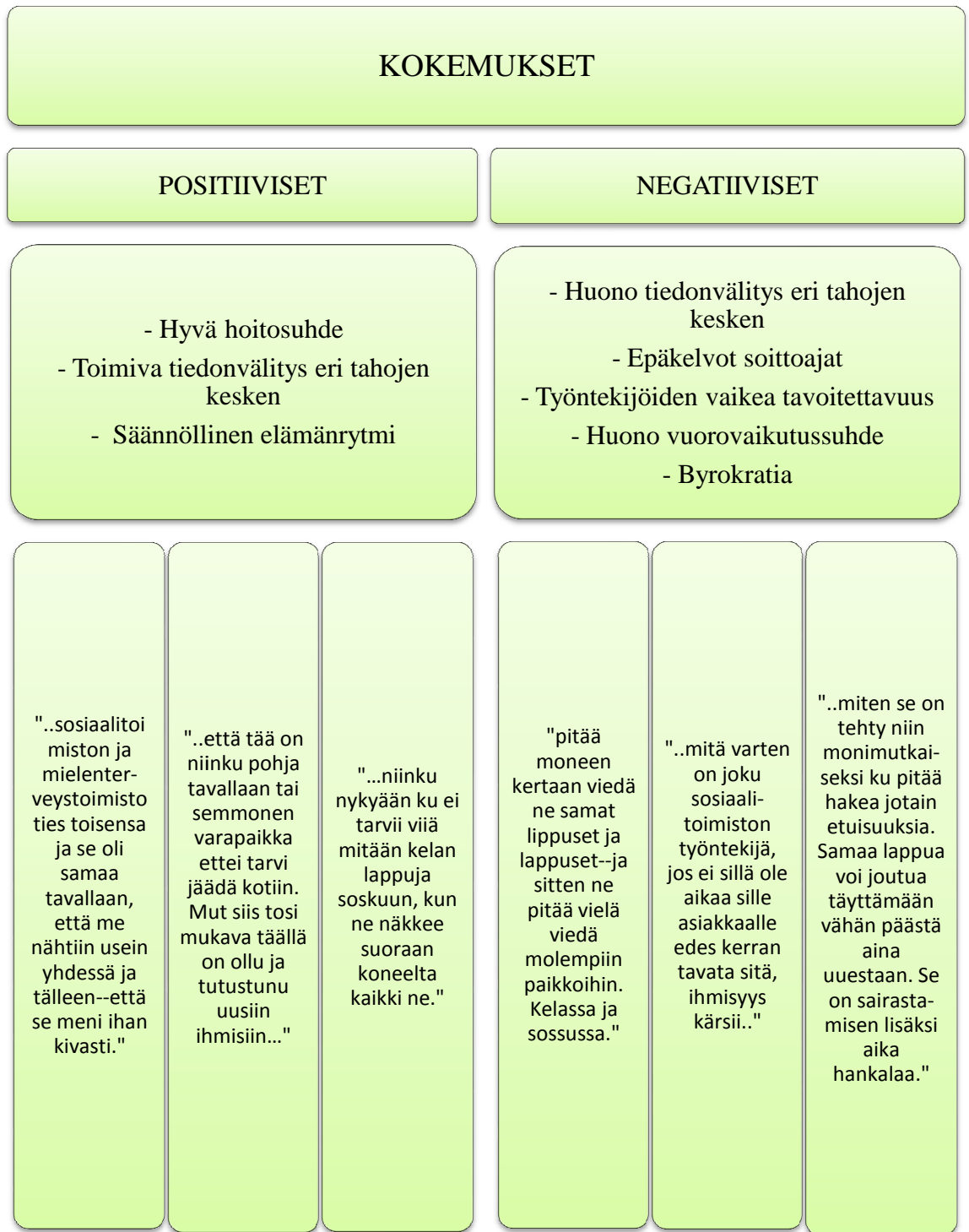
"..mitä varten on joku sosiaalitoimiston työntekijä, jos ei sillä ole aikaa sille asiakkaalle edes kerran tavata sitä---ihmisyyys kärsii.."M40

Haastatelluilla oli myös positiivisia kokemuksia käyttämistään sosiaali- ja terveystalveluista (ks. kuvio 5). Yksi haastatelluista koki, että paikkakunnan vaihtaminen toi helpotusta palveluiden laatuun. Hyvää vuorovaikutusta ja sosiaalisia suhteita arvostettiin myös.

"..meidän persoonat sopi jotenki hyvin yhteen."N40

"..sanotaan huomenta ja lähtiessä huomiseen ja sitte semmonen rento ilmapiiri."M40

Useat haastateltavat olivat kokeneet monia erilaisia raskaita jaksoja elämässään ja haastateltavat olivat olleet sosiaali- ja terveystalvelujen tarjoamien tukitoimien piirissä. Monella oli kokemuksia siitä, että apu ei ollut oikeanlaista siinä elämäntilanteessa tai työntekijöiden ja asiakkaan persoonat eivät kohdanneet. Tästä johtuen haastatellut kokivat, että heitä ei kuunneltu tai heistä tuntui, ettei hoitava taho ollut aidosti kiinnostunut heidän ongelmistaan. Haastatteluissa kävi ilmi kuinka vaikeasti tavoitettavissa työntekijät olivat, soittoaikoina linjat olivat usein varatut eikä puhelimeen vastattu muina aikoina. Haastatteluista nousi esiin ajatus, että palveluiden käyttäjät kokivat vaikeasti tavoitettavissa olevan työntekijän loukkaavan henkilökohtaisesti, mikäli yhteistä aikaa ei ollut tarjota tai se meni liian pitkän ajan päähän.



KUVIO 5. Esimerkkejä haastateltavien kokemuksista sosiaali- ja terveyspalveluista

7.3 Voimavaroja

Haastateltavat pitivät perhettä tärkeänä voimavaranaan. Monella oli takana eroprosessi tai läheisen menetys, mutta välit vanhempiin, sisaruksiin, lapsiin tai ystäviin koettiin tärkeinä.

”Se on varmaan suurin, suurin on se poika..”N26

Monet ovat olleet kauempana asuviin ystäviin, sukulaisiin ja vanhempiin, yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse. Vertaistuen merkitys korostui useissa haastatteluissa, joko päihdeongelmallisille tarkoitetun AA:n tai Klubitalon tuoman vertaistoiminnan kautta. Eräs kuntoutuja kertoi, että hän ei kokenut saavansa apua päihdeongelmaisten kuntoutuslaitoksesta. Hän oli sitä mieltä, että työntekijöillä ei ollut omakohtaista kokemusta päihteiden väärinkäytöstä ja näin ollen he eivät olleet hänen mielestään riittävän hyviä auttamaan ja ymmärtämään häntä. Päihteettömän elämän hän listasi voimavarakseen.

”..niillä ei ollu kenelläkään henkilökohtaista kokemusta mistään..”M40

Voimavaroiksi mainittiin myös lemmikkieläimet sekä internet, jonka avulla pääsee kommunikoidaan ihmisten kanssa myös ulkomaille (kuvio 6). Eräs haastatelluista kertoi löytäneensä kadoksissa olleen siskonsa internetyhteisö Facebookin kautta ja sopineensa tapaamisen tämän kanssa. Kaikilla haastatelluilla ei kuitenkaan ollut sosiaalista kanssakäymistä muuten kuin kolmannen sektorin kuntouttavissa toimipaikoissa.



KUVIO 6. Esimerkkejä haastateltavien voimavaroista

7.4 Toiveita/muutosehdotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista

Haastateltavat ovat käyttäneet useita eri palvelun tarjoajia Jyvässeudulla. Mieli 2009-työryhmä esittää kuntien parempaa palveluiden koordinoitua (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 27–28). Haastattelujen tekohetkellä osa haastateltavista käytti yhtäaikaaisesti esimerkiksi Jyväskylän Päihdepalvelusäätiön sekä Työvalmennussäätiön Tekevän palveluja. Lokakuun 1. päivä 2010 kyseiset organisaatiot ovat yhdistyneet Sovatek-säätiöksi. Toiminta-ajatuksena Sovatek-säätiöllä *on sosiaalipalvelu, osallistaminen sekä ohjauspalvelu, valmennuspalvelu, asiantuntijapalvelu, terveydenhuolto-palvelu sekä tekninen palvelu, erityispalvelu ja kuntoutuspalvelu* (Sovatek-säätiö 2010).

Kuviossa 7 on esitelty mielenterveys- ja päihdekuntoutujien toiveita ja muutosehdotuksia sosiaali- ja terveystalvueluista. Yli puolet haastatelluista kaipasi henkilökohtaista palvelua sosiaalitoimistossa. Erilaisten lomakkeiden täyttäminen koettiin hankalana. Avuntarve oli joko lomakkeiden täyttämiseen tai keskusteluun siitä, millaisia tukia on mahdollista saada. Toivottiin, että voisi varata ajan omalle sosiaalityöntekijälle, joka ei vaihtuisi ja joka neuvoisi tukien hakemisessa. Kun mieli on maassa, ei välttämättä kykene ajattelemaan tulevaisuutta kovin selkeästi. Ei osata edes toivoa mitään muuta kuin, että ”saisi elämänsä kuntoon.”

Muutamissa haastatteluissa toivottiin yhtä paikkaa, jossa asioida. Haastateltavat olivat kyllästyneet ”juoksemaan luukulta luukulle” ja täyttämään erilaisia lomakkeita. Lomakkeiden täyttäminen koettiin vaikeaksi.

”..miten se on tehty niin monimutkaiseksi ku pitää hakea jotain etuisuuksia. Samaa lappua voi joutua täyttämään vähän päästä aina uuestaa--- Se on sairastamisen lisäksi aika hankalaa.”N27

Eräs haastateltavista ilmaisi toiveensa, että kaikki hoito- ja yhteistyötahot olisivat yhdessä. Hän oli myös koonnut tällaisen porukan kasaan Pompussa¹ ja kuvasi tapahtumaa näin:

”..mä halusin että ne tutustuu toisiinsa ja ymmärtää sen mun ongelman ja rupee keskenään vetään niitä juttuja yhteen.”N35

Haastateltavat toivoivat hoitavilta tahoilta hyvää vuorovaikutusta ja kokemusta kuul-luksi tulemisesta ja ymmärtämisestä. Haastatellut kokivat, että hyvä hoitosuhde vie eteenpäin ja auttaa selviytymään vaikeissa elämäntilanteissa.

¹ POMPPU – Ponnahdus työelämään, mielenterveyskuntoutujien työvalmennusta yhteistyössä Kelan kanssa (Sovatek 2011).

TOIVEET

- Henkilökohtainen palvelu
- Sama ihminen, jonka kanssa asioida
 - Yksi paikka, jossa asioida
 - Opas sairaalaan mennessä
 - Palveluja kotiin
 - Keskusteluapua
- Matalat kynnykset palveluihin

"että olisi oma sosiaalityöntekijä, joka ei vaihtuisi koko ajan ja joka neuvoisi mitä pitää tehdä ja mitä tukia hakea"

"..joku selkee opas mitkä on oikeudet ja mitä oikeuksia on ja eivaikka nyt kun tulet sairaalaan sinulla on--"

"..ku potilas on kipee niin miksei vois potilas saaha jotaki palveluja kotiin. "

"sais asioida saman tyyppin kanssa että ei tarviis aina kertoa koko surkuhupaisaa elämäänsä uuelle tyyppille joka kuulee samaa valitusta päivästä toiseen"

KUVIO 7. Esimerkkejä haastateltavien toiveista sosiaali- ja terveystalviin

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Tutkimuksessa on otettu huomioon hyvä tieteellinen käytäntö (good scientific practise). Tekijöiltä se on edellyttänyt muun muassa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Tutkimuksessa on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti sopivia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi tutkimuksessa on käytetty asianmukaista avoimuutta tekemällä tutkimuksesta raportti sekä esittämällä tuloksia suullisesti yleisölle. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2011; Tuomi & Sarajärvi 2003, 139.) Idea tutkimuksesta on tullut työelämästä, joten voidaan ajatella tutkimuksen olevan tarpeellinen (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135).

Tutkimusta varten on saatu kirjallinen lupa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä kolmannen sektorin toimipaikoista, joissa haastattelut tehtiin. Lisäksi jokainen haastateltava on antanut suostumuksensa haastatteluihin ja niiden käyttämiseen tutkimustaroituksessa, heillä on ollut myös mahdollisuus keskeyttää haastattelu halutessaan. Haastateltuja on informoitu etukäteen siitä, mistä tutkimuksessa on kyse ja kuinka se toteutettiin. Haastattelut tallennettiin ääninauhoille ja haastateltaville kerrottiin haastattelun alussa, että he esiintyvät tallenteella anonyymeinä ja heidän henkilöllisyytensä ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Äänitallenteet on litteroinnin jälkeen hävitetty asianmukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimus- ja analysointivaiheessa tutkijoita oli kaksi. Haastattelukysymykset ovat uusittavissa sekä tutkimuksessa käytetään useita eri teoreettisia lähteitä ja haastateltavia, mitkä lisäävät tutkimuksen reliabeliutta eli toistettavuutta sekä validiutta eli luotettavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Hirsjärvi & Hurme 2000, 186–189.) Haastateltavat ovat antaneet luvan uusintahaastatteluun tarvittaessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen työvaiheissa. Raportissa on kerrottu muun muassa missä haastattelut on tehty, kauanko ne kestivät ja miten niitä on analysoitu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 214; Patton 2009, 434; Eskola & Suoranta 1999, 211.)

Tutkimuksen teorian tietoa on arvioitu kriittisesti. Lähteet ovat pääosin 2000-luvulta, vain lähteinä käytetyt lait ovat vanhempia. Esimerkiksi työssä on käytetty Eskolan ja Suorannan (1999) teosta Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tekijöiden mielestä on perusteltua käyttää kyseistä lähdetä, sillä se on laadullisen tutkimuksen perusteos, joten tieto ei ole vanhentunutta. Verkojulkaisut ovat lisääntyneet, joten niitä on käytetty myös tässä työssä. Lisäksi teoriaosuus tutkimuksen suunnitelmaan nähden on kasvanut tuloksista nousseiden asioiden myötä.

Tutkimuksen alussa haastattelujen määrä (n=12) vaikutti opinnäytetyön tekijöiden mielestä vähäiseltä. Kuitenkin tutkimuksen edetessä kasvoi ymmärrys siitä, että laadullisessa tutkimuksessa merkitsee nimenomaan aineiston sisältö eikä määrä. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 135) mukaan haastattelujen runsaus ja pituus tekee analysoinnista vaikeampaa. Tekijöiden koulutustausta ja omat kokemukset ovat vaikuttaneet siihen, mitä asioita on nostettu esiin tutkimusaineistosta.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tutkittavana materiaalina ovat haastateltavien subjektiiviset kokemukset. Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkimuskysymyksiin ei ole olemassa yhtä oikeaa vastausta. Myös haastateltujen ja haastattelijoiden vuorovaikutustaidot voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin.

8.2 Tulosten tarkastelua

Osa haastatelluista palveluiden käyttäjistä oli tyytyväisiä saamiinsa taloudellisiin tukiin, koki palveluiden käyttämisen kuitenkin lähinnä pakolliseksi saadakseen pidettyä esimerkiksi asunnon ja hankittua ruokaa sekä vaatteita. Mikäli raha-asiat olivat liian hankalia tai raskaita hoitaa ja ne olivat tulleet huonosti hoidetuiksi, oli koko elämän laatu heikentynyt sen myötä. Toimeentulon puute oli siten vaikuttamassa elämänlaatuun ja jaksamiseen heikentävästi. Sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden järjestäminen kuntoutujaa voimaannuttavaksi tekijäksi ei ole tutkimuksen mukaan tältä osin onnistunut.

Hyvä vuorovaikutussuhde terapeuttiin koettiin hyvin olennaiseksi asiaksi kuntoutumisen etenemisessä. Haastatteluissa nousi esille, että joillakin asiakkaista oli vaikeaa puhua toista sukupuolta edustavalle terapeutille esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Esiin nousi myös se, että haluttiin sanoa kaiken olevan hyvin vain miellyttääkseen kuulijaa. Haastatellut uskoivat terapeutin pahoittavan mielensä, jos olisi rehellisesti sanonut, ettei elämä suju hyvin. Tyytymättömyys terapeuttiin oli myös hyvin vaikeaa sanoa ääneen. Terapeutit ovat koulutettuja ammattihenkilöitä ja heidän pitää sukupuolestaan riippumatta kyetä olemaan ammatillisia sekä olla pahoittamatta mieltään asiakkaan henkilökohtaisista mielipiteistä. Ammatillisuuteen kuuluu myös se, että vaikka ollaan joistakin asioista eri mieltä, kohdellaan asiakasta silti kunnioittavasti. Tutkijoille herää ajatus siitä, että vaikeita asioita kertoessaan ihminen on niin herkässä tilassa, että tulkitsee kuulijan viestejä helposti väärin, jolloin tämä saattaa herättää närkästystä ja aiheuttaa turhaa mielipahaa.

Tutkijoita yllätti, että iältään verrattain nuorten haastateltavien palveluhistoria oli useiden vuosien mittainen. Toisaalta sen huomaaminen tukee tietoa siitä, että mielen-terveys- ja päihdeongelmat ovat pitkäaikaissairauksia ja niistä toipuminen ei välttämättä tapahdu lyhyessä ajassa. Eräs haastateltavista oli kertonut yrittäneensä itsemurhaa 10 kertaa. Toinen kertoo tilanteen kärjistyneen niin paljon, että oli tappaa tyttärensä. Itsemurhayritysten runsaus ja tekojen vakavuus herätti tutkijoissa huolen, että onko tarjottu apu tarpeeksi tehokasta ja oikeanlaista.

Tutkijoita mietitytti, voiko esimerkiksi masentuneisuus ja kokonaisuudessaan vaikea elämäntilanne olla osasyynä siihen, että palveluihin ei olla tyytyväisiä ja niiden saamiseksi joutuu ponnistelemaan liikaa. Masentunut ihminen kokee usein normaalit askareet ja asioista huolehtimisen raskaiksi, eikä voimia niiden suorittamiseen meinaa löytyä. Jos samat kysymykset olisi esitetty erilaisessa elämänvaiheissa oleville ihmisille, olisivat vastaukset saattaneet olla toisenlaisia.

Haastateltavat toivat esiin erilaisia voimavarojaan, mutta vain hyvin harva mainitsi voimavarakseen mitään sosiaali- ja terveystalouden tarjoajaa tai palvelua. Mainitut palvelut olivat kolmannen sektorin palveluja, kuten AA tai Turvanen. Yleisimpiä mainittuja voimavaroja olivat perhe ja ystävät.

Haastatteluissa nousi esiin yhteneväisyyksien lisäksi eriävyyksiä. Haastateltavat ovat esimerkiksi asuneet eri paikkakunnilla Jyväskylän lisäksi ja heillä on kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista muissa kaupungeissa. On mahdollista, että kokemuserot ovat alueellisia. Esimerkiksi osa koki saaneensa hyvää palvelua, kun taas useimmat kaipasivat muutosta. Ristiriidat palveluissa voivat vaikuttaa myös asiakkaiden toipumiseen mielen ollessa hauras.

Haastateltavien avoimuus heille vaikeista asioista oli positiivinen yllätys tutkijoille. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta esitettyihin kysymyksiin. Kuitenkaan kukaan ei jättänyt vastaamatta mihinkään kysymykseen haastattelun aikana.

Tiedotusvälineissä puhutaan jatkuvasti sosiaali- ja terveyspalveluiden supistamisesta ja määrärahojen pienuudesta. Avohoitoa lisätään ja kunnallisia sairaalapaikkoja vähennetään, se on ollut kehitys Suomessa jo usean vuoden ajan. Haastatteluissa korostuu kuitenkin se, että asiakkaat kaipaavat enemmän kontaktia hoitaviin tahoihin ja enemmän aikaa itselleen. Tarvittaisiin lisää hoitopaikkoja ja enemmän työntekijöitä. Se kuinka työntekijöiden voimavaroista huolehditaan raskaassa työssä, lienee suoraan verrannollinen siihen, miten he työtään pystyvät tekemään. Tutkimuksessa kolmas sektori sai kiitosta, kunnallisen puolen hoitomuodot ja valtion laitokset saivat haastatelluilta sen sijaan moitteita kasvottomuudesta ja huonosta palvelusta.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivat esiin kokemuksissaan yksinäisyyttä sekä tekemisen ja toimeentulon puutetta. Näitä seikkoja on tullut esiin myös aiemmin mainitussa STM:n selvityksessä. Näin ollen tutkimus vahvisti aiempaa tutkimustietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista.

Laadullisen tutkimuksen tekeminen on haastavaa ja siksi on järkevää, että opinnäytetyön tekeminen jätetään opintojen loppuvaiheelle, koska oma ajattelu ja kyky yhdistellä asioita kehittyvät opiskeluvuosien aikana. Oman haasteensa työlle toi, että haastattelut oli tehty ennen päätöstä tehdä tästä aiheesta opinnäytetyö. Haastatteluja varten oli hankittu teoriatietoa tutkimustyötä käsittelevistä teoksista, mutta opinnäytetyön tutkimussuunnitelma tehtiin vasta haastattelujen jälkeen. On vaikea sanoa, olisiko työn

tekeminen ollut helpompaa, jos työjärjestys olisi ollut toinen ja/tai tutkimussuunnitelma olisi tehty ennen haastatteluja.

Haastattelujen analysointi ja raportointi tapahtui pitkän ajan kuluttua haastattelujen tekemisestä. Vuosien kuluttua haastateltavia on vaikeampi saada kiinni, joten mikäli analysointivaiheessa olisi tarvinnut täydentää joitakin tietoja, se ei olisi ollut helppoa. Toisaalta ajankuluminen on ollut hyväksi tutkijoiden ammatillisen kehittymisen kannalta. On voinut ottaa etäisyyttä tutkimukseen palatakseen siihen taas uudestaan. Kouluvuosien aikana on ollut erilaisia opinnäytetyön aihetta sivuavia luentoja ja niistä on kertynyt tietoa, mitä on pyritty hyödyntämään opinnäytetyössä.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Tutkimuksen perusteella sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjät toivovat enemmän henkilökohtaista palvelua ja ihmiskontaktia sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoajien taholta. Hyvää vuorovaikutusta sekä kuulluksi tulemisen kokemusta pidetään tärkeänä. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujat toivovat palveluiden olevan voimavarat huomioon ottavaa, jotta heidän tarvitsemansa palvelut voisi saada esimerkiksi yhdestä paikasta tai palveluja voisi saada kotiin. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kartoitus asiakkaiden kokemuksista palvelurakenteissa tapahtuneiden muutosten jälkeen.

Kehittämishaasteita:

- Sosiaali- ja terveyspalveluiden organisointi
- Lisää työntekijöitä sosiaali- ja terveyspalveluihin
- Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien riittävä koulutus ja ammattitaito sekä ammattitaidon kehittäminen
- Työntekijöillä ajantasaiset tiedot tapahtuvista muutoksista palvelurakenteissa

*”Ei sillä ihmisellä oo mitään edellytyksiä toipua,
jos ei se joskus kuule, että se on tärkeä tai rakas ihminen jolleki.”N35*

LÄHTEET

- Aho, E., Isometsä, M., Mattila, P., Jousilahti P. & Tala T. 2009. Käypähoitosuositus. Masennus. Viitattu 11.11.2010.
[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044).
- Asumista ja kuntoutusta. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmat. Teoksessa Kuntoutus. Toim. P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. Duodecim. Keuruu: Otava.
- Hyvä tieteellinen käytäntö. 2011. Suomen Akatemia.
[Http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanta/](http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanta/).
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 157–159.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille, mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Krippendorff, K. 2004. Content Analysis An Introduction to Its Methodology. USA.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki. 1986. Finlex. Viitattu 28.3.2011.
[Http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041).
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex. Viitattu 23.3.2011.
[Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785).
- L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki. Finlex. Viitattu 30.4.2011.
[Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326).
- Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. Helsinki: WSOY, 21–40.

- Lehto, J. 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Toim. S., Nouko-Juvonen, P., Ruotsalainen & I., Kiikkala. Helsinki: Tammi, 33–48.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mitä mielenterveys on? Teoksessa psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 26–27.
- Leinonen, A. 2008. Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko. Stakesin työpapereita 14/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Luhtasaari, S. Duodecim. 2010. Terveyskirjasto. Mitä masennus on? Viitattu 11.10.2010.
[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00002&p_haku=masennus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00002&p_haku=masennus).
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Viitattu 15.11.2010.
[Http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf](http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf).
- Mielenterveystyö Euroopassa. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Viitattu 15.11.2010.
[Http://pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf](http://pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf).
- Muuri, A. 2008. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. 2002. STM julkaisuja 2002:7. Viitattu 14.4.2011.
[Http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/mieltervkuntoutus/luku6.htm](http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/mieltervkuntoutus/luku6.htm).
- Palveluvaaka.fi. 2011. Viitattu 14.4.2011. [Http://www.palveluvaaka.fi/web/guest/](http://www.palveluvaaka.fi/web/guest/).
- ParasSos. 2010. Sosiaalipalveluiden muutoksen seuranta- ja arviointitutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.3.2011. [Http://www.thl.fi/parassos](http://www.thl.fi/parassos).
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Helsinki: Yliopistopaino.
- Patton, M. 2002. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3rd edition. USA.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.3.2011.
[Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/).
- Seikkula, J. & Arnkill, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi

- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatriassa hoitojärjestelmässä. Katsaus. Viitattu 8.11.2010.
[Http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf](http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001: 7. Viitattu 3.4.2011.
[Http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lspesite.htm](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lspesite.htm).
- Sosiaali- ja terveystalvet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.3.2011.
[Http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet;jsessionid=020767bd0e0f4ea21e6b2d87c093](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet;jsessionid=020767bd0e0f4ea21e6b2d87c093).
- Sotkanet. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilasto ja indikaattoripankki. Viitattu 15.4.2011. [Http://uusi.sotkanet.fi](http://uusi.sotkanet.fi).
- Sovatek. 2011. Pomppu ponnahdus työelämään. Viitattu 28.3.2011.
[Http://www.sovatek.fi/pomppu.shtml](http://www.sovatek.fi/pomppu.shtml).
- Sovatek-säätiö. 2010. Toiminta-ajatus. Viitattu 15.11.2010.
<http://www.sovatek.fi/toiminta-ajatus.shtml>.
- Suojasalmi, J. 2008. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa – esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suomalaisten terveys. 2005. Terveyskirjasto.
[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00002&p_haku=suomalaisten terveys 2005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00002&p_haku=suomalaisten%20terveys%202005).
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa - henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Tampereen A-klinikkatoimi. 2011. Viitattu 19.4.2011. [Http://www.a-klinikka.fi/tampere/](http://www.a-klinikka.fi/tampere/).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. THL:n uusin verkkopalvelu auttaa vertailemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viitattu 3.4.2011.
[Http://www.thl.fi/doc/fi/24679](http://www.thl.fi/doc/fi/24679).
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

ParasSos-hanke syksy 2008

Haastattelurunko kolmannen sektorin asiakkaille

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Anna-Maria Vainionpää, Johanna Hirvonen

Haastattelu on määrä tehdä alla olevaan teemarunkoon tukeutuen, mutta itse haastattelutilanteessa haastateltavan viesteille jätetään tilaa myös poiketa teemoista sikäli, kun esiin tulee hankkeen kannalta merkittävää tietoa.

Teemahaastatteluissa on määrä keskittyä seuraavien teemojen ympärille.

Haastattelutilanteesta on määrä luoda vapaaluontoinen, haastateltavan tarinaan keskittyvä tilanne (narratiivisuus).

1. Haastatteluun virittävät kysymykset

- esittäytyminen ja haastattelun esittely (kuka olen, mistä tulen ja miksi haastattelen henkilöä)
 - ParasSos-tutkimukseen sekä Väliytömarkkinat-hankkeeseen liittyvä seuranta
 - keskeisinä näkökulmina mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä työllistymisen kysymykset
- haastatteluteemojen lyhyt läpikäyminen (palvelujen käyttö ja kokemukset sekä oma palveluhistoria ja palvelupolku, palvelujen käytössä tapahtuneet muutokset, omat voimavarat ja suuntautuminen tulevaisuuteen)
- haastateltavan nykyinen elämän- ja asuintilanne (työttömyys-tausta, asuminen)
- Ikä, mikäli haastateltava haluaa sen sanoa

2. Palvelukartta ja -kokemukset

- "Palveluhistoria" (haastateltavaa pyydetään kertomaan lyhyesti ja vapaamuotoisesti, mitä palveluja käyttänyt ennen nykytilannetta)
 - missä vaiheessa tullut mielenterveys- ja/tai päihdepalvelujen asiakkaaksi? Mitä sitten tapahtui? Mikä oli polun seuraava vaihe jne.?
- Palvelukartan piirtäminen haastateltavan kanssa haastateltavan oman kertoman pohjalta
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut tällä hetkellä (=palvelukartan palveluiden pohjalta)
 - Mistä saatte kyseisen palvelun?

- Miten kaukana palvelu sijaitsee ja kuinka koette etäisyyden?
- Työntekijöiden tavoitettavuus ja vaihtuvuus (kokemuksia vaihtuvuudesta)
- Työntekijöiden tuttuus ja yhteydenpito
- Kokemukset palvelun/avun ja tuen riittävydestä
- Tiedon saanti palveluista (tiedon riittävyys, selkeys ja ymmärrettävyys, dokumenttien ymmärrettävyys, onko omaa asiakkuutta koskeva tieto kulkenut sujuvasti palvelujen välillä)
- Mahdollisuudet vaikuttaa palvelun sisältöön (esim. käyntien kesko ja määrä, käyntien ajankohta, omien toivomusten esittäminen)
- Mihin asioihin haluaisitte palvelussa vaikuttaa nykyistä enemmän?
- Mitä muuttaisitte nykyisessä palvelussa?
- Yhteistyö eri palvelun tarjoajien kesken (mikä toimii, mikä ei, tiedon kulku)
- Onko eri palvelun tarjoajilla yhteinen kokonais käsitys ja näkemys henkilön elämäntilanteesta, tarjottavasta tuesta ja tulevaisuudesta?

3. Tulevaisuus, voimavarat ja jaksaminen

- Mitä tarvitsemaanne apua/tukea saatte nyt/ette saa?
- Mistä saatte voimia jaksaa tänään?
- Mitä tavoitteita/unelmia teillä on tulevaisuuden varalle? (mikä motivoi haastateltavaa ponnistelemaan eteenpäin ja miten palvelujen avulla sitä voitaisiin tukea?)
- Unelmia tulevasta ammatista tai elämäntehtävästä
- Mitä tarvitset niiden saavuttamiseen?
- Onko elämässänne merkittäviä ihmisiä/paikkoja, jotka auttavat jaksamaan? Mitä ja miksi? (millaiset auttajat ja organisaatiot tai tilaisuudet ovat voimaannuttaneet eniten ja miksi)

Lopuksi: Haluatteko sanoa vielä loppuun jotain?

Liite 2. Esimerkki aineiston teemoittelusta

Alkuperäiset ilmaukset:

"että olisi oma sosiaali-työntekijä, joka ei vaihtuisi koko ajan ja joka neuvoisi mitä pitää tehdä ja mitä tukia hakea"

"..keskusteluapu, että olisi sellanen luottohenkilö jonka kanssa pystys keskustelemaan...."

"yksinkertaisesti sinne vois varata ajan ja käydä puhumassa että minkälaisiin mulla on siellä oikeuksia, mihin tukiin mulla on oikeuksia ja sitte hakee niitä.."

"sais asioida saman tyyppin kanssa että ei tarviis aina kertoa koko surkuhupaisaa elämäänsä uuelle tyyppille joka kuulee samaa valitusta päivästä toiseen"

"Kynnykset pitäisi poistaa.."

"Sais vaikka Kelasta kaiken palvelun."

Henkilökohtainen palvelu

Sama ihminen, jonka kanssa asioida

Yksi paikka, jossa asioida

Matalat kynnykset palveluihin

Toiveet sosiaali- ja terveyspalveluista

