

”JOS EN OLISI TÄNNE PÄÄSSYT, EN TIEDÄ MISSÄ NYT
OLISIN”

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden kokemuksia saamastaan
palvelusta

Niina Bashan ja Lasse Inkeroinen
Opinnäytetyö 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK) + diakoninen
hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Bashan, Niina & Inkeroinen, Lasse. ”Jos en olisi tänne päässyt, en tiedä missä nyt olisin” Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2017. 76s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK) + diakoninen hoitotyö / sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihde- ja mielenterveysjärjestöjen palveluja käyttäneiden tai toimintoihin osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta, sen esteistä ja odotuksista. Yhteistyötahona oli A-klinikkasäätiö. Opinnäytetyön pohjana oli Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA), jonka hyvinvointikyselyn kolmen avokysymyksen vastauksia analysoitiin. Hyvinvointikysely on valtakunnallinen kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön palvelujen käyttäjille ja toimintoihin osallistuville suunnattu kysely.

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä pyrittiin selvittämään, miten palvelu on vaikuttanut asiakkaan hyvinvointiin ja millainen kokemus asiakkaalla oli palvelusta. Toinen tutkimuskysymys kohdistui siihen, minkälaisia palveluja ihmiset kokevat tarvitsevänsä mihin palvelujärjestelmä ei vastaa. Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli minkälaisia odotuksia ja kehittämistarpeita asiakkailla on järjestöjen toiminnalle.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja tulosten saamiseksi käytettiin metodina sisällönanalyysiä. Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä olivat päihderiippuvuus, mielenterveystyö, mielenterveyspalvelut ja päihdehuolto.

Keskeiset tutkimustulokset: Mielenterveys- ja päihdepalvelut tukivat asiakkaiden hyvinvointia monin tavoin, kuten lisäämällä arjenhallintaa, tarjoamalla toimintaa ja antamalla tukea ja osallisuuden tunnetta. Kehittämistarpeita olivat hoidon laatu ja saatavuus sekä palveluista tiedottaminen. Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintaan oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Kehitysehdotuksina olivat toiminnan lisääminen sekä toiminnan sisällölliset muutokset. Mielenterveyspalveluiden, kuten matalan kynnyksen ja ennalta ehkäisevien palveluiden sekä sosiaalipalveluiden puute nousi esille vastauksista. Asiakkaat kokivat päihteiden käyttönsä olevan esteenä mielenterveyspalveluiden saamiselle. Matalan kynnyksen palveluita toivottiin lisää. Mielenterveys- ja päihdepalvelut antavat tukea päihteettömyyteen ja mielenterveysongelmien kanssa kamppailuun. Ihmisten kohtaaminen, yhdessä toimiminen ja ilmapiiri koettiin palveluiden tärkeimmäksi anniksi.

Asiasanat: mielenterveyspalvelut, päihdehuolto, kokemukset, matalan kynnyksen palvelut, kolmas sektori

ABSTRACT

Bashan, Niina & Inkeroinen, Lasse. "If I hadn't gotten here, I don't know where I would be now"- Mental health and substance abuse services' clients' experiences of the service they have got. 76 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2017.

Diakonia University of Applied Sciences. Degree Programme in Health Services, Option of Diaconal Nursing. Degree Programme in Health Services.

The purpose of the thesis was to investigate mental health and substance abuse services' clients' experiences, barriers and expectations of the service they have got. The co-operational partner in this thesis was A-Clinic Foundation. The base of the thesis was research program in the field of substance use and mental health disorders by ten Finnish NGO's (MIPA) of which's wellbeing inquiry's answers of three write-in questions were analysed. The wellbeing inquiry was a national inquiry aimed for the clients of tens of different mental health and substance abuse services and organizations.

The first research question was how the service has affected on client's wellbeing and what kind of experience of the service client has. The second research question was what kind of services clients feel they need which the service system doesn't provide. The third research question was what kind of expectations and improvement suggestions clients have for the organization's program.

The thesis is a qualitative research and the method used to get the research results was content analysis. The frame of reference of the thesis was substance addiction, mental health services and substance abuse care.

The main research results: Mental health and substance abuse services support it's clients' wellbeing in many ways, for example by increasing the clients' control of their everyday life, offering activities and giving support and the feeling of being part of the community. The improvement suggestions were about the quality and the availability of the care, advisory of the service and the program of substance abuse and mental health services. The lack of the mental health services such as low-threshold and preventive services and the social services stand out from the answers. According to clients' experiences, their substance use hinder them from getting mental health services. Low-threshold services were wished to get more. Mental health and substance abuse services give support to sobriety and help struggling with mental health problems. Meeting with people, doing things together and atmosphere were considered the most important contents of the service.

Key words: mental health services, substance use services, experiences, low-threshold services, third sector

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYS JA HYVINVOINTI	7
2.1 Terveysten edistäminen	7
2.2 Elämäntalouden hallinta	8
3 MIELENTERVEYS	10
3.1 Mielenterveystyö	11
3.2 Mielenterveyden edistäminen	12
3.3 Mielenterveyspalvelut	13
3.4 Matalan kynnyksen palvelut	14
3.5 Vertaistuki	16
4 PÄIHDERIIPPUUUS	18
4.1 Päihteidenkäyttö	19
4.2 Päihdehuolto	21
4.3 A-klinikkasäätiö	22
4.4 Päihteet ja kansanterveys	23
4.5 Opioidikorvaushoito	24
4.6 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys	25
5 DIAKONIA	26
5.1 Diakoninen hoitotyö	27
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
6.1 Laadullinen tutkimus	29
6.2 Tutkimuskysymykset	30
6.3 Aineiston analyysi	31
6.4 Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
7 TULOKSET	37
7.1 Palvelun vaikutus hyvinvointiin	37
7.1.1 Arjenhallinta	38
7.1.2 Toiminta	40

7.1.3 Tuki ja ilmapiiri	42
7.2 Palveluiden tarve	46
7.2.1 Hoidollisten palveluiden tarve	46
7.2.2 Sosiaalipalveluiden tarve	48
7.3 Odotukset ja kehittämistarpeet	48
7.3.1 Hoidon laatu.....	49
7.3.2 Hoidon saatavuus	51
7.3.3 Palveluista tiedottaminen ja saavutettavuus	52
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	54
9 POHDINTA	56
9.1 Työn luotettavuus ja eettisyys	57
9.2 Ammatillinen kehittyminen.....	58
LÄHTEET.....	60
LIITE 1: Hyvinvointikysely	

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat lasketaan Suomessa krooniseksi kansantaudiksi. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2015 yhteensä 169 631 potilasta. Vuonna 2016 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 10,8 litraa sata prosentista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Alkoholin käytön aiheuttamat haitat maksoivat julkiselle sektorille arviolta 0,9–1,1 miljardia euroa vuonna 2010. Huumausaineiden ongelmakäyttäjiä oli arviolta 18 000–30 000 vuonna 2012. Huumeiden käytön aiheuttamat haitat maksoivat julkiselle sektorille 229–284 miljoonaa euroa vuonna 2010. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015, 2017b, 2017a, 2010, 2015c.)

"Miksi kaikki on tehty niin pirun vaikeaksi? Hoitoon tai mihin tahansa on vaikea päästä ja pitkät jonot esimerkiksi terveyskeskuksen päihdepalveluihin, kun olisi akuutti tarve tai tilanne." Näin kirjoittaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakas, kun häneltä kysytään kokemuksia saamastaan palvelusta hyvinvointikyselyssä. Hän ei ole kokemustensa kanssa yksin. MIPA-tutkimusohjelman hyvinvointikyselyyn vastanneista monet kokevat saamaansa palvelun tärkeäksi, mutta riittämättömäksi. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuus asiakkaiden näkökulmasta on ajankohtainen ja tärkeä aihe.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mielenterveys- ja päihdejärjestöjen asiakkaiden palvelukokemuksia. Opinnäytetyön perustana on A-klinikkasäätiön koordinoima Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA) 2015–2018. Opinnäytetyön aineistona on valmis materiaali MIPA hyvinvointikyselystä. Opinnäytetyössä käsitellään MIPA-tutkimusohjelman hyvinvointikyselyn kolmen avokysymyksen vastauksia. Tavoitteena on selvittää, miten mielenterveys- ja päihdejärjestöjen palvelut ovat vaikuttaneet asiakkaiden hyvinvointiin, minkälaisia palveluja ihmiset kokevat tarvitsevansa mihin palvelujärjestelmä ei vastaa ja minkälaisia odotuksia ja kehittämistarpeita järjestöjen toiminnalle on. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös diakonian ja diakonisen hoitotyön käsitteitä toisen opinnäytetyöntekijän diakonisen hoitotyön suuntautumisen vuoksi. Opinnäytetyön tulokset ovat A-klinikkasäätiön hyödynnettävissä.

2 TERVEYS JA HYVINVOINTI

Terveyttä pidetään usein yhtenä ihmisen elämän tärkeimmistä arvoista. Terveys määritetään myös ihmisen kokemana hyvinvoinnin osatekijänä. Terve ihminen kykenee toteuttamaan elämänsä päämääriä. (Pietilä 2012, 10.)

Filosofisesta näkökulmasta katsottuna hyvinvointi on muutakin kuin terveyttä: psyykkisesti ja fyysisesti terve ei välttämättä voi hyvin. Ihmisen hyvinvointia voidaan lisätä ja parantaa, vaikkei hänen terveydentilaansa voitaisikaan edistää. Suomalaisten hyvinvoinnin mittaamiseen käytetään muun muassa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) hyvinvointi-indikaattoreita, joilla mitataan esimerkiksi yksilöiden alkoholin tai tupakan kulutusta. (Uusitalo 2011, 264, 282)

Terveysteen liitetään usein elämänlaatu. Elämänlaatu on moniulotteinen käsite ja siihen kuuluu terveys, onnellisuus, vapaus, tyytyväisyys ja aineellinen hyvinvointi. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on osa laajempaa elämänlaatua. Suppeampia käsitteitä ovat terveydentila, elämäntyytyväisyys ja fyysinen toimintakyky. Terveysteen liittyvä elämänlaatu pitää sisällään terveyden, sairauden ja hoidon sekä niiden vaikuttavuuden yksilön toimintakykyyn ja fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. (Saharinen, Kylmä & Nikkonen 2009, 81–82.)

Terveysteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen, kokemuksellinen käsite sillä ihminen itse arvioi omaa terveyttään, hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Suomen terveystalitiikan tavoitteena on pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestön terveyseroja ja ennenaikaista kuolleisuutta. Terveystalvelujen käyttöä lisää potilaan kokema huono terveyteen liittyvä elämänlaatu. (Saharinen, Kylmä & Nikkonen 2009, 81–82.)

2.1 Terveysteen edistäminen

Terveysteen edistäminen käsittää hyvin laajan toimintakentän. Terveysteen edistäminen on terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen

ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveyspalvelujen uudistamista. Keskeistä on pyrkimys parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristön hyvinvoinnista huolehtimiseen. Terveysalan ammattilaisten on tärkeä jäsentää ja tunnistaa terveyden edistäminen ja sen merkitys omaan työhön. Terveyden edistäminen kuuluu eri elämänvaiheisiin: lapset ja lapsiperheet, nuoret ja työikäiset sekä ikääntyneet. (Pietilä 2012, 10–12.)

Terveyspalvelujen keskeisenä tehtävänä on sairauksien hoidon lisäksi terveyden edistäminen. (Kauhanen 2013, 154). Terveyden edistämisen lähtökohtana on ihmisen aktiivinen toimiminen omassa elämässään. Terveyttä edistetään niin yksilötasolla kuin yhteisöllisesti. Mielenterveyttä on mahdollista edistää kaikissa elämänvaiheissa. Terveyspalvelujen järjestäminen ja saatavuus sekä terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka tukevat terveyttä. Terveyden edistämisen kulmakivenä on myös terveyttä tukeva ympäristö ja sen aikaansaaminen. (Pietilä 2012, 15–16.)

Terveyden edistäminen tapahtuu kolmimallin kautta lähtien primaaripreventiosta, jossa tartutaan terveyshaittoihin ennen kuin varsinaisia haittoja tai riskejä on ilmaantunut. Sekundaaripreventiossa vaikutetaan jo todettuihin riskeihin ja tertiaaripreventiossa keskitytään jo olemassa oleviin sairauksiin, oireiden lievittämiseen ja sairauden etenemisen pysäyttämiseen. Suomessa, niin kuin muualla maailmassa, terveydenhuolto on keskittynyt pääasiassa sekundaari- ja tertiaaripreventioon. (Kauhanen 2013, 154–155.)

2.2 Elämänhallinta

Elämänhallinta on ihmisen pyrkimys vaikuttaa ulkoisiin ja sisäisiin olosuhteisiin, muuttaa olosuhteita suotuisammaksi tai konkreettisesti toisiksi. Ihminen arvioi liian rasittavat ja voimavaransa ylittävät tekijät muuttamalla tavoitteitaan tai tapaansa tulkita asioita. Ihminen voi omilla päätöksillään ja ratkaisuillaan vaikuttaa asioihin ja elämän tapahtumiin. Asettamalla päämääriä, ihminen miettii miten niihin pääsee. Korkea elämänhallinta on ihmisen sisäistä kontrollia. Matala

elämänhallinta on ihmisen uskomus siitä että asiat tapahtuvat sattumalta, eivätkä ole seurausta omasta toiminnasta. Elämänhallinta on lähes sama asia kuin stressin hallinta. (Keltikangas-Järvinen 2008, 256–257.)

Sieppi on kuvannut pro gradu tutkielmassaan sisäiseen elämänhallintaan kuuluvan itsehallinnan, autonomian ja tarpeiden tyydyttämisen. Ulkoiseen elämänhallintaan kuuluvat marginaalissa eläminen, sosiaaliset suhteet ja vuorokausirytmii. Pro gradu- tutkielmassa haastatellut nuoret päihteidenkäyttäjät kuvaavat elämänhallintaansa heikoksi päihteidenkäytön takia. Päihteiden käytön muodostuessa riippuvuudeksi elämästä katoaa säännöllisyys ja rytmi, sillä päivät täyttyvät päihteiden hankkimisesta. Kuluva päivää tai huomista ei pysty suunnittelemaan. Korvaushoito auttaa päihdekuntoutujaa kiinni päivärytmiin sekä mahdollistaa muiden asioiden suorittamisen, kun kuntoutujan ei tarvitse koko ajan miettiä, mistä päihdettä seuraavaksi saisi. Korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvaisen lääkkeellistä hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. (Sieppi, 2017.)

3 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on yksilön, ryhmän tai yhteisön kokemus, jonka mukaan elämä on ymmärrettävää, hallittavaa ja mielekästä. Yksilöllisestä kokemuksesta syntyy "kyky tehdä työtä ja rakastaa". Mielenterveyteen vaikuttaa ihmissuhteet ja niissä onnistuminen. (Koivu & Haatainen 2012, 76.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä olemaan yhteisönsä jäsen. Mielenterveys määritellään voimavaraksi, jota jokaisella on enemmän tai vähemmän, tämän koskiessa myös mielenterveysongelmaisia. Mielenterveysongelmaisella voi olla voimavaroja selviytyä työstään, mutta hän ei välttämättä jaksaa huolehtia kodistaan tai ystävyssuhteistaan. Tätä kutsutaan positiiviseksi mielenterveydeksi. (Vuorilehto ym. 2014, 13.)

Positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan yksilön fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia persoonallisuuden voimavaroja, jotka edesauttavat psyykkistä jaksamista. Näitä voimavaratekijöitä ovat esimerkiksi itseluottamus ja tyytyväisyys elämään. Myös koherenssi eli elämänhallinnan tunne on vahva voimavara ja se on yhteydessä koettuun hyvinvointiin. Koherenssi koostuu elämän kokemisesta ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. (Koivu & Haatainen 2012, 80–81.)

Ihminen voi määritellä mielenterveytensä hyväksi samalla kun hän kokee vointinsa hyväksi. Jollakin muulla voi olla eriävä mielipide tai ristiriitainen arvio hänen mielenterveyden suhteen. Yksilöllinen ja ulkopuolinen näkemys ja kokemus saattavat erota kovasti, mutta molemmat näkökulmat ja kokemukset ovat tosia. Mielenterveyden käsite on kulttuurisidonnainen. Yhteiskunnalliset olot vaikuttavat mielenterveyteen ja ongelmiin suhtautumiseen. Jokaisen ikävaiheen kehitystehtävien syntymiselle on tärkeää että ihmisellä on mielenterveyden voimavaroja. (Vuorilehto ym. 2014, 13–14.)

3.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö koostuu mielenterveyden edistämisestä, mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Yksilölliset kokemukset, vuorovaikutus, kulttuuri ja yhteiskunnalliset rakenteet vaikuttavat mielenterveyteen. Mielenterveyttä voidaan edistää kaikissa elämän vaiheissa. (Pietilä 2012, 12.)

Mielenterveyttä voidaan tukea monin eri tavoin. Mielenterveyttä tuetaan kansallisella tasolla lainsäädännöllä ja poliittisilla päätöksillä. Kuntatasolla mielenterveyttä tuetaan asuinaluesuunnittelussa sekä kouluissa ja työpaikoilla erilaisilla tukitoiminnoilla. Yksi tärkeimmistä mielenterveyden tukimuodoista on se miten kohtaamme ihmiset. Asennoituminen toiseen ihmiseen, se miten olemme suhteessa toiseen ihmiseen ja toisiimme vaikuttaa osaltaan mielenterveyteen. (Kilkku 2009, 103.)

Psykkiseen sairastumiseen vaikuttavat monet tekijät. Sairastumisen syynä voi olla sukurasitus, raskauden ajan olosuhteet ja kehitys, lapsuuden ja nuoruuden elinympäristö, kasvu ja kehitys (hyväksikäyttö ja muut traumaattiset tapahtumat), elintavat (tupakointi, ravinto, alkoholi), psykososiaaliset ja sosioekonomiset tekijät (vähävaraisuus, koulutus, sosiaalinen tuki ja kontrolli) sekä fyysinen ympäristö. (Koivu & Haatainen 2012, 77.)

Mielenterveystyötä ohjaa terveyden- ja sosiaalihuollon lait. Perustuslaki liittyy kaikkeen mielenterveystyöhön ja ihmisillä on sen nojalla oikeus hyvinvointiin ja huolenpitoon. Perustuslain (731/1999) mukaan Suomessa julkisen vallan velvoitteena on edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. (Vuorilehto ym. 2014, 253–254.)

Terveyspalvelujen lainsäädäntö ohjaa myös mielenterveystyötä. Tärkeitä lakipykäläiä ovat terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994).

Mielenterveyslaki (1116/1990) säättää mielenterveystyötä ja mielenterveyspalveluja ja niiden periaatteita. Huomioitava kohta mielenterveyslaissa on tahdosta riippumatonta psykiatrasta hoitoa koskevat kohdat. (Vuorilehto ym. 2014, 253–254.)

3.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistäminen on kaikkea toiminta mihin sisältyy ihmisten elinympäristön ja olosuhteiden parantaminen. Ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja syrjinnän vähentäminen ovat osa mielenterveyden edistämistä. Sairaala olosuhteissa sekä lapsi- että aikuispotilaan tukeminen edistää mielenterveyttä. Arjessa mielenterveyden edistäminen näkyy esimerkiksi koulukiusaamisen ehkäisemisenä, kasvattajien tukemisena, ikääntyvien yksinäisyyden lievittämisenä ja työolosuhteiden parantamisena. (Vuorilehto ym. 2014, 15.)

Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön raja on häilyvä, mutta nykyään ne voidaan erottaa toisistaan. Ehkäisevä mielenterveystyö (preventio) pyrkii ehkäisemään spesifisti psykiatrisia häiriöitä vähentämällä niiden riskitekijöitä. Preventiolla voidaan ehkäistä esimerkiksi skitsofreniaa ja depressiota. Mielenterveyden edistäminen (promootio) puolestaan vahvistaa positiivista mielenterveyttä. Promootiolla pyritään vahvistamaan positiivisen mielenterveyden suojaavia tekijöitä. (Koivu & Haatainen 2012, 79.)

Ihmissuhteiden laatuun vaikuttavat yksilöiden biologiset ja psykologiset ominaisuudet. Ulkoiset olosuhteet kuten yhteiskunnallis-taloudelliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuurin arvot, normit ja käytännöt vaikuttavat myös osaltaan. Mielenterveyden edistämisessä pyritään vaikuttamaan kaikkeen tähän. Mielenterveyden häiriöiden ja yleisen henkisen hyvinvoinnin erottaminen on välillä ongelmallista. (Koivu & Haatainen 2012, 76.)

Mielenterveyden edistämistä tarkastellaan myös hoidon näkökulmasta. Hoidossa pyritään aina kohti terveyttä ja mielenterveysongelmaisen lisäksi hoidon avulla pyritään edistämään myös läheisten mielenterveyttä. Vuorovaikutus on

keskeinen työväline mielenterveyden edistämisessä. Mielenterveyttä edistetään vuorovaikutuksella ja kohtaamisella. Hoitajan roolissa vuorovaikutussuhteessa on tärkeä olla kuunteleva ja avoin. (Kilkku 2009, 103.)

3.3 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluita annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteydessä. Mielenterveyspalvelut ovat pieni osa mielenterveystyötä ja niiden hajanaisuus on merkittävä ongelma käyttäjän kannalta. Mielenterveyspalveluihin kuuluu mielenterveyshäiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus terveyskeskuksissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Psykososiaalinen tuki elämän kriisitilanteissa kuuluu myös mielenterveyspalveluihin. (Vuorilehto ym. 2014, 225–226.)

Mielenterveyspalveluita saa julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Mielenterveystyöhön osallistuvat monet yhdistykset, järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoiset. Kolmanneksi sektoriksi kutsutaan julkisen palvelujärjestelmän rinnalla toimivia palveluita. Palveluiden käyttäjän kannalta on oleellista, että palvelut ovat saatavilla ja ne ovat yhteydessä toisiinsa. Yhteistyön kannalta tärkeää on, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskentelevä tietää oman paikkakunnan järjestötoimijoita. (Vuorilehto ym. 2014, 225–226.)

Järjestötaustaisia palveluita ja toimintayksiköitä on eniten asumispalveluissa, lasten päivähoidossa ja päivätoiminnassa. Lisäksi järjestötoimintaa on ensi- ja turvakodeissa, päivä- ja palvelukeskuksissa sekä työ- ja toimintakeskuspalveluissa. Raha-automaattiyhdistys ja kunnat rahoittavat paljon järjestö- ja yhdistystoimintaa. Kolmannen sektorin toiminnasta jotkin palvelut ovat liiketoimintaa. (Vuorilehto ym. 2014, 239–240.)

Järjestölähtöisyyttä ja järjestölähtöistä auttamistyötä ovat tutkineet Mielenterveysseuran kautta Satu Kaleva ja Jukka Valkonen. Heidän puheenvuorossaan käy ilmi, että yhteiskunnalliset ja rakenteelliset muutokset

vaikuttavat järjestöjen rooliin palvelujärjestelmässä. Järjestölähtöisessä auttamistyössä on epäselvää, mikä kuuluu julkisen palvelun piiriin. Uusi kolmassektori eroaa perinteisestä kolmannesta sektorista muun muassa työllistämisenäkökulmassa, voiton tavoittelussa ja olemalla enemmän osana julkista sektoria. (Kaleva & Valkonen 2014.)

Monet järjestöt toimivat samaan aikaan sekä markkinaehtoisesti että vapaaehtoistyönä. Näiden väliin jäävä RAY-avustuksella toteutuva auttamistyö kohdentuu tarpeisiin, jotka ovat lakisääteisten palveluiden ulkopuolella ja jotka eivät ole markkinalähtöisesti kannattavia. Järjestölähtöisyyden käsite on saatava selväksi epäselvyyden välttämiseksi. Järjestölähtöinen auttamistyö toimii lähellä ihmisten arkea ja tukee katveeseen jääneitä avuntarpeita esimerkiksi vapaaehtoisten vertaistukitoiminnalla. (Kaleva & Valkonen 2014.)

Keskusliitot ovat koonneet yhteen alueellisia yhdistyksiä kuten Suomen mielenterveysseura, Mielenterveyden keskusliitto ja Omaiset mielenterveystyön tukena. Keskusliitot ovat mukana valtakunnallisessa edunvalvonnassa ja kehittämistyössä. Lisäksi yhdistykset tukevat alueellisia järjestöjä ja toimivat kansainvälisissä verkostoissa. Paikallisyhdistykset ovat pienempiä ja tarjoavat alueellista toimintaa jäsenilleen. AA-liike toimii kansainvälisen ideologian mukaisesti. (Vuorilehto ym. 2014, 239–240.)

3.4 Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palvelut ovat palveluita, joiden toimintaan on helpompi mennä normaaleihin palveluihin verrattuna. Matalan kynnyksen palveluilla on pyrkimys tavoittaa palvelujärjestelmän ulkopuolelle jääneet asiakkaat ja lisätä huono-osaisten sosiaalista osallisuutta. Toiminta perustuu anonyymiyteen. Matalan kynnyksen palvelut pyrkivät saamaan huono-osaisimmat palveluidensa piiriin ja sitä kautta siirtymään varsinaisiin julkisiin palveluihin. (Kaskela ym. 2014.) Matalan kynnyksen palveluja määrittää toiminnan sisältö ja asiakaskunta. Palveluihin hakeutuvilla kynnyksenä voi olla hoitoon pääsemisen menettelyt, hoidon tavoitteet, päihitteettömyys, valvonta tai pelko leimautumisesta. Palveluihin tarvit-

see yhä hakeutua ja kaikilla ei ole tähän voimavaroja, mahdollisuuksia tai tietoa. Palvelujen ulkopuolelle jäämiseen voi vaikuttaa fyysiset ja psyykkiset esteet, häpeän tunteet, pienet akuutit palvelutarpeet, yhtäaikaiset ongelmat tai vaikea tavoitettavuus. Päihde- ja mielenterveysongelmiin matalan kynnyksen palveluna toimii varhainen puuttuminen. (Kaskela ym. 2014.)

Mielenterveyspalveluiden matalan kynnyksen palveluiden kehityksenä on Suomen Mielenterveysseuran Kriisikeskusprojekti. 1980-luvun lopulla aloitettiin Kriisikeskusprojekti, tavoitteena perustaa viiveetöntä, joustavaa, virka-ajan ulkopuolella tapahtuvaa maksutonta avopalvelua. Toiminta on laajentunut kriisikeskuksiksi eri puolille Suomea, minkä toimintoihin kuuluu myös kriisipuhelin. (Leemann & Hämäläinen, 2015.)

Päihde- ja mielenterveysongelmaisten järjestö- ja harrastustoimintaan osallistumista on tutkittu muun muassa Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (AHT) osana. Aineisto kerättiin vuodelta 2012 sekä keväältä ja kesältä 2013. Siinä verrattiin liikunta-, järjestö- ja vapaamuotoiseen harrastustoimintaan osallistumista kahden ryhmän välillä. Vertauskohteina olivat 20–63-vuotiaat päihde- tai mielenterveyshoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana olleet tai hoidon tarpeessa olevat ja toisena ryhmänä muut saman ikäiset vastaajat. Tutkimuksen ydinviestejä olivat muun muassa päihdehoidossa olevien harvempi osallistuminen harrastustoimintaan, ja osallistumisen esteiksi nousivat terveysongelmat ja tiedonpuute. Järjestöjen toimintaan osallistumisesta etsittiin apua ja vertaistukea. (Kaskela ym. 2014.)

Järjestöillä on keskeinen rooli matalan kynnyksen palvelujen järjestämisessä ja tarjoamisessa. Raha-automaattiyhdistys (RAY) on näiden tahojen suurin rahoittaja. Päihde- ja mielenterveyspalveluista suuri osa on kolmannella sektorilla. Matalan kynnyksen palveluita on lukuisia kuten ehkäisevät mielenterveyspalvelut, työttömien palvelut ja nuorille suunnatut palvelut. Matalan kynnyksen palveluiden määrä on kasvanut ja ne tarjoavat monenlaista toimintaa kohderyhmille. Matalan kynnyksen palveluiden haasteita ovat resurssit, palveluihin pääsyn kynnyksen pitäminen matalana sekä sijainti ja tilat. (Leemann & Hämäläinen, 2015.)

Päihteidenkäyttäjille suunnattua matalan kynnyksen toimintaa ovat esimerkiksi terveysneuvontapisteet ja päiväkeskustoiminta. Terveysneuvontapisteissä huumaiden käyttäjät saavat terveysneuvontaa, lääkärin pistovälineiden vaihtoa, mahdollisuuden HIV- ja hepatiittitestaukseen ja hoitoonohjausta. Päiväkeskukset tarjoavat erilaista toimintaa ja tukea päihteidenkäyttäjien ja omaisten arkeen. (Partanen 2015, 213.)

Esimerkki matalan kynnyksen kohtaamispaikasta on Ehkäisevän päihdetyön EHYT:n Elokolot, joita on useilla paikkakunnilla Suomessa. Elokoloihin ja niiden toimintaan ovat kaikki tervetulleita kohtaamaan ja tulemaan kohdatuiksi sekä tuntemaan yhteenkuuluvuutta. Kohtaamispaikka tarjoaa päivittäistä toimintaa ja yhteistä tekemistä esimerkiksi kahvittelun merkeissä. Monet palvelun käyttäjistä ovat työttömiä, eläkeläisiä tai mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. (Elokolo - kohtaamispaikkatoiminnan käsikirja, 2016.) A-klinikkasäätiön julkaisussa Katsauksia ja näkökulmia: Matalan kynnyksen kohtaamispaikat edistävät hyvinvointia tutkittiin Elokolossa kävijöiden elämäntilannetta. Katsauksessa käy ilmi, että Elokolossa kävijöistä tuntee itsensä huono-osaiseksi 15 prosenttia, sekä hyvä- että huono-osaiseksi 55 prosenttia ja hyväosaiseksi 29 prosenttia. (Pitkänen(b) ym. 2017.)

Asiakkaiden kokemukset yksinäisyydestä ja muihin kuulumattomuudesta nousevat esiin A-klinikkasäätiön raporttisarjassa Ihmisten äärellä- Järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajaat ja palvelun tarpeet. (Pitkänen(a) ym. 2017.)

3.5 Vertaistuki

Vertaistuki on tukea ihmisten kesken joita yhdistää samanlainen elämäntilanne tai ongelma. Vertaistuki perustuu omiin kokemuksiin. Tuki ja auttaminen on vastavuoroista toimintaa, jossa ihmiset jakavat samankaltaisia kokemuksia ja prosesseja elämässään tukien toinen toisiaan. Vertaistuki toimii usein rinnakkain ammattiavun kanssa, mutta se eroaa ammattiavusta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015(a).)

Vertaistuellista toimintaa ovat kahdenkeskinen tuki, vertaistukiryhmät ja vertaistuki verkossa. Vertaistukihenkilö-toiminta on kahdenkeskistä tukea. Vertaistukiryhmän ohjaajana toimii yksi vertaisista tai koulutettu vapaaehtoinen tai ammattilainen. Vertaistuki verkossa on kahdenkeskistä tai ryhmämuotoista. Vertaistuki on usein kansalaislähtöistä toimintaa, eikä se välttämättä liity minkäänlaiseen taustayhteisöön. Vertaistuki voi olla järjestöjen tai yhteisöjen organisoimaa, kolmannen sektorin ja ammattiavun yhdessä järjestämää toimintaa tai ammattilaisen järjestämää. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015(a).)

Vertaistuki tapahtuu erilaisissa ympäristöissä kuten ohjatuissa tai toiminnallisissa ryhmissä, avoimissa kohtauspaikoissa tai kahdenkeskisissä tapaamisissa. Vertaistuki auttaa ihmistä ymmärtämään että hänen ei tarvitse olla yksin ongelmansa kanssa. Omaan elämäntilanteeseen tai ongelmaan voi avautua kokonaan uusi näkökulma. Vertaiset ovat usein eri vaiheessa prosessia ja tällöin omaan tilanteeseen saa uutta perspektiiviä. Vertaistukiryhmään kuulumisen ei ole asiakassuhde, vaan vastavuoroinen ja tasa-arvoinen suhde. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015(a).)

Päihdekuntoutujille vertaistukea järjestävät AA (Nimettömät alkoholistit)- ja NA (Nimettömät narkomaanit)- ryhmät. Ryhmien toiminta perustuu täysin vapaaehtoisuuteen, yhteisien kokemusten jakamiseen ja vertaistukeen päihteistä luopumiseksi. (Partanen 2015.) Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmasta. Kokemusasiantuntijan vahvuutena on omakohtainen kokemus sairastamisesta, palvelujärjestelmästä ja tekijöistä, jotka ovat auttaneet häntä kuntoutumisessa. Kokemusasiantuntijan toipumisprosessin on oltava riittävän pitkällä ja hänellä on oltava jonkin asteinen kokemusasiantuntijakoulutus. (Partanen & Kurki 2015, 213.)

4 PÄIHDERIIPPUVUUS

Päihderiippuvuus tarkoittaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä riippuvuutta kemiallisesta aineesta. Näihin kemiallisiin aineisiin kuuluvat alkoholi, huumausaineet ja erilaiset lääkkeet, kuten uni-, kipu- ja psyykelääkkeet. Suomessa alkoholi on yleisimmin käytössä oleva päihdeaine. Fyysinen riippuvuus johtuu käyttäjän elimistön totumisesta päihdyttävään aineeseen, jolloin tapahtuu muun muassa aivot toiminnan muutoksia. Päihteen vaikutuksen loputtua elimistö kärsii vieroitusoireista. Psyykkinen riippuvuus ilmenee käyttöhimona tai pakonomaisena totumuksena, johon liittyvät ihmisen tunnereaktiot, ongelmanratkaisutaidot, päättely ja valinnat. (Holmberg 2010, 40.)

Päihderiippuvuus ilmenee fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden lisäksi sosiaalisena riippuvuutena, joka tarkoittaa riippuvuutta sosiaalisista suhteista, joissa päihdettä käytetään. Henkinen päihderiippuvuus koskee sitä ajatusmaailmaa, elämäkatsomusta tai ilmapiiriä päihteiden käyttöön liittyen. Päihteillä, kuten kannabiksen käytöllä pyritään saavuttamaan jokin henkinen tila tai hengellinen yhteys. (Holmberg 2010, 40.)

Alkoholin toistuvasta käytöstä johtuva alkoholiriippuvuus eli alkoholismi on elinikäinen aivojen sairaus. Sen tunnusomaisia piirteitä ovat alkoholinkäytön hallitsemattomuus, juomishimo sekä fyysinen että psyykkinen riippuvuus. Alkoholin toistuva pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivoissa toleranssin kehittymistä, jolloin alkoholin humalluttava vaikutus vähenee, ja samanaikaisesti alkoholista aiheutuvien mielihyvävaikutusten kokeminen voimistuu. Tämä ylläpitää alkoholismin psyykkistä riippuvuutta ja selittää juomishimoa. (Kiianmaa 2013, 43–44.) Alkoholiriippuvuuden F10.2 diagnostisiin kriteereihin kuuluvat vähintään kolme alkoholin käytön piirrettä: voimakas halu tai tarve käyttää alkoholia, heikentynyt kyky kontrolloida käyttöä, vieroitusoireet, sietokyvyn kasvu, jatkuva käyttö haitoista huolimatta sekä keskittyminen alkoholin käyttöön niin, että muihin asioihin jää vähemmän aikaa tai mielenkiintoa. (Käypähoito 2015.)

Alkoholisti on henkilö, joka on psyykkisesti riippuvainen alkoholista. Fyysinen riippuvuus alkoholista ilmenee yleensä käytön loputtua vieroitusoireina, kuten

huonovointisuutena ja negatiivisina tunnetiloina. Perintötekijöiden ei ole todettu vaikuttavan paljon alkoholin käytön aloittamiseen, mutta käytön jatkumiseen ja riippuvuuden kehittymiseen niillä on suuri merkitys. (Kiianmaa 2013, 43–44.)

4.1 Päihteidenkäyttö

Päihteitä käytetään monista eri syistä, käytön koetaan esimerkiksi rauhoittavan, lohduttavan tai antavan rohkeutta. Päihteiden käyttäjät kokevat usein elävänsä paremmin päihteiden avulla. He kokevat hallitsevansa itseään paremmin päihtyneenä tai tulevansa paremmin esiin ulkopuolisille. Tilanne voi tosin näyttäytyä toisella tavalla ulkopuolisille. Toisin sanoen päihteiden käyttäjät perustelevat päihteiden käyttöään sen hyödyillä, eivätkä usein ajattele sen tuovan haittoja. (Holmberg 2010, 45–46.)

Päihteiden käyttöä jatketaan, vaikka niiden käyttö tekee elämästä hallitsematonta. Päihderiippuvaiselle päihtyminen on ikään kuin paikka tai tila, johon paeta paha maailmaa. Hän ei saavuta tätä tilaa, omaa paikkaansa ilman päihdettä. Mikäli päihteidenkäyttö on alkanut hävettää, turrutetaan näitä tunteita usein myös alkoholilla, ja noidankehä on taattu. Päihteidenkäyttäjät eristäytyvät "normaalista elämästä", sillä heillä on usein elämänhallinnallisia ongelmia kuten vaikeuksia tunteiden säätelyssä. Tämä voi johtua myös mielenterveysongelmista, traumaista tai muista selvittämättömistä asioista elämässä. (Holmberg 2010, 47–49.)

Päihderiippuvaiset havahtuvat tilaansa usein vasta kokiessaan ambivalenssia, eli tunneristiriitaa käytön aikana. Päihde ei enää autakaan pahaan oloon, mutta silti sitä on pakonomaisesti saatava, vaikka se aiheuttaisikin paljon haittoja, kuten perheen tai työpaikan menetyksen. Lisäksi mukaan astuvat erilaiset vieroitusoireet, jos päihdettä ei enää saada. Käyttäjä menettää hallinnantunteensa. (Holmberg 2010, 47–49.)

Päihteiden käytön lopettamista ennen on käyttäjän nähtävä päihderiippuvuutensa ongelmana. Päihteistä päästään harvoin irti kerralla,

vaiheittaista lopettamista voidaankin verrata sokki-, reaktio- ja käsittelyvaiheeksi, jonka jälkeen on sopeutumisen tai uudelleen suuntautumisen vaihe. Lopettaessaan päihteiden käytön ihminen käy läpi ikään kuin menetystä elämässään. Päihteiden lisäksi päihteitä käyttävä menettää osan itsestään kuten ystävät ja elämäntavat. Oman elämän läpikäymiselle on annettava aikaa. Ihmisen on usein löydettävä elämäänsä joku tasapainottava asia, jota monet kuvaavat eheytymiseksi. (Holmberg 2010, 51–52.) Päihteiden käytön lopettamiseksi tai vähentämiseksi käytetään usein psykososiaalisia hoitomuotoja. Hoidon onnistumiseksi vaaditaan hyvää hoitosuhdetta ja potilaan motivaatiota. Myös lääkehoitoa käytetään muiden hoitojen rinnalla. Tavoitteellisuus on tärkeää hoidossa. Monille hoidon tavoitteena on päihteidenkäytön vähentäminen. (Alho 2013, 132.)

Alkoholin käytön uudelleen aloittamisen, eli retkahduksen voivat laukaista itse alkoholi, siihen liittyvät virikkeet ja ärsykkeet ja stressi. Retkahdus voi tapahtua kuukausien tai vuosienkin jälkeen käytön lopettamisesta. Yleisin syy on juomishimo, eivätkä niinkään vieroitusoireet. Retkahduksen estäminen on hoidon suurimpia haasteita. (Kiianmaa 2013, 45.)

Menestyksellinen päihteistä luopuminen muistuttaa suruprosessin viimeistä vaihetta. Ihmisellä on eheyden tunne, hän pystyy käsittelemään menneisyyttään selkeästi ja omasta päihdehistoriasta on selkeä kuva. Vaikka psyykinen prosessi ei koskaan loppuisikaan, voi henkilö suuntautua ulospäin. Hänen minäkuvansa on muuttunut myönteisemmäksi (Holmbeg 2010, 53.)

Liialliseen ja hallitsemattomaan päihteiden käyttöön liittyy lähes aina häpeän ja syyllisyyden tunnetta. Häpeän tunne on passiivinen tunnetila, toisin kuin syyllisyys, joka lähtee tekemisestä tai tekemättä jättämisestä. Molemmat tunteet kuuluvat ihmiselämään ilman päihteitäkin. Päihteiden käytöllä on voitu pyrkiä tukahduttamaan jostain kumpuavaa häpeän tunnetta. Päihteiden käyttöä aletaan kuitenkin hävetä, ja tätä häpeää lääkitään taas päihteidenkäytöllä. Häpeän kierre lisää ihmisen negatiivista käsitystä itsestään ja riippuvuutta päihteestä. Tämä mekanismi on hyvä ottaa huomioon hoitohenkilökunnan puolelta. Hoidossa ihmisen on käsiteltävä oman häpeänsä syitä, jotta hän voi käsitellä

päihteidenkäyttöään. Hoitohenkilökunnan puolelta tuleva häpeän tunteen lisääminen ei auta päihdeongelmaista "menemään itseensä" ja jatkossa miettimään kahdesti ennen päihteiden ottamista, vaan lisää yleensä riittämättömyyden tunnetta. (Holmberg 2010, 55–58.)

4.2 Päihdehuolto

Päihdepalveluja ohjaavat muun muassa perus- ja ihmisoikeudet, laki potilaan oikeuksista (1992/785), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) ja päihdehuoltolaki (1986/41). Päihdehuolto on ennaltaehkäisevää ja päihdeongelmia vähentävää toimintaa, joka kunnan on järjestettävä kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Päihdehuolto pitää sisällään myös omaisten hyvinvoinnin tukemisen. (Päihdehuoltolaki 41/1989.)

Päihdehuoltolaki (1986) siirsi päihdepalvelut kuntien vastuulle ja valtio luopui vähitellen kaikista omista päihdehuoltolaitoksistaan. 1950-luvulla palvelut monipuolistuivat esimerkiksi A-klinikkasäätiön ja AA-ryhmien kautta. Peruspalvelut kuuluvat kunnille ja ne käsittävät terveyskeskukset, työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisen sektorin palvelut. Päihdehuollon erityispalveluiksi lasketaan A-klinikkasäätiön tai kuntien hallinnoimat A-klinikat ja nuorisoasemat. A-klinikoilla asiakasta autetaan vieroitusoireiden hoitamisessa, sosiaalisissa pulmissa ja erilaisilla terapioilla, kuten yksilö-, pari-, perhe tai ryhmäterapioilla. Laitoshoitoihin kuuluu katkaisuhuitoasemat, jossa hoidetaan vieroitusoireita jos avohoito ei riitä tai ole saatavilla. Hoitoa voidaan jatkaa kuntoutusyksiköissä. Päihdehuollon erityispalvelujen käyttäjiksi arvioidaan nykyisin 70-80 000 käyttäjää. (Mäkelä & Murto 2013, 91–94.)

Päihdeongelmaiset ovat sekä terveyspalvelujen että sosiaalipalvelujen asiakkaita, joissain tapauksissa myös poliisin ja lastensuojelun. Tämän vuoksi terveydenhuolto ja sosiaalihuolto on pyritty yhdistämään 1990-luvun alusta lähtien. Sosiaali- ja terveyshuolto on jaettu tyypillisesti kolmeen osaan: lasten ja perheiden palvelut, aikuispalvelut ja vanhusten palvelut, joista päihdehuolto on

keskittynyt eniten aikuispalveluihin. Tämän niin sanotun elämänkaarimallin heikkoutena on sen kehittämistyön painottuminen lasten ja perheiden sekä vanhusten palveluihin. Toisaalta päihdeongelmat kuormittavat perusterveydenhuollon lisäksi samanaikaisesti myös erikoissairaanhoidtoa muun muassa liitännäissairauksien, vammojen ja mielenterveysongelmien takia. Tämän vuoksi yhteistyökykyinen, verkostomainen organisaatio toimisi päihdeongelmaisten hoidossa paremmin kuin tarkasti rajattu terveydenhuolto. 2000-luvulla päihdepalvelut ovat enenevässä määrin siirtyneet julkisilta toimijoilta yksityisten yritysten toteutettaviksi. (Lehto 2013, 99–100.)

Suomessa lukuisat järjestöt tuottavat järjestölähtöisiä auttamispalveluita mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Palvelut rahoitetaan Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskuskuksen (STEA; aikaisemmin Raha-automaattiyhdistys) tuella ja ovat käyttäjille maksuttomia. Järjestöjen tarjoama apu on puhelinauttamista, vertaistukea tai kuntoutuskursseja. (Mielenterveysseura i.a.)

4.3 A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on 1955 perustettu järjestö, joka tekee työtä päihdehaittojen ja muiden psykososiaalisten ongelmien vähentämiseksi. Sen palveluihin kuuluvat hoito- ja kuntoutuspalvelut, ehkäisevä päihdetyö ja asiantuntijapalvelu. Säätiö solmii ostopalvelusopimuksia kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Avohoitona toimivat A-klinikat toimivat ympäri maata. A-klinikoilla hoidetaan erilaisia päihderiippuvuuksia. (A-klinikkasäätiö (a) i.a.) Säätiön palvelutuotanto on siirtymässä vuodesta 2018 eteenpäin säätiön omistamaan yhtiöön A-klinikka Oy:hyn. A-klinikka Oy tuottaa korkealaatuisia päihde- ja mielenterveyspalveluita. Yhtiöt tuotot käytetään päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseen. (A-klinikkasäätiö (b) i.a.)

A-klinikkasäätiö tekee päihde- ja mielenterveysalan kehittämis- ja tutkimustyötä ja sillä on hankkeita erilaisille ajankohtaisille ryhmille ja toimintamuodoille. MIPA – Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma on yksi esimerkki näistä

yhteistyöhankkeista, jota A-klinikkasäätiö koordinoi. Tutkimusohjelma on tarkoitettu alan järjestöille toiminnan ja yhteistyön laadun kehittämiseksi. Tietopuu-sivusto tarjoaa tutkimustietoa ammattilaisten käyttöön. (A-klinikkasäätiö (c) i.a.)

4.4 Päihteet ja kansanterveys

Alkoholismilla on suuri kansanterveydellinen merkitys. Alkoholii aiheuttaa tai edesauttaa pitkäkestoisia kansanterveysongelmia, kuten masennusta, unettomuutta, sydän- ja verisuonitauteja ja maksasairauksia. Alkoholin akuutteja seurauksia ovat tapaturmat ja onnettomuudet, kuten rattijuopumukset, alkoholimyrkytykset ja päihteisiin liittyvä väkivalta. Nämä työllistävät terveyspalveluja päivystysluontoisessa ensiavussa. (Kauhanen 2013, 154–155.) Syrjäytyneisyys tarkoittaa huono-osaisuutta, johon kuuluu toimeentulo-ongelmien, työttömyyden, psyykkis-aineellisten ongelmien ja yhteiskunnan ulkopuolelle jäämisen kasaantumista. Alkoholii pahentaa usein syrjäytyneiden huono-osaisuutta, mutta syrjäytymisen ja alkoholin suora yhdistäminen on ongelmallista. Päihteiden käyttöä voidaan kuitenkin pitää riskitekijänä syrjäytymiseen. (Kotovirta & Östeberg 2013, 85–86.)

Nuorten (alle 18-vuotiaiden) alkoholin käyttö on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana, kun taas 65–74-vuotiaiden käyttö lisääntynyt tasaisesti vuodesta 1980-luvulta lähtien. 2000-luvulla alkoholiongelmien ovat lisääntyneet eniten 60–69-vuotiailla naisilla. Suuret ikäluokat ovat käyttäneet alkoholia enemmän kuin edeltävät ikäpolvet, ja käyttö on jatkunut keski-ikässä ja sitä vanhempana. (Ahlström 2013, 71–72.)

Huume- ja lääkeriippuvuudet vaikuttavat käyttäjän terveyteen monin eri tavoin. Fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden ja niihin liittyvien vieroitusoireiden lisäksi huumeidenkäyttö voi aiheuttaa myrkytystiloja, infektioita ja mielenterveysongelmia. C-hepatiitti on yleisin pistoshuumeita käyttävälle aiheutuneista infektioista. (Seppä ym. 2012, 10–11.) C-hepatiitti on veriteitse tarttuva virus, joka kroonistuttuaan aiheuttaa maksatulehdusta. C-hepatiittiin ei ole rokotetta, mutta

pistos-välineiden vaihto puhtaisiin ehkäisee leviämistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015d.) Huumekuolemat ovat myös huumeiden käytön terveydellisiä riskejä, samoin käytöstä johtuva syrjäytyminen ja siihen liittyvä rikollisuus. Huumeiden käytön aiheuttamia mielenterveysongelmia ovat muun muassa masennus ja vakavammat psykoosit. (Seppä ym. 2012, 10–11.)

4.5 Opioidikorvaushoito

Opioidikorvaushoito on tarkoitettu niille opioidiriippuvaisille, jotka eivät ole voineet vieroittautua huumeesta vieroitushoidon tai muiden hoitomuotojen avulla. Opioidiriippuvuuden, kuten heroini- buprenorfiini-, morfiini- tai metadoniriippuvuuden korvaushoidossa käytetään lääkkeenä buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmää tai metadonia. Korvaushoitosuunnitelma tehdään aina yksilöllisesti ja tavoitteellisesti sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (2008) mukaan. Aluksi potilas hakee päivittäisen korvaushoitoannoksensa avohoitopaikastaan, missä potilaan seuranta ja psykososiaalinen kuntoutus tapahtuu. Hoidon edetessä ja toteutuessa potilas saa lääkemannoksia kotiin. Korvaushoito jatkuu yleensä useita vuosia. Kuntouttavassa opioidikorvaushoidossa tavoitteena on päihitteettömyys ja esimerkiksi työelämään palaaminen. (Inkinen ym. 2015, 272–273.)

Haittoja vähentävän päihdehoitotyön lähtökohtana on päihteisiin liittyvien haittojen vähentäminen, vaikkei käyttäjä olisi edes aikeissa lopettaa päihteiden käyttöään. Huumeidenkäyttäjille suunnatuissa terveysneuvontapisteissä tarjotaan puhtaita pistovälineitä, jotteivät veriteitse leviävät tartuntataudit leviäisi ja käyttäjien terveydentila pysyisi parempana infektioiden torjunnan myötä. Lyhytaikaisissa yösijoissa päihteidenkäyttäjä voi levätä, syödä, huolehtia hygieniastaan ja saada apua sosiaalitukiin liittyvissä asioissaan. (Inkinen ym. 2015, 338–339.)

4.6 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys

Samanaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintymistä samalla henkilöllä kutsutaan kaksoisdiagnoosiksi. Kaksoisdiagnoosi on merkittävä yleinen, yhdysvaltalaisessa ECA tutkimuksessa (Epidemiologic Catchment Area) haastateltiin yli 20 000 henkilöä. Jossakin elämän vaiheessa päihdehäiriö todettiin 17 %:lla, kun taas niiden joukossa, joilla oli jokin mielenterveydenhäiriö, osuus oli 29 %. Koko väestöstä 23 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa jokin mielenterveyden häiriö. Alkoholihäiriötä potevilla osuus oli 37 % ja huumehäiriötä potevilla 53 %. (Aalto 2007.)

Yleisimpiä päihdehäiriön kanssa esiintyviä mielenterveysongelmia ovat erilaiset persoonallisuushäiriöt, joista yleisimpiä ovat epävakaa ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, sekä masennus ja ahdistuneisuus. (Holmberg 2010, 65). ECA tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaista 47 %:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevista 56 %:lla esiintyi myös päihdehäiriö (Aalto 2007).

Häiriöiden yhteisesiintyvyyttä selittävät perimä, psykososiaaliset häiriöt, ympäristö ja kulttuuriset tekijät. Hoitotyössä kaksoisdiagnoosi-termin sijaan tulisi puhua mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä, mikä kuvastaa potilaan tilaa paremmin. Samanaikaiset mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat hyvin muovautuva, moniulotteinen ja usein päällekkäinen kokonaisuus. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän potilaan hoito on usein haastavaa ja pirstaleista. Integroitu hoitomalli, jossa yksi moniammatillinen taho hoitaa kaikkia häiriöitä yhtä aikaa, on todettu rinnakkaista tai jaksottaista hoitoa paremmaksi. Rinnakkaisessa hoitomallissa on kaksi hoitavaa tahoja samaan aikaan. Jaksottaisessa hoitomallissa hoidetaan häiriöitä yksi kerrallaan. (Holmberg 2010, 65–68.)

5 DIAKONIA

Tässä luvussa tarkastellaan diakonian sekä diakonisen hoitotyön käsitteitä.

Diakonia on määritelty evankelis-luterilaisen kirkon sisällä vaikeuksissa olevan ihmisen kokonaisvaltaisena auttamisena. Tähän kuuluu ihmisen hengellinen, henkinen, aineellinen, sosiaalinen ja terveydellinen tukeminen. Lisäksi diakoniatyöhön kuuluu yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Diakoniatyön perustana on lähimmäisenrakkaus ja kristillinen ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään arvokkaana riippumatta siitä, missä tilanteessa tai kuka hän on. Asiakaslähtöisyys on työn perusta. (Kuusimäki 2012, 12.) Moni tuntee tai tietää diakoniatyön oman paikallisen seurakuntansa diakoniaruokailuista, diakoniatyöntekijän vastaanotosta ja kirkon vanhustyöstä.

Diakoniatyö ei ole vain ihmisen tukemista uskonnollisissa kysymyksissä, vaan myös arkipäivän asioissa, kuten terveydessä. Diakoniatyöntekijä kohtaa työssään paljon moniongelmaisia, ylivelkaantuneita, syrjäytyneitä tai muuten heikossa asemassa olevia ihmisiä. Perussairauksien lisäksi asiakkailta voi olla mielenterveysongelmia tai päihderiippuvuutta tai kaikkia näitä. Terveiden edistäminen on oleellinen osa diakoniatyötä. (Rättyä 2012, 101–102.)

Mielenterveys- tai päihdeongelmasta kärsivää autetaan diakonisessa hoitotyössä kahdenkeskisen keskustelun tai ryhmässä tapahtuvan vertaistuen keinoin. Vertaistuellinen ryhmätoiminta on tavoitteellista toisten ihmisten tukemista. Toinen tavoite vertaistuellalla on ihmisen yhteyteen kuuluvuuden lisääminen ja voimaantuminen. Voimaantumisen kautta ihminen kokee osallisuutta. (Puuska 2012, 112–113.)

Diakoninen mielenterveys- ja päihdetyö tapahtuu paikallisseurakunnan toimintojen lisäksi erilaisissa kristillisissä järjestöissä, kuten Sininauhaliiton kristillisessä vertaistukitoiminnassa. Helsingin seurakuntayhtymän erityisdiakonian kohteena ovat asunnottomat, päihteidenkäyttäjät, mielenterveyskuntoutujat sekä vangit. Työtä tehdään seurakuntarakennuksen lisäksi vankiloissa, päihdehoitolaitoksissa, päiväkeskuksissa ja kaduilla. Työ on

osallisuuden lisäämistä, palvelunohjausta ja sielunhoitoa. Apua saa myös konkreettisesti, diakoniatalolla on mahdollisuus edulliseen ruokailuun sekä peseytymiseen. (Helsingin seurakunnat i.a.)

5.1 Diakoninen hoitotyö

Ihmisen henkinen tukeminen ja hengellisyys ovat kuuluneet hoitotyöhön aina. Diakoniatyöntekijän, jolla on sairaanhoitajakoulutus eli diakonissan työtä kutsutaan diakoniseksi hoitotyöksi. Myllylä on tutkinut väitöskirjassaan diakonisen hoitotyön käsitettä, kuten mitä asiakkaat kokevat diakonisen hoitotyön olevan ja rakentanut diakonisen hoitotyön mallin. Diakoninen hoitotyön tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen, ei niinkään konkreettisin asioin, kuten sairaanhoitajan työssä, vaan pikemmin ihmisen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Myös palvelu arjen asioissa kuuluu diakoniseen hoitotyöhön. Diakoninen hoitotyön auttamiskeinoja ovat ihmisen tukeminen, toivon lisääminen, rukous, sielunhoito ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen. (Myllylä 2004.)

Diakonisen hoitotyön tekijällä on valmiudet kaikkiin sairaanhoidollisiin elementteihin, kuten terveydentilan arvioimiseen ja sairauksien ehkäisyyn ja lisäksi myös valmius kohdata ihmisen hengelliset kysymykset. Diakonisen hoitotyön mallin tietoperustana ovat teologian, uskonnon, diakonian sekä hoitotyön tietämys. Uskonto sisältää tunteen ja toiminnan tason. Kulttuurinen taso on ikään kuin diakonisen hoitotyön taustalla ja määrittää esimerkiksi ihmiskäsityksen. Myllylän mukaan diakoninen hoitotyö on siis kooste näistä käsitteistä. Diakonisen hoitotyön tekijä kohtaa ihmisen ihmisenä, jossa tärkeänä osana on vuorovaikutus. Myllylän väitöskirjan mukaan diakonisesta hoitotyöstä hyödyttäisiin myös sairaaloissa, joissa diakonisen hoitotyön mahdollisuuksia ei vielä täysin osata ottaa käyttöön. (Myllylä 2004.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön perustana on Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA) 2015 – 2018. A-klinikkasäätiön koordinoiman hankkeen tavoitteena on kehittää päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimustoiminnan laatua ja yhteistyötä sekä tukea järjestöjen kehittämis-, viestintä- ja vaikuttamistoimintaa. Hankkeeseen ovat osallistuneet A-klinikkasäätiö, A-Kiltojen Liitto ry, Diakonia-ammattikorkeakoulu, EHYT ry, FinFami – Uusimaa ry, Irti Huumeista ry, Kuntoutussäätiö, Mielenterveyden keskusliitto, Tukikohta ry, Sininauhaliitto ja Suomen Mielenterveysseura. Tutkimusohjelman tutkimukset toteutetaan mahdollisimman yhtenäisesti kaikissa järjestöissä ja se kohdistuu yhteisiin päihde- ja mielenterveystyön rajapintoihin. Tutkimukset tuottavat tietoa järjestöjen toiminnasta, sen vaikutuksista ja lyhyen ja pitkän aikavälin kehittymistarpeista. (Tietopuu 2016.)

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmassa (MIPA) toteutettiin hyvinvointikysely 1.10.2015 - 29.2.2016 välisenä aikana. Kysely suunnattiin kymmenen eri päihde- ja mielenterveysjärjestön palvelujen asiakkaille tai toimintoihin osallistuville. Sastauksia saatiin kaikkiaan 1092. Kyselyllä haluttiin saada tietoa järjestöjen palvelujen käyttäjien ja toimintoihin osallistuvien elämäntilanteesta, hyvinvoinnin vajeista ja palvelujen tarpeista. Kyselyn tulokset antavat arvokasta tietoa järjestöjen toiminnan kehittämiseen. Opinnäytetyön aineistona on MIPA-hyvinvointikyselyn kolmen avokysymyksen vastaukset, joiden analysoinnin perusteella kuvataan keskeisiä teemoja. (Pitkänen ym. 2017b.)

MIPA- hyvinvointikyselyyn vastattiin nimettömästi. Vastanneista on lähes yhtä paljon naisia kuin miehiä. Vastanneet ovat toiminnassa mukana oman tai läheisensä päihde- tai mielenterveysongelman vuoksi tai muun syyn takia. Noin puolet vastanneista kuuluu ikäryhmiin 46–55 ja 26–65-vuotiaat. Oman ongelman vuoksi toimintaan osallistuvat ovat pääosin eläkeläisiä, työttömiä, lomautettuja, työkokeilussa tai kuntouttavassa työssä olevia. Läheisen ongelman takia

toimintaan osallistuvista noin puolet on vakituisessa työssä ja noin kolmannes eläkkeellä. (Pitkänen ym. 2017b.)

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle aiheen valinnasta. Aiheeksi valittiin A-klinikkasäätiön tarjoama otsikko "Päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus ja sen esteet asiakkaan näkökulmasta". Aineisto rajattiin vanhemman tutkijan Tuuli Pitkäsen avustuksella. Aineistoksi valittiin oman päihde- tai mielenterveysongelman takia kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön palveluja käyttäneiden ja toimintoihin osallistuneiden avovastaukset MIPA-hyvinvointikyselyssä. Mukana ei ole läheisten tai muista syistä vastanneiden vastaukset. Hyvinvointikyselyn avokysymyksiä on kolme.

6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössä paneudutaan Hyvinvointikyselyn kolmeen valittuun avokysymykseen. Tarkoituksena on selvittää mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta, sen esteitä ja haasteita sekä asiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, sillä siinä pyritään ymmärtämään ilmiötä, tässä tapauksessa asiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta ja siihen liittyviä toiveita. Aineistona ovat hyvinvointikyselyn kolmen avokysymyksen vastaukset.

Aineistolähtöisessä analyysissä analyysin oletetaan olevan täysin aineistolähtöistä, eli aikaisemmilla havainnoilla tai tiedolla ei pitäisi olla vaikutusta lopputulokseen. Käytännössä tämä on vaikeaa, sillä havaintojen taustalla on aina tutkijoiden teoriapohja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–20.)

Laadullisessa tutkimuksessa teorian ja viitekehyksen avaaminen on oleellinen osa. Jokaiselle tutkimuskysymykselle on löydettävä perustelu tutkimuksen viitekehyksestä. Teoria ja viitekehys muodostuvat käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Laadullisessa tutkimuksessa nojataan myös havaintojen teoriapitoisuuteen. Havaintojen teoriapitoisuus pitää sisällään yksilön käsityksen ilmiöstä, ilmiölle annetuista käsityksistä ja tutkimuksessa käytetyistä välineistä.

Nämä kaikki vaikuttavat tutkimustuloksiin, joten käsitteet on syytä avata. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19–20.)

Laadullinen tutkimus on kokonaisuus, johon kuuluu kysymys siitä, miten voi ymmärtää toista. Kuinka haastattelija voi ymmärtää haastateltavaa ja kuinka toinen ihminen ymmärtää tutkijan laatiman tutkimusraportin. Tästä syystä on käytettävä jotain metodologia, kuten sisällönanalyysiä tutkimustulosten saamiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–69.)

6.2 Tutkimuskysymykset

Ensimmäinen opinnäytetyössä analysoitava hyvinvointikyselyn avokysymys on: Kerro omin sanoin kokemuksistasi tarkoittaen vastaajan kokemusta palvelusta, jota hän arvioi. Kysymys muotoiltiin tutkimuskysymykseksi: Miten palvelu on vaikuttanut palvelunkäyttäjän, eli asiakkaan hyvinvointiin? Millainen kokemus asiakkaalla on?

Kyseistä kysymystä ennen asiakas on vastannut kuinka usein käyttää kyseistä palvelua, joka voi olla A-klinikkasäätiön, A-Kiltojen Liitto ry:n, Suomen mielenterveysseuran, Mielenterveyden keskusliiton, FinFami- Uusimaan ry:n, EHYT:n, Sininauhaliiton, Tukikohta ry:n, Kuntoutussäätiön, Irti Huumeista ry:n tai jonkin muun päihde- tai mielenterveysjärjestön tarjoamaa toimintaa. Monet edellä mainituista palveluista tarjoavat matalan kynnyksen toimintaa, johon kuka tahansa voi osallistua etukäteen ilmoittautumatta. Palvelulla on käytössään tilat, jossa tarjotaan aamupala ja yhteistä toimintaa. Asiakkailla on mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa omasta elämäntilanteestaan.

Asiakkaalta kysytään edellä myös mistä syistä hän on tullut käyttämään kyseistä palvelua, mistä hän on saanut tietoa palvelusta, kuinka usein hän käyttää sitä ja onko siitä ollut jotain hyötyä hänelle. Avokysymyksessä keskitytään asiakkaan omaan kokemukseen palvelusta. Pyritään asiakaslähtöisyyteen, eli palvelun tarpeen tulisi tulla asiakkaalta, sillä hän on oman itsensä paras asiantuntija.

Toinen opinnäytetyössä analysoitava hyvinvointikyselyn avokysymys on: Onko muita sellaisia palveluja, joita olisit tarvinnut, mutta et ole saanut? Kysymys muotoiltiin tutkimuskysymykseksi: Minkälaisia palveluja ihmiset kokevat tarvitsevänsa mihin palvelujärjestelmä ei vastaa?

Ennen tätä kysymystä asiakkaalta on kysytty onko hän mielestään saanut riittävästi seuraavia palveluita viimeisen 12 kuukauden aikana. Palvelut ovat mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, asumispalvelut, lääkärin vastaanotto, talous- ja velkaneuvonta, toimeentulotuki ja lastensuojelu. Kysymyksiä analysoimalla selvitetään palvelujärjestelmän puutteita, esteitä ja haasteita.

Kolmas opinnäytetyössä analysoitava hyvinvointikyselyn avokysymys on: Kirjoita vapaasti palautetta ja näkemyksiä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnasta/palveluista (odotuksia, kehittämistarpeita, palautetta). Kysymys muotoiltiin tutkimuskysymykseksi: Minkälaisia odotuksia ja kehittämistarpeita järjestöjen toiminnalle on?

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöhön otettiin ne MIPA -hyvinvointikyselyn kysymykset, joihin on vastannut oman päihde- tai mielenterveysongelman takia järjestöjen palveluja käyttäneet tai toimintoihin osallistuneet. Materiaaleihin liitettiin mukaan lista vastanneiden sukupuolesta ja iästä, sekä siitä onko palvelu parantanut asiakkaan hyvinvointia. Opinnäytetyön tekijät olisivat voineet tarvittaessa tarkistaa nämä taustatiedot yksittäisistä vastauksista. Ensisijainen oletus oli, etteivät nämä seikat vaikuta opinnäytetyön tuloksiin, eikä niitä huomioida opinnäytetyön rajaamiseksi. Opinnäytetyössä ei näin ollen ole tarkasteltu vastanneiden sukupuolta, ikää tai muita ominaisuuksia, sillä sitä ei ole katsottu tulosten kannalta olennaiseksi.

Oman päihde- tai mielenterveysongelman vuoksi järjestöjen palveluja käyttäneet tai toimintoihin osallistuneita vastaajia on 512 yhtä tutkimuskysymystä kohden. Kaikki vastanneet eivät ole kirjoittaneet mitään avokysymyksiin. Joissakin tapauksissa vastaukset ovat epäoleellisia tai epäselviä, eikä niitä ole voinut

hyödyntää. Jokainen vastaus on numeroitu, mikä helpotti vastausten lajittelua ja niihin palaamista. Vastauksista ei aina tule esille, mistä palvelusta tarkalleen ottaen on kyse.

Opinnäytetyön tekoprosessi alkoi aineiston läpikäynnillä ja vastauksista nousevien avainsanojen ja teemojen ylös kirjaamisella. Jokaisen teeman perään merkittiin teemaa vastaavien vastausten numerot. Näin konkretisoitui, kuinka usein tietynlaiset sanat ja teemat toistuvat aineistossa. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät vertasivat huomioitaan keskenään. Asiakkaiden vastaukset käytiin useamman kerran läpi mahdollisimman tarkan käsityksen saamiseksi. Aineistossa toistuvista teemoista muodostettiin teemat niiden esiintymisen mukaan. Suorat lainaukset kuhunkin teemaan poimittiin teemojen muodostamisen jälkeen.

Teemoja tai teemojen määrää ei valittu etukäteen mahdollisimman objektiivisen kuvan saamiseksi. Teemat eivät ole myöskään esiintyvyyssjestyksessä. Teemat esitetään tasa-arvoisina, opinnäytetyön tekijöiden mielestä tärkeitä huomioita esiin nostaen.

Sisällönanalyysiä käytetään määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa ja laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. Sillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysiin kuuluu dokumentin, tässä tapauksessa kyselyvastausten objektiivinen ja systemaattinen analysointi. (Kyngäs ym. 2011.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämisessä aineisto, kuten asiakkaan kirjoittama kahden lauseen vastaus tiivistetään yhteen sanaan tai ajatukseen. Esimerkiksi tuttavien kohtaaminen, jutustelu, uusiin ihmisiin tutustuminen. Ryhmittelyosuudessa pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja ryhmitellään alaluokkiin (vuorovaikutus, vertaistuki,) ja niistä yläluokkiin (tuki ja ilmapiiri). Yläluokista muodostetaan teoreettinen käsite, eli pääluokka, tässä tapauksesta Hyvinvoinnin tukeminen. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108–112.)

Esimerkkitaulukko mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-112.

Alkuperäinen ilmaus:
"Todella mukava tulla paikkaan - tänne! Näkee jo kuolleeksi luulemiani vanhoja ystäviä - tuttuja hyvässä kunnossa, mihin juuri kyseiset palvelut ovat paljolti vaikuttaneet."
Pelkistetty ilmaus
Tuttavien kohtaaminen
Alaluokka
Vuorovaikutus
Yläluokka
Tuki ja ilmapiiri
Pääluokka
Hyvinvoinnin tukeminen

Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
"Todella mukava tulla paikkaan - tänne! Näkee jo kuolleeksi luulemiani vanhoja ystäviä - tuttuja hyvässä kunnossa, mihin juuri kyseiset palvelut ovat paljolti vaikuttaneet."	Tuttavien kohtaaminen
"Olen saanut tutustua erilaisiin ihmisiin, heidän kokemuksiinsa, kertoa omistani. Toiminta ja tekeminen tuo järjestystä, säännöllisyyttä ja rytmiä elämään."	Jutustelu
"Tapaan ihmisiä, tulee keskusteluja, tietoa. Käytän yhdistyksen ruokapalvelua. Voin jakaa kokemuksia."	Uudet ihmissuhteet

--	--

Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Tuttavien kohtaaminen Jutustelu Uudet ihmissuhteet	Vuorovaikutus

Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä Tuomi & Sarajärvi 2009, 111 mukaillen.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Säännöllisyys, rytmi, rutiini Päihteetön toiminta	Arjenhallinta	Hyvinvoinnin tukeminen
Henkilökunta Ryhmät, kurssit Tieto, palveluohjaus	Toiminta	
Vuorovaikutus Vertaistuki Toivo ja usko tulevaisuuteen Päihteettömyys, päihteettömyyteen pyrkiminen Palvelun ilmapiiri Ruokailu	Tuki ja ilmapiiri	

6.4 Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen eettisyys lähtee laadullista tutkimusta tekevien tutkijoiden ennakko-asenteiden välttämisestä. Lisäksi siihen kuuluvat kriittisyys, tiedon julkisuus, puolueettomuus ja universalisuus. Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen kysymys, sillä tutkimusaiheita ei ole ikään kuin itsessään olemassa, vaan ne on tunnistettava, ja vieläpä oikein. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128–129.)

Sisällönanalyysi on luotettava menetelmä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee loogisesti kolmen vaiheen kautta: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Haastattelujen sisältöön perehtymisen jälkeen etsitään aineistosta pelkistetyt ilmaukset, kuten esimerkit selviytymisestä, elämänilojen löytyminen, itsetunnon vahvistaminen, jotka yhdistetään alaluokiksi kuten empatia, kannustaminen ja kommunikointi. Alaluokat yhdistetään yläluokiksi, kuten vuorovaikutus, mukana eläminen ja tulevaisuuteen rohkaiseminen, jotka yhdessä muodostavat pääluokan, henkinen tukeminen. Pääluokka on ikään kuin kokoava käsite ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.)

Sisällönanalyysin onnistuminen vaatii käsitteiden muodostamista, mitkä kuvaavat luotettavasti ilmiötä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Yhtenä luotettavuuden kriteerinä pidetään mahdollisimman tarkkaa analyysin raportointia. Suorilla lainauksilla ja esimerkeillä havainnollistetaan systemaattisesti analyysiprosessin etenemistä ja näytetään yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Kyngäs ym. 2011.)

Keskiössä ovat myös totuus ja objektiivinen tieto. Totuus on vaikea määritellä tämän kaltaisessa tutkimuksessa, jossa tutkitaan ihmisten omia kokemuksia. Voidaan kuitenkin ajatella tutkimuksen olevan "totta" koherenssiteorian pohjalta, jonka mukaan ihmiset voivat luoda yhteisymmärryksessä "totuuden", esimerkiksi jonkin teon tuomittavuudesta. Objektiivisuutta tarkasteltaessa on otettava huomioon tutkijan havaintojen luotettavuus ja puolueettomuus, eli tutkijan

pyrkimys ymmärtämään tiedonantajia (haastateltuja) itsessään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–135.)

Väistämättömästi tutkijan tarkastelee asiaa omasta näkökulmastaan, sillä kukaan ei voi irrottautua täysin sukupuolestaan, iästään, kulttuuritaustastaan, kansalaisuudestaan, poliittisesta asenteestaan tai virka-asemastaan. Tutkija on tutkimuksen tulkitsija. Luotettavuuden arvioinnissa on hyvä muistaa mitä on tutkimassa, mitkä ovat omat sitoumukset, miksi tätä aihetta haluaa tutkia, omat oletuksensa tutkimuksen alussa ja niiden mahdolliset muutokset tutkimuksen aikana. Lisäksi on hyvä miettiä, miten aineistonkeruu on tapahtunut, keitä on haastateltu, millä aikataululla ja miten analysoitu. Myös tutkimuksen raportointitapa on hyvä muistaa luotettavuutta ajatellen, kenelle tutkimuksesta raportoidaan? (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

7 TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi MIPA Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman hyvinvointikyselyn kolmen avokysymyksen vastausten tuloksia. Opinnäytetyön tuloksia verrataan Jenni Laurilan pro gradu- tutkielmaan ja Minna Laurilan väitöskirjaan. Lisäksi tuloksia verrataan MIPA Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelman hyvinvointikyselyn A-klinikkasäätiön muihin katsauksiin.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kuvaavat elämäntilannettaan Laurilan pro gradu – tutkielmassa. Tutkimuksen tarkoituksena on saada käsitys siitä, minkälaista tukea ja palveluita mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kokevat tarvitsevansa ja selvittää heidän kokemuksiaan sosiaali- ja terveyspalveluista sekä selviämishoitoyksikön toiminnasta. (Laurila 2016.) Laitila tutkii väitöskirjassaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdehoidossa (Laitila 2010).

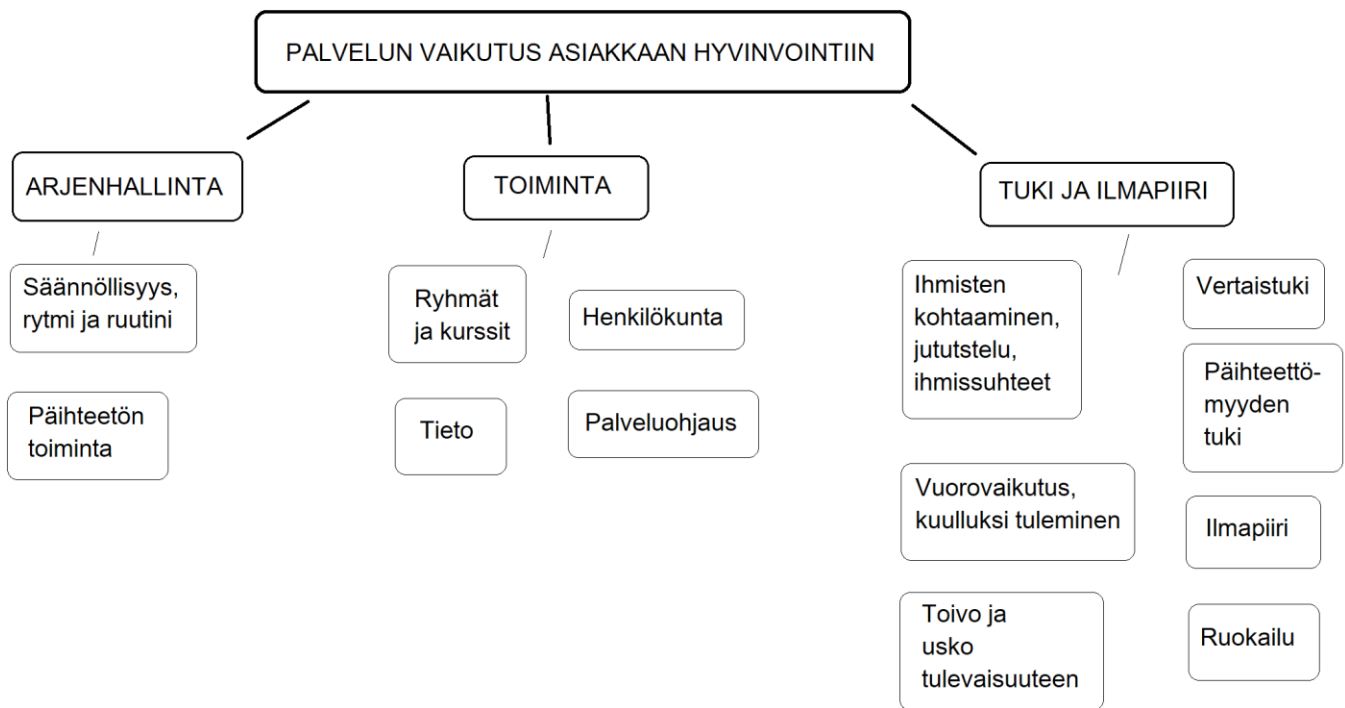
7.1 Palvelun vaikutus hyvinvointiin

Tässä kappaleessa esitellään ensimmäisen tutkimuskysymyksen tuloksia. Ensimmäinen tutkimuskysymys on ***Miten palvelu on vaikuttanut palvelunkäyttäjän, eli asiakkaan hyvinvointiin? Millainen kokemus asiakkaalla on?*** Tähän kysymykseen suurin osa asiakkaista on vastannut ja vastaukset ovat pääosin positiivisia. Osa vastauksista on lauseen mittaisia ja osa koostuu useammasta lauseesta. Suurin osa vastanneista ilmoitti, että palvelu on vaikuttanut parantavasti heidän hyvinvointiinsa.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikkojen hyvinvointia parantava vaikutus tulee selkeästi ilmi A-klinikkasäätiön (MIPA) hyvinvointikyselyn katsauksesta. (Pitkänen ym. 2017b).

Hyvinvointikyselyn vastauksista ilmenee selkeästi kolme teemaa siitä, miten palvelu on vaikuttanut vastanneiden hyvinvointiin. Teemat ovat arjen hallinta, hoito,

tuki ja ilmapiiri. Teemat käydään yksitellen läpi. Suorista lainauksista on siistitty vain ulkoasu luettavuuden helpottamiseksi. Osasta lainauksista on jätetty asiaan kuulumaton osa pois. Ensimmäisessä kaaviossa (Kaavio 1) on jaoteltu miten palvelu on vaikuttanut asiakkaan hyvinvointiin.



Kaavio 1: Temaattinen jaottelu ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastauksista

7.1.1 Arjenhallinta

Vastauksista nousee esiin, että palvelu on vaikuttanut asiakkaiden arjen hallintaan myönteisellä tavalla. Asiakkaat kokivat, että palvelu on **lisännyt säännöllisyyttä, rytmiä ja rutiinia** heidän arkeensa. Asiakkailla on voinut olla vaikeuksia arjenhallinnassa, jos päihteet hallitsivat elämää. Arkisten asioiden suorittaminen kuten sängystä nouseminen ja aamupalan valmistaminen voi olla vaikeaa.

Siepin mukaan päihteiden käyttö jättää jälkensä sisäiseen ja ulkoiseen elämänhallintaan. Terveellinen elämä, koulutus ja työ voivat jäädä päihteiden käytön vuoksi. Päihderiippuvuus saa elämän usein ajautumaan vaakalaudalle. Päihteidenkäyttäjän elämänkulku ei ole staattista tai lineaarista, vaan yksilön valinnoista muodostuvaa. Elämänhallinta kuuluu kulttuurisiin arvoihin Suomessa. (Sieppi 2017.)

Seuraavassa hyvinvointikyselyn vastanneiden mietteitä palvelun vaikutuksesta arjenhallintaan.

Elämään tulee säännöllinen rytmi.

Olen saanut rutiinia arkeen, tukea käytännön ongelmien ratkaisemiseen ja olen kokeillut uusia asioita ja löytänyt mielekästä tekemistä.

Palvelu antaa asiakkaille mielekästä **päihdeetöntä toimintaa**, kuten erilaisia liikunta- ja virkistätymismahdollisuuksia sekä retkiä. Erilaisten ohjattujen teettien lisäksi mainitaan lehtien lukeminen ja tietokoneen käyttö. Tämä osoittaa, ettei toiminnan tarvitse olla suunniteltua, normaalit arkitoiminnot riittävät. Monet palvelujen käyttäjistä eivät ole työelämässä, eivätkä he harrasta mitään. Asiakkaat kertoivat kokeneensa yksinäisyyttä ja toimeettomuutta.

Laurilan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden elämäntilannetta ja palvelukokemuksia kuvaavassa pro gradu -tutkielmassa ilmeni, että päihdeettömyyttä tavoittelevan tueksi tarvitaan aktiivisia arjen toimia ja liikuntaa. Tutkielmaa varten haastateltavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kokevat tärkeiksi merkityksellisen toiminnan, kuten työtoiminnan, joka antaa arkeen struktuurin ja auttaa oikeanlaisen unirytmien muodostumisessa. Tekeminen ja toiminta koetaan tärkeäksi myös laitoshoidossa, kuten katkaisuhoidossa, jota haastateltavat kuvaavat ”turruttavaksi” olemiseksi ja lääkkeiden syömiseksi. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyn asiakkaat kokivat saavansa ja tarvitsevänsä samoja asioita palvelusta, kuten ilmenee oheisista vastauksista:

Voin osallistua toimintaan, näen ystäviä, voin vaikuttaa.

Hyvä että on tällainen paikka jossa voi ruokailla ja tavata ihmisiä. Lisäksi on internet käytössä ja lehdet. Voin keskustella työntekijöiden kanssa.

Toiminta on mielekästä. Pyrin osallistumaan liikuntaan voimieni mukaan. Musiikin kuuntelu rentouttaa. Minut hyväksyttiin niin kutsutun erikoisryhmän osallistujaksi. Kokonaisuudessaan positiivinen asia, että ei yksin tarvitse "taistella" demoneja vastaan.

Alkuaikoina oli tärkeää että oli sovittu paikka minne lähteä aamuisin. Ei tarvinnut lähteä baariin.

7.1.2 Toiminta

Vastauksista nousee esiin asiakkaiden kokemus palvelun tarjoaman toiminnan positiivisesta vaikutuksesta hyvinvointiin. Palvelun tarjoamissa erilaisissa **ryhmissä** ja **kursseissa** asiakkaat voivat jakaa omia kokemuksia, tunteita, elämäntarinoita ja päihteidenkäytön vaikutusta perhe-elämään. Asiakkaat kertoivat kuinka ryhmään on helppo tulla ja he tuntevat, että heistä välitetään ja heihin suhtaudutaan vakavasti. Ryhmissä käytävä keskustelu auttaa tuomaan selkeyttä asiakkaiden omiin näkemyksiin. Ryhmistä on saatu tukea omaan jaksamiseen, tietoa ja mahdollisuus kehittää itseään. Kursseja ja ryhmiä ovat parisuhdekurssi, vanhemmuusryhmä, elämäntaitoryhmä ja yleisaiheiset avoimet ryhmät.

A-klinikkasäätiön katsauksesta käy myös ilmi, että matalan kynnyksen palveluihin kuuluvien Elokolojen kävijät kertoivat osallistumisensa syyksi halun oppia uutta tai saada tietoa sekä mielekästä tekemistä. (Pitkänen ym. 2017b.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet kuvailivat toiminnan vaikutusta hyvinvointiinsa seuraavasti:

Et-ryhmästä ollut suuri tuki ja turva oman elämän hallinnassa.

Kurssi on virkistänyt. Ihmisten parissa olo ja säännöllisen liikunnan harjoittamisen aloittaminen auttanut.

Eri liikuntamuodot vahvistavat yksilöllisesti ja ryhmänä parikurssin tehtävät vahvistavat avioliittoa ja saa tukea tärkeistä parisuhteen keskeisistä asioista.

Avoimessa ryhmässä on helppo keskustella kipeistäkin asioista. Ryhmän tuki auttaa ymmärtämään. Samat asiat yhdistää.

On ollut hyvä kuulla muiden kokemuksia, miten läheisen päihteiden käyttö vaikuttaa koko perheeseen ja miten voi auttaa tukemaan läheistä ja samalla pysyä itse järjissään.

Asiakkaat kokivat saaneensa **tietoa** päihteiden haitoista ja päihteettömyyden eduista, mielenterveyden ongelmista ja mielenterveyden ylläpitämisestä. Asiakkaat olivat saaneet henkilökunnalta tietoa erilaisista palveluista ja järjestötoiminnoista. **Palveluohjausta** oli saatu esimerkiksi sosiaalisista ja työttömyysturvasta. Järjestötoimintaan osallistumalla asiakkaat kokivat saaneensa kiinnikekohdan yhteiskuntaan, josta olivat tunteneet pudonneensa pois. Palveluohjauksen tarve ilmeni myös Laurilan pro gradu-tutkielmassa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kertoivat, miten vaikeaa on avun löytäminen omien voimavarojen puuttuessa. Tällöin palveluohjaus ja yhteydenottoissa auttaminen on tärkeää. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet kuvailivat tilannettaan seuraavasti:

Olen saanut tietoa mielenterveyden ongelmista/sairauksista. Olen saanut puhua omasta tilanteestani ja saanut tukea ja neuvoja miten olisi hyvä toimia että itse jaksaa.

Olen ryhmääntynyt ja saanut tietoa päihdeongelmaan liittyvistä asioista sekä apua mielenhallintaan.

Apua kaikin tavoin ollut. Henkistä tukea, papereiden pyörittelyssä ja tekemisessä suuri apu ja/tai ovat tehneet puolestani. ehdottoman tärkeä matalan kynnyksen palvelumuoto, ei tarte jonottaa ja/tai kuunnella virastolatinaa.

Henkilökunnan sanottiin olevan ystävällistä, ammattitaitoista ja antavan käytännön apua asiakkaiden ongelmiin. Monet mainitsevat henkilökunnan kanssa keskustelun tärkeäksi hyvinvoinnilleen. Siitä saa ymmärrystä omaan tilanteeseen, jaksamista arkeen ja eväitä jatkoon. Henkilökunnan koettiin välittävän aidosti asiakkaiden ongelmista, olevan asiallisia ja puolueettomia.

7.1.3 Tuki ja ilmapiiri

Monille hyvinvointikyselyyn vastanneille palvelun tärkeintä antia oli **ihmisten kanssa jutustelu, tuttavien kohtaaminen ja uusien ihmissuhteiden solmiminen**. Palvelu voi tarjota arjen ainoan sosiaalisen kanavan ja täyttää sosiaalista tarvetta. Tavallinen kanssakäyminen, jossa päihteet tai muut elämän ongelmat eivät ole keskiössä on voinut jäädä vähäiseksi. Useat vastanneet tuovat esille yksinäisyyttään. Asiakkaiden tukiverkosto voi olla hyvin kapea. Monet kertovat sosiaalisten suhteidensa lisääntyneen palvelun käytön myötä. Ryhmään kuulumisen koettiin tärkeäksi.

Hyvinvointikyselyyn vastanneet olivat ilmoittaneet Elokolojen toimintaan osallistumisen syyksi halun tavata ihmisiä ja tutustua uusiin ihmisiin. (Pitkänen ym. 2017b). Seuraavassa hyvinvointikyselyyn vastanneiden mielteitä.

Todella mukava tulla paikkaan - tänne! Näkee jo kuolleeksi luulemiani vanhoja ystäviä - tuttuja hyvässä kunnossa, mihin juuri kyseiset palvelut ovat paljolti vaikuttaneet.

Tapaan ihmisiä, tulee keskusteluja, tietoa. Käytän yhdistyksen ruokapalvelua. Voin jakaa kokemuksia.

Täällä saa hyviä sosiaalisia suhteita. Puoliso on kuollut. Täällä on hyvä henki ja on hyvä käydä.

Olen saanut tutustua erilaisiin ihmisiin, heidän kokemuksiinsa, kertoa omistani. Toiminta ja tekeminen tuo järjestystä, säännöllisyyttä ja rytmiä elämään.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla **vuorovaikutus** ja **kuulluksi tuleminen** olivat merkityksellinen osa hoitosuhdetta. Kuulluksi tuleminen merkitsee asiakkaille ohjeiden, avun ja neuvojen saamisen lisäksi omien murheiden jakamista sekä hoidon tuloksien arvioimista.

Terveystenhuollon henkilöstön vaihtuvuus on haaste pitkäaikaisella hoitosuhteella ja laadukkaalla hoidolla. (Laurila 2016). Hyvinvointikyselyyn

vastanneet kertoivat vuorovaikutus- ja kuulluksi tulemisen kokemuksistaan seuraavasti:

Keskustelusta on ollut apua, sillä henkilökunta on ammattitaitoista.

Ensimmäisestä käynnistäni alkaen tunsin että minusta välitetään. Ohjaajat ovat tosi ystävällisiä, ymmärtäviä ja ammattitaitoisia. Toiset toivottivat minut tervetulleeksi, jos ei sanallisesti niin käytöksellään.

On hyvää itsetutkiskelua pysähtyä miettii ja puhuu omista jutuistaan ammattilaisen kanssa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaat toivat esiin **vertaistuen** merkityksen hyvinvointinsa parantamiseksi. Vertaistuen kautta asiakkaat saivat kokemuksen, etteivät ole yksin ongelmiansa kanssa. Omien kokemusten jakamisen lisäksi monet kertoivat palvelun antavan uusia näkökulmia ja mahdollisuuden ratkaista oman elämänsä ongelmia. Palvelu antoi mahdollisuuden auttaa muita ja vaikuttaa, mikä tuo elämään merkitystä ja mielekkyyttä.

Tärkeitä asioita: Kokemusten jakaminen vertaisten kanssa, mahdollisuus auttaa muita, mahdollisuus vaikuttaa.

On tietyllä tapaa helpottavaa huomata, että myös muilla on samankaltaisia ongelmia kuin itselläni.

Olen nyt tottunut isompiin porukoihin ja jutusteluun. Tunnen tekeväni jotakin hyödyllistä ja ehkä voin hiukan auttaa joskus muitakin kuuntelemalla ja miettimällä yhdessä asioita. Saan myös elantoni tästä työstä.

Olen kokenut saavani asiallista ja puolueetonta tukea ja pystynyt puhumaan ja purkamaan ajatuksiani ja tunteuksiani.

Hyvinvointikyselyyn vastanneet kokivat palvelun lisänneen **toivoa** ja **uskoa tulevaisuuteen**. Asiakkaat kertoivat saaneensa uutta sisältöä elämäänsä. Masennus on monien mielestä lieventynyt palvelun myötä. Asiakkaat kokivat jaksavansa tehdä enemmän ja olevansa positiivisempia.

Päihdehoitotyön merkitys asiakkaan toivon ylläpitämisessä ilmenee myös Laurilan pro gradu- tutkielmassa. Tulevaisuus näyttäytyy usein päihde- ja mielenterveysasiakkaille epäselvänä, jolloin työntekijältä ja toiminnalta vaaditaan tukea ja kannattelua. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet kuvailivat kokemuksiaan seuraavasti:

Olen huomannut että elämässä on muutakin kuin surua, huumeita ja väkivaltaa. Ellen olisi tullut tänne hoitoon, en olisi tätä joulua nähnyt.

Jos en olisi tänne päässyt, en tiedä missä nyt olisin. Näen pitkästä aikaa tulevaisuuden valoisana ja uskon että pysyn päihteettömänä ja sen kautta voin aloittaa täysin uuden elämän vaikka ikää on jo jonkun verran.

Kaksi vuotta masennuksesta, eristäytymisestä ja päihteistä tähän päivään. Olen saanut halun elää. Olen iloinen. Lähden liikkeelle. Huolehdin asioista. Terapia on ollut hyvin korkealaatuista. Elämäni on muuttunut ja olen saanut takaisin minuuteni!

Vastanneet mainitsivat palvelun mahdollistavan **päihteettömyyden** tai **päihteettömyyteen pyrkimisen**. Palvelujen käyttäjistä monet kokevat havahtuneensa elämäntilanteeseensa palvelun myötä. Sydämellisen ja ammattitaitoisen henkilökunnan koetaan tukevan päihteetöntä elämää.

Päihteettömyyden tuki palveluun osallistumisen syynä nousee esille erityisesti päihdejärjestöjen kautta tulleissa vastauksissa. Katkaisu- ja lääkehoito ovat muita syitä osallistumiseen. (Pitkänen ym. 2017a.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet ovat saaneet tukea päihteettömyyteen kertomansa mukaan.

Olen saanut arjen hallintaan ja tukea päihteettömyyteen.

Olen saanut hyviä kokemuksia omaan päihteettömyyden ylläpitämiseksi ja kerron päihteettömyyden eduista.

Jälkipolku tuki raittiuttani. Sain myös uusia ystäviä, jotka olivat samassa elämäntilanteessa.

A-klinikan avulla olen havahtunut omaan tilanteeseen ja toipunut oman elämäni toimijaksi. Kohta saanut olla kaksi vuotta raittiina.

Asiakkaat kokivat palvelun **ilmapiirin** tärkeäksi hyvinvoinnilleen. Monet vastanneista tuovat esiin palveluympäristössä olevan hyvän hengen. Palvelu tarjoaa myös levähdyspaikan, edes yhden rauhallisen paikan heidän arjessaan missä olla. Vastaajat kertoivat, että heidät nähdään yksilöinä ja toivotetaan tervetulleeksi. Asiakkaat kokivat tärkeäksi ihmisten tapaamisen ja yhteenkuuluvuuden tunteen.

Avoin ja suvaitsevainen kohtelu, ei tuomita eikä etsitä negatiivisia asioita.

Täällä ihminen tuntee itsensä ihmisenä.

On kuin ystävälliseen kotiin tulisi, minut otetaan ihmisenä vastaan, asioihin suhtaudutaan vakavasti.

Auttanut tuntemaan kuuluvansa johonkin ryhmään, ei ole tilanteessaan täysin yksin.

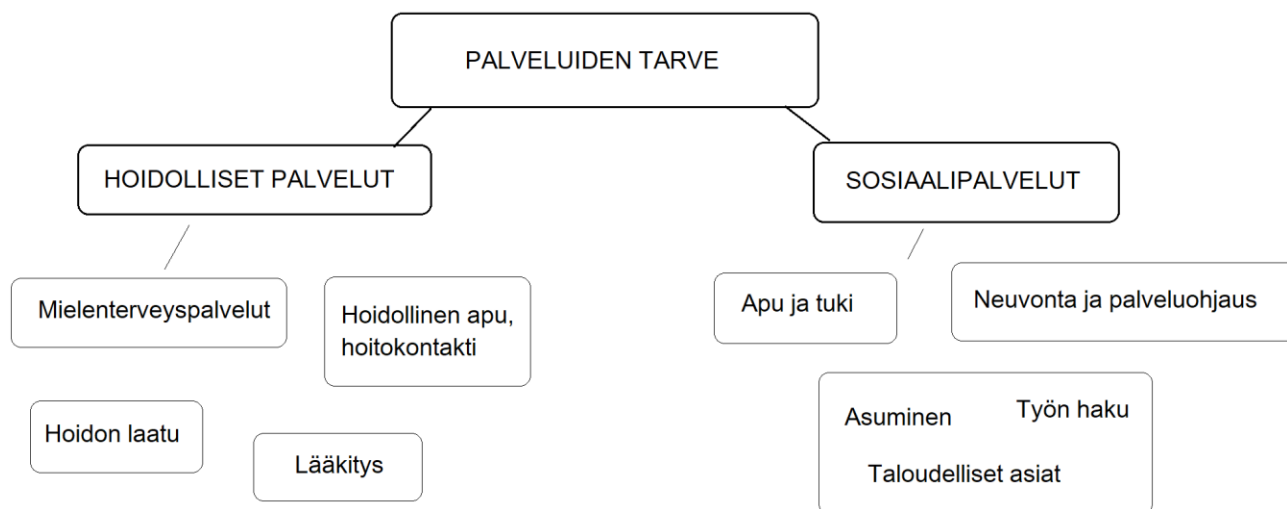
Monet vastanneista kertoivat yhdessä **ruokailun** tai kahvittelun olevan tärkeä osa palvelua. Monille palvelun tarjoama ruoka on tärkeä taloudellinen tuki. Pelkän ruuan lisäksi yhdessä ruokailu koettiin mielekkääksi ja hyvinvointia tukevaksi. Ruokailu tai kahvin nauttiminen seurassa on helppo tapa olla luontevasti yhdessä.

Täällä saa puhua. Ihmisten kanssa ruuanlaitossa/syömisessä on aina jotain pyhää.

Hieno työskennellä ja viettää vapaa-aikaa pitäen yllä ruuanlaittamis taitoja.

Hyvä että on tällainen paikka jossa voi ruokailla ja tavata ihmisiä. Lisäksi on internet käytössä ja lehdet. Voin keskustella työntekijöiden kanssa.

7.2 Palveluiden tarve



Kaavio 2: Temaattinen jaottelu toisen tutkimuskysymyksen vastauksista

Tässä luvussa esitellään toisen tutkimuskysymyksen tuloksia. Tutkimuskysymys on ***Minkälaisia palveluja ihmiset kokevat tarvitsevansa mihin palvelujärjestelmä ei vastaa?*** Tähän kysymykseen ei ole paljon vastauksia ja useimmat vastauksista ovat lyhyitä. Suurin osa vastauksista on yksittäisiä esimerkkejä saamattomasta palvelusta, esimerkiksi siivousapu tai ADHD lääkitys. Yksi useasti toistunut vastaus on psykoterapia. Palveluiden tarve on jaettuna mielenterveyspalveluihin ja sosiaalipalveluihin. Toisessa kaaviossa (Kaavio 2) esitellään palveluiden tarvetta vastausten pohjalta.

7.2.1 Hoidollisten palveluiden tarve

Mielenterveyspalveluiden tarve nousi esille vastauksista. Monet vastanneista kokivat, etteivät ole saaneet psykiatrasta hoitoa tai sitä ei ole tarjottu. Lähetettä psykiatriseen hoitoon on vaikea saada samanaikaisen päihdeongelman vuoksi. Asiakkaat kertoivat, etteivät saa mielenterveyspalveluita päihdeiden käyttönsä takia.

Laurilan pro gradu tutkimuksessa haastateltu mielenterveys- ja päihdeasiakas kertoi lääkärin vastaanotolle pääsemisen vaikeaksi. Vastaanotolle viimein päästessään hän ei ole kokenut tulleen kuulluksi päihteiden ongelmakäyttöön liittyvien masennustilojensa kanssa (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet asiakkaat kuvailivat mielenterveyspalveluiden puutetta näillä sanoilla:

Täytettyäni 18 yritin itsemurhaa kahdesti. Minulle luvattiin apua, jota en saanut. Sen jälkeen olen käyttänyt päihteitä kolme vuotta päivittäin.

Psykiatrian avohoitopotilaana tunsin olevani yksin ongelmieni kanssa. Avokuntoutukseen päästyäni on tukea ollut riittävästi.

Psykiatriselle poliklinikalle ei pääse seulojen takia.

Jotkut vastanneista mainitsivat, etteivät ole saaneet pyytämäänsä tai toivomaansa **hoidollista apua** tai **hoitokontakti** puuttuu kokonaan. Yleinen tyytymättömyys terveyspalveluihin nousi esille. Hoidon **laatuun**, kuten hoitohenkilökuntaan oltiin tyytymättömiä. Erikoissairaanhoidon tarjonta mainittiin puutteellisena. **Lääkitys** tai sen puuttuminen koettiin hoidollisena elementtinä vastauksista.

Laurilan tutkimuksessa haastateltavat päihde- ja mielenterveysasiakkaat kertoivat myös lääkityksen olevan ongelmallista. Tämä voi johtua asiakkaan vääränlaisesta lääkkeidenkäytöstä, kuten lääkkeiden yliannostuksesta tai poisjättämisestä. Haastateltavat kokivat, etteivät ole saaneet tarpeeksi ohjeistusta lääkehoidossaan. Lääkäreiltä toivottiin enemmän keskusteluapua, eikä vain reseptien uusimista. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastaajat kuvailivat hoidollisen palvelun puutteita seuraavasti:

Kaipaahan tahoa joka paneutuisi kunnolla lääkeasiaani.

Tosin aina ei ole tietoa mitä palveluja olisi tarjolla, saatavissa ja mitä ne pitävät sisällään.

Olen pyytänyt monta kertaa päästä katkolle enkä ole päässyt. Sitten kun en enää tarvinnut, sitten olisin päässyt. Sitten kun retkahdin ja sanoin että "Nyt voisin mennä.", en enää päässyt.

Olisin todella tarvinnut K-klinikalla hoitajan vaihdon mitä ei kuitenkaan otettu todellakaan todesta!?

7.2.2 Sosiaalipalveluiden tarve

Toinen teema on **sosiaalipalveluiden tarve**. Vastanneet kokivat tarvitsevansa apua ja tukea sosiaalipalveluiden järjestämisessä, kuten **asumisessa, työhaussa ja taloudellisissa asioissa**. Asunnottomuuden uhka mainittiin useampaan otteeseen. Monet kokivat oman taloudellisen tilanteensa tukalaksi ja tarvitsevat taloudellista tukea välttämättömiin menoihin. Sosiaalipalvelut, kuten työvoimapalvelut miellettiin usein mutkikkaiksi ja turhauttaviksi. Vastanneet kaipasivat neuvontaa ja palveluohjausta henkilökunnalta. Lisäksi apua kaivattiin siivous- tai lakiasioissa.

Työvoimapalvelut ovat sekavat, kokoajan muuttuvat.

Tarvitsen apua mielekkään työn löytymiseen.

Apua passin kanssa, ajokortti pitää jatkaa, sossu, toimeentulotuki, hammaslääkäri.

On asunto, mutta ei takuuvuokraa, vakuutusta ja vuokraa on rästissä. Tilanne on huono ja ahdistava, pitäisi toimia.

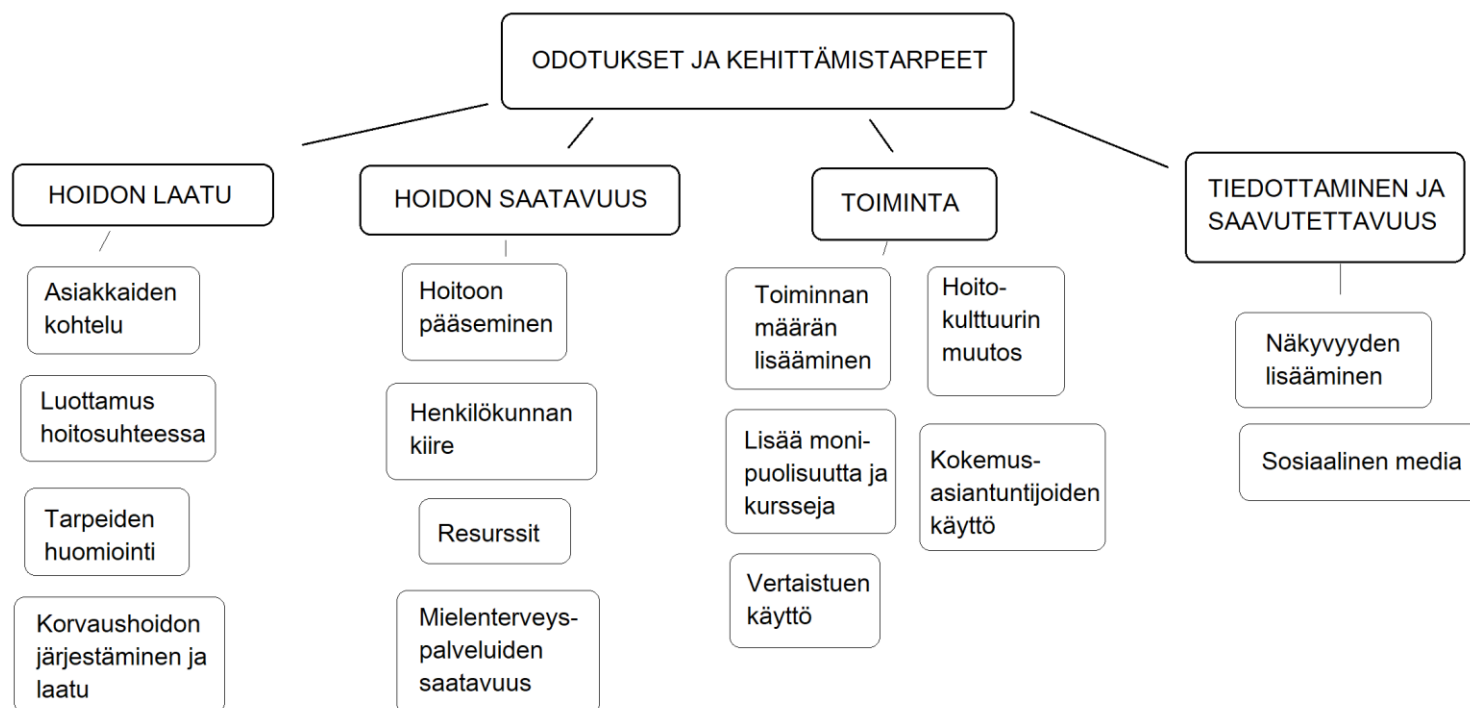
Asuntoneuvontaa pitäisi olla enemmän jotta tietäisi mistä asuntoja voi ylipääätänsä hakea.

En pärjää mitenkään näillä rahoilla kun ei ole vaatteita, kenkiä, matkakorttia, ruokaa tai mahdollisuutta hygieniaan.

7.3 Odotukset ja kehittämistarpeet

Tässä luvussa esitellään kolmannen tutkimuskysymyksen tuloksia. Kolmas tutkimuskysymys on **Minkälaisia odotuksia ja kehittämistarpeita järjestöjen toiminnalle on?** Tähän kysymykseen on vastattu paljon. Suuri osa vastauksista on useamman lauseen pituisia. Positiivista palautetta palvelusta on tullut paljon, mutta nämä eivät ole kovin rakentavia. Positiivista palautetta on tullut erityisesti

henkilökunnan ystävällisyydestä ja avusta. Vastaus on esimerkiksi muodossa "Te olette ihan huippuja.". Tässä luvussa tarkastellaan palveluiden kehittämistarpeita, odotuksia ja konkreettista palautetta. Vastauksista nousee neljä eri teemaa: Hoidon laatu, hoidon saatavuus, palveluiden tiedotus ja saavutettavuus ja järjestöjen toiminta. Kolmannessa kaaviossa (Kaavio 3) on jaoteltu odotuksia ja kehittämistarpeita järjestöjen toiminnalle.



Kaavio 3: Temaattinen jaottelu kolmannen tutkimuskysymyksen vastauksista

7.3.1 Hoidon laatu

Hoidon laatu pitää sisällään asiakkaiden kohtelun, tarpeiden huomioimisen ja luottamuksen hoitosuhteessa. Asiakkaat toivoivat lääkäreiltä ja hoitajilta yksilöllistä ja arvokasta kohtelua. Monet vastanneet kokivat, etteivät ole tulleet kuulluksi hoitoaan koskevissa asioissa. Asiakkaat toivoivat enemmän tasa-arvoista kohtelua potilaiden tai asiakkaiden välille. Korvaushoidon järjestäminen koettiin osin vaikeaksi ja hoito puutteelliseksi.

Laurilan pro gradu-tutkielmassa mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kertoivat myös hoidossa tuntemastaan häpeästä hoitohenkilökunnan käytöksen ja potilaiden kohtelun vuoksi. Tärkeää on hoitohenkilökunnan tapa puhua potilaalle ja potilaan asioista. Asiakkaat kokivat, ettei heidän yksityisyyttään ja ihmisarvoaan ole hoidossa kunnioitettu. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet mielenterveys- ja päihdekuntoutujat kommentoivat hoidon laatua seuraavasti:

Tämä on ensimmäinen erilainen kuntoutuspaikkani, missä keskitytään oikeisiin aiheisiin ja niin monipuolinen. Saa apua ja neuvoja muihinkin elämäntilanteisiin päihteidenkäytön lisäksi. Pitäisi olla enemmän tällaisia paikkoja.

Toivoisin että lääkäri ottaisi enemmän huomioon potilaan tarpeet.

Lääkärit eivät kuuntele potilaiden mielipiteitä tai ainakaan välitä niistä kun puhutaan potilaan asioista. En kirjoita enempää kun sitäkään ei varmaan oteta huomioon kun hoitohenkilökunta sanoo "ei pidä paikkaansa".

Korvaushoitopalveluissa isoja puutteita. Esim. lääkärin tapaamiset, hoitosuunnitelmassa pysyminen, avun saaminen silloin, kun asiakas itse huomaa retkahtaneensa. Silloin se luottamus loppuu siihen, kun apua pyydät niin saat uhkauksia ja lääkityksellä kiristämällä asiakas joutuukin itse hoitaa ongelmansa.

Laitilan haastatteleminen mielenterveys- ja päihdehoidon asiakkaiden mukaan asiakkaiden osallisuus mielenterveys- ja päihdehoidossa ei aina toteudu. Haastateltujen mukaan palveluiden käyttäjillä on usein paras asiantuntijuus palvelusta, mutta sitä ei usein huomioida. Esimerkiksi hoitosuunnitelman yhdessä laatiminen lisääisi asiakkaiden osallisuutta hoidossa. Asiakkaat ilmaisivat halustaan osallistua palveluiden kehittämiseen erilaisten kyselyiden avulla. Haastatellut toivoivat inhimillistä kohtelua hoitohenkilökunnan taholta, ja ettei kaikkia asiakkaita "iskettäisi samaan muottiin", vaan hoitosuhteessa huomioitaisiin yksilöllisyys. (Laitila 2010.)

Hyvinvointikyselyyn vastanneet mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaat kertoivat myös **hoitokulttuurin muutoksesta**, tai sen tarpeesta. Tässä

tapauksessa hoitokulttuuriin kuuluu henkilökunnan asenteet, toimintatavat ja asiakkaiden kohtelu. Henkilökunnan käsitys päihderiippuvuudesta määrittelee hoitoa. Päihderiippuvaisten kohtelu on voinut olla työkeää terveydenhuollon henkilöstön puolelta. Vastanneet kokivat edelleen, että hoitokulttuuriin päihderiippuvaisten hoidossa kaivataan muutosta.

Kirjoitin ed. sivuille jotain huonosta korvaushoidon laadusta. Vaikka hoitajat varmasti tekevät parhaansa, on hoito ideologisesti täällä väärin järjestetty. Kahlit niin kuin se koukku, minkä takia siinä on, eikä vapautta niin kun pitäisi. Myös räikeitä hoitovirheitä - uloskirjauksia, eikä kukaan auta tai tee asialle mitään. Olisi hienoa voida kehittää sitä myös "toiseen suuntaan", koska näin tuloksia ei ole tullut kuin huonoja!

Olen niin onnellinen, että asenneilmasto päihderiippuvaisuuksiin on hitaasti muuttumassa. Aletaan ymmärtämään, että kyse ei ole ihmisen "pahuus", laiskuus, jne.

Hoidot ja näkemykset eivät ole paljon muuttuneet vuosien myötä. Järjestöt pelkäävät ja myötäilevät lääkäreiden ja kumppaneidensa ylivaltaa. On tullut paljon uusia hoitomuotoja, jotka ovat käytössä yksityispuolella hyvin tuloksin. Tämä vaatii vain rohkeutta ja se puuttuu!

7.3.2 Hoidon saatavuus

Hoidon saatavuus nousi toisena teemana esille vastauksista. Palautetta tuli hoitoon pääsemisen hitaudesta, henkilökunnan kiireestä sekä resursseista. Vastauksista nousi esiin toive mielenterveys- ja päihdepalvelujen resurssien lisäämisestä. Lääkäreitä ja sairaanhoitajia toivottiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin enemmän. Jo olemassa olevat resurssit koettiin usein kuormitetuiksi ja riittämättömiksi. Mielenterveyspalvelut miellettiin erityisen puutteellisiksi. Matalan kynnyksen palveluita ei ole samalla tavalla kuin päihdepalveluissa. Ennaltaehkäisevää toimintaa on vähän. Asiakkaat kokivat, ettei päihteidenkäytön tulisi olla esteenä mielenterveyspalveluihin pääsemiselle.

Päihdepalveluita on ollut riittävästi saatavilla ja ne ovat toimineet hyvin. Mielenterveyspalveluita ei tarjottu, vaikka koin aiemmin tarvinneeni niitä.

Kehittämistarpeita: ennen oli mielenterveystoimistoja, joihin pääsi vain pienellä jonotuksella. Nyt ei pääse lainkaan. Enempi ns. matalan kynnyksen paikkoja. Apua olisi saatava heti, kun ilmenee jotain vakavaa.

MIKSI KAIKKI TEHTY NIIN PIRUN VAIKEAKSI?!?!?! Hoitoon tai mitä tahansa vaikea päästä ja pitkät jonot esim. terveyskeskuspäihdepalveluihin, kun olisi akuutti tarve tai tilanne.

Kehittämistä olisi paljonkin, resurssit ei vaan riitä, taloudellinen tilanne se on monessa kohdassa kynnyskysymys. Hyvin näilläkin eväillä on menty eteenpäin, mutta raha ratkaisee, se on iso kynnys sekin.

7.3.3 Palveluista tiedottaminen ja saavutettavuus

Vastanneet kokivat palveluista **tiedottamisen** ja **saavutettavuuden** haasteelliseksi. Palveluihin kaivattiin lisää näkyvyyttä. Toisaalta monet vastanneista kokivat, että apua on saatavilla, jos jaksaa hakea. Avun hakemiseen vaaditaan jonkun asteista kykyä, uskallusta ja voimia lähteä liikkeelle. Eri paikkakunnilla on erilaiset mahdollisuudet osallistua toimintaan, joissakin kunnissa on vähemmän palveluita tai välimatkat pitkiä. Ihmisillä on erilaiset valmiudet löytää palveluita, kaikki eivät esimerkiksi pysty käyttämään tietokonetta.

Päihdeongelman ollessa kyseessä, kertaluonteinen apu ei ole riittävää. Päihdeasiakas saattaa ajautua palveluiden piiriin useasti. Asiakkaan pallottelu eri palvelutahojen välillä on tuttua mielenterveys- ja päihdeasiakkaan näkökulmasta. He joutuvat usein väliinputoajiksi palvelujärjestelmässä. Tavoittamattomien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluiden ja avun tarve saattaa olla suuri, mutta palvelujärjestelmä ei heitä tavoita. (Laurila 2016.) Hyvinvointikyselyyn vastanneet kommentoivat palvelun saavutettavuutta ja tiedotusta seuraavasti:

Apua on kyllä saatavilla, jos pystyy hakemaan.

Helppo osallistua, ei tunne itseään ulkopuoliseksi. Aktiivisuus riippuu paljon itsestä, toimintaa on aivan riittävästi ja monipuolisesti.

Lisää painopistettä esim. Facebook-ryhmiin ja muuhun sosiaaliseen mediaan.

Informaatiota lienee on, mutta kuinka saavuttaa kaikkein suurimmassa avun tarpeessa olevat?!?

7.3.4 Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminta

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen **toimintaan** oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Toimintaa toivottiin vastausten pohjalta lisää, esimerkiksi ilta- ja viikonlopputoiminnalle olisi käyttöä. Asiakkaat kaipasivat toimintaan monipuolisuutta ja lisää erilaisia kursseja. Asiakkaat toivoivat lisää vertaistukea ja kokemusasiantuntijoiden käyttöä toiminnassa sekä yhteistyötä oppilaitosten kanssa. Kokemusasiantuntijoiden oletettiin tuntevan sairautta tai riippuvuutta oman kokemuksensa kautta hoitohenkilöstöä paremmin.

Henkilökunnan näkemykset asioista päihdevammaisten kesken. Alalle tarvitsisi päihdeasiaa konkreettisesti tuntevia henkilöitä. Kirjoista asioita ei opita.

Päihde- ja mielenterveyspuolen järjestöjen ja alueiden oppilaitosten yhteistoimintaa pitäisi lisätä huomattavasti. Oppilaita tutustumaan toipujien ohjaukselle vertaistoimintaan ja sen merkitykseen.

Olisi hyvä olla monipuolisempia mahdollisuuksia sosiaaliseen kuntoutukseen/työtoimintaan/kuntouttavaan työtoimintaan. Hyödyllisen tiedon jakamista vielä enemmän esim. yhdistystoiminnasta infoa kuten myös töissä, sairaseläkkeellä asiaan liittyen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

MIPA hyvinvointikyselyn perusteella mielenterveys- ja päihdepalvelut lisäävät selvästi palvelun käyttäjien hyvinvointia, erityisesti matalan kynnyksen palvelut koetaan hyödyllisiksi. Tuloksista käy ilmi, että palveluiden vaikutukset vastaajien hyvinvointiin ovat laajoja. Palvelut parantavat asiakkaiden hyvinvointia lisäämällä arjenhallintaa. Asiakkaat kokevat saavansa palvelusta säännöllisyyttä, rytmiä ja rutiinia arkeensa. Palvelu tarjoaa myös päihteetöntä toimintaa. Asiakkaat kokevat palvelun tarjoaman toiminnan tukevan hyvinvointiaan. Ryhmät, kurssit ja palveluohjaus koetaan hyödyllisiksi. Henkilökunnan ystävällisyys ja ammattitaito ovat tärkeässä roolissa asiakkaiden hyvinvoinnin tukemisessa.

Vastauksista nousee esille palvelun tarjoaman tuen ja ilmapiirin merkitys. Vuorovaikutus toisten palveluiden toimintaan osallistuvien kanssa tukee asiakkaan hyvinvointia. Vertaistuki koetaan tärkeänä osana palvelua. Palvelut lisäävät uskoa ja toivoa tulevaisuuteen, kuten päihteettömyyteen pyrkimiseen. Vastauksista käy ilmi ihmisten tapaamisen, yhdessä tekemisen, yhteenkuuluvuuden tunteen ja palvelussa koetun hyvän hengen merkitys ihmisten hyvinvointiin.

Hyvinvointikyselystä käy ilmi mielenterveys- ja päihdepalveluiden puutoskohdat. Mielenterveyspalvelut koetaan riittämättömiksi. Päihteidenkäyttö on usein esteenä mielenterveyspalvelujen saamiselle. Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita kaivataan hyvinvointikyselyyn vastanneiden mukaan lisää. Muita hoidollisia puutoksia ovat hoitoon pääsemisen hitaus, hoidon laatu, sekä lääkitys tai sen puuttuminen. Sosiaalipalveluiden järjestämisessä, kuten asumiseen, työnhakuun ja taloudellisiin asioihin kaivataan neuvontaa ja ohjausta.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämis ehdotuksina nousevat esille hoidon laatu ja saatavuus, palveluista tiedottaminen ja järjestöjen toiminnan sisältö. Asiakkaiden tasa-arvoista kohtelua, tarpeiden huomioimista sekä luottamusta hoitosuhteessa on kehitettävä. Hoitohenkilökunnalta saatu kohtelu

on tärkeä osa hoidon laatua asiakkaiden näkökulmasta. Henkilökunnan kiire ja resurssit koetaan hoitoa ja palvelua heikentävinä tekijöinä.

Palveluun osallistuminen koetaan helpoksi, mikäli asiakas pystyy hakeutumaan palveluun tai osaa etsiä palveluita. Lisää huomiota tulee kiinnittää palveluista tiedottamiseen sekä niiden asiakkaiden saavuttamiseen, joilla on esteitä palveluun pääsyyn. Palveluiden tarjoamaan toimintaan toivotaan lisää monipuolisuutta, kuten kokemusasiantuntijoiden mukana oloa tai osaamisen hyödyntämistä. Pääsääntöisesti palveluihin ollaan tyytyväisiä. Asiakkaat ovat kiitollisia saamastaan palvelusta.

9 POHDINTA

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujalle palvelun ilmapiiri ja ihmisten aitous tuntuvat olevan tärkeitä. Tämä voi johtua osittain siitä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutajat ovat usein ei-toivottuja asiakkaita tai potilaita terveydenhoitopalveluissa. He jäävät usein palveluiden ja yhteiskunnan ulkopuolelle. Avun tai hoidon hakeminen voi olla vaikeaa, jos palvelut muuttuvat jatkuvasti. Palvelut on tehtävä mahdollisimman helposti lähestyttäviksi. Hyvinvointikyselyn vastauksista nousee hyvin vahvasti esille mielenterveys- ja päihdepalveluiden tärkeys.

Useimmat hyvinvointikyselyn avovastauksista ovat samantyyliisiä; niissä esiintyy samoja huomioita ja teemoja palvelusta ja paikkakunnasta riippumatta. Tietynlaiset esiin nostetut asiat, kuten henkilökunnan ystävällisyys eivät ole paikkakohtaisia, vaan oleellinen osa asiakkaan tyytyväisyyttä palveluun. Joistakin vastauksista näkee, että palvelun käyttäjä on käyttänyt palvelua useita vuosia, jopa vuosikausia. Jotkut taas vastasivat vasta aloittaneensa palvelun käyttämisen. Palveluiden käyttäjistä löytyy yhdistävien tekijöiden lisäksi moninaisuutta, muun muassa eri elämäntilanteiden takia.

Avovastauksia oli ajoittain vaikea lokeroida vain yhteen teemaan. Monet aiheet tai aiheisanat sopivat useaan eri teemaan, esimerkiksi henkilökunnan ystävällisyys voi liittyä hoidon laadun lisäksi ilmapiiriin. Osa lainauksista sopii myös moneen kohtaan, sillä asiakkaat eivät lokeroi ajatuksiaan vastatessaan hyvinvointikyselyyn. Jaottelu eri teemoihin voi olla tästä syystä jäykkää.

Hyvinvointikyselyn vastauksista ilmenee palvelun käyttäjien ahdistus toimeentulosta tai tulevaisuudesta. Jatkuva huoli toimeentulosta ja huomisesta kuluttaa voimavaroja ja on este kuntoutumiselle. Päihde- tai mielenterveyskuntoutujan on tärkeä saada välttämättömät tarpeet, kuten asunto, ruoka ja vaatteet ennen kuntoutuksen alkamista. Mielenterveys- ja päihdepalvelut auttavat asiakkaitaan monella tavalla, kuten palvelunohjauksella ja lääkinnällisellä hoidolla. Palvelut antavat myös tukea päihteettömyyteen ja

uskoa tulevaisuuteen. Monille vastaajista palvelun tärkeimpänä antina ovat kuitenkin arkiset asiat, kuten ihmisten tapaaminen ja yhdessä tekeminen.

Mielenterveys- ja päihdejärjestöillä on tarkoitus kehittää jatkuvasti toimintaansa palvelun laadun takaamiseksi. Käytänteitä on katsasteltava kriittisesti ja muutettava asiakkaiden tarpeisiin sopiviksi. Muuttuvat tarpeet ja toisaalta muuttuva yhteiskunta vaativat toimintamallien jatkuvaa päivittämistä ja kehittämistä. Lisäksi tiede tuo jatkuvaa uudistuksen tarvetta mielenterveys- ja päihdetyöhön.

9.1 Työn luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö on tehty hyvinvointikyselyyn vastanneiden oman päihde- tai mielenterveysongelman vuoksi sekä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen palveluja käyttäneiden ja toimintoihin osallistuneiden asiakkaiden äänen esiin tuomiseksi. Tutkimuksessa on keskitytty ainoastaan asiakkaiden kokemuksiin saamastaan palvelusta, jota mielenterveys- ja päihdepalvelut voivat hyödyntää toiminnassaan. Opinnäytetyö on osana mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä ja se on toteutettu täysin asiakkaiden identiteettiä suojaten. Asiakkaiden henkilöllisyys tai käyttämä palvelu eivät käy ilmi.

Suurin osa hyvinvointikyselyyn vastanneista on päihdekuntoutujia, sillä päihdepalveluiden asiakkailta on tullut enemmän vastauksia kuin mielenterveyspalveluista. Näin ollen opinnäytetyön tulokset koskevat enemmän päihdepalveluiden asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Toisaalta monilla päihdepalveluiden asiakkailta on myös mielenterveysongelmia. Monet matalan kynnyksen palvelut on suunnattu päihdekuntoutujille.

Vastanneet ovat todennäköisesti suhteellisen hyväkuntoisia, huonokuntoisimmat eivät ole voineet vastata tai heitä ei ole tavoitettu. On syytä pohtia, miten tämä vaikuttaa tutkimuksen lopputulokseen. Opinnäytetyön tekijät eivät tunne kaikkia hyvinvointikyselyn palveluja ja toimintoja, joissa kyselyyn on vastattu, joten arviointi tapahtuu asiakkaiden antaman palautteen perusteella, sekoittamatta

niihin opinnäytetyön tekijöiden omia kokemuksia palvelusta. Opinnäytetyön tekijöillä on taustatietoa ja kokemusta mielenterveys- ja päihdepalveluista koulutuksen ja työkokemuksen pohjalta. Tämä voi olla sekä hyödyksi että haitaksi tutkimusta tehdessä.

9.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekemistä on helpottanut molempien opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Aihe mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden kokemuksista oli mielenkiitoinen ja antoisa. Perehdyimme opinnäytetyötä tehdessämme laadulliseen tutkimukseen ja sisällönanalyysiin. Tutkimus eteni hyvässä yhteistyössä. Tutkimustuloksista olimme yksimielisiä ja työskentely oli dialogista.

Opinnäytetyön tekeminen ja saadut tulokset ovat antaneet suuntaviivaa tulevaan työhömmme mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Opimme, miten tärkeä merkitys asiakkaan kohtaamisella on. Oman kokemuksemme mukaan mielenterveys- tai päihdeasiakkaat eivät tule aina kuulluksi tai hyvin kohdelluksi terveydenhuollossa. Työ ei ole välttämättä asiakaslähtöistä, jolloin asiakkaan mielipiteellä ei ole merkitystä. Hoitohenkilöstöllä voi olla ennakkoluuloja ja negatiivisia asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Tulevina ammattilaisina voimme hyödyntää asiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta ja kehittää sen perusteella toimintaamme.

Diakonisen hoitotyön käsitteen ymmärtäminen antaa laajemman ymmärryksen potilaiden ja asiakkaiden terveyden edistämiseen ja tukemiseen. Hoitotyö on myös hengellistä ja henkistä. Diakoninen hoitotyö antaa työkaluja ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyössä ihmisen henkisen hädän kohtaaminen on olennaista. Ihmisen henkistä tukemista ei painoteta tarpeeksi hoitotyössä tai se horjuu käytännössä. Kuitenkin monet mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kaipaavat nimenomaan kohdatuksi tulemistä, kuuntelemista, vierellä kulkemista ja henkistä tukea. Monissa hyvinvointikyselyn palveluissa, kuten päiväkeskuksissa ja

kohtaamispaikoissa kiireetön läsnäolo, nähdynsi tuleminen ja yhdessä tekeminen korostuvat. Arkisten asioiden merkitystä ei voi vähätellä, kuten eräs vastaaja totesi: "Ihmisten kanssa ruokailussa on jotain pyhää."

Jatkotutkimusehdotuksina pohdimme mielenterveyskuntoutujien kokemukset matalan kynnyksen palveluista, kaksoisdiagnoosipotilaan hoito, mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitokulttuurin muutos ja mielenterveys- ja päihdehoitotyön henkilökunnan kokemukset ja asenteet. Diakonisen hoitotyön käyttöä ja kehittämistä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä voitaisiin tutkia lisää.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Viitattu 5.1.2017. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Muut_PDF/C10_2007_Kohti_tutkivaa_ammattikaytanta.pdf
- Aalto, Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö-kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Terveyskirjasto. viitattu 5.5.2016 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>
- Ahlström, Salme 2013. Alkoholin käyttö eri ikäryhmissä. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 71–72.
- A-klinikkasäätiö (a) i.a. A-Clinic Foundation. Viitattu 21.11.2017. <https://www.a-klinikka.fi/in-english>
- A-klinikkasäätiö (b) i.a. A-klinikka Oy. Viitattu 21.11.2017. <https://www.a-klinikka.fi/a-klinikka-oy/tietoa-yrityksesta/a-klinikka-oy>
- A-klinikkasäätiö (c) i.a. Hankkeita ja toimintaa. Viitattu 21.11.2017. <https://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/toiminta/hankkeita-ja-toimintaa>
- Alho, Hannu 2013. Lääkehoidon rooli alkoholiongelmien hoidossa. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 132.
- Elokolo- kohtaamispaikkatoiminnan käsikirja, 2016. Toimittaneet Maunu, Antti; Sironen, Jiri; Äyräs, Liisa & Sattilainen, Riitta. Helsinki http://www.ehyt.fi/sites/default/files/Elokolo_kasikirja_web.pdf
- Helsingin seurakunnat i.a. Hermannin diakoniatalo. Viitattu 25.11.2017. <http://www.helsinginseurakunnat.fi/yhteinetoiminta/apuajatukea/erityisdiakonia/paihde-jakriminaalियो/paihdejakriminaalियो.html>
- Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita. 40, 45–49, 51–53, 55–58, 65–68.

- Inkinen, Maria; Holmberg, Jan; Partanen, Airi; Kylmänen, Petri; Saarinen, Tiina
2015. Päihdehoitotyö toimintana. Teoksessa Anu Stormi (toim.)
Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 272-273, 338-339.
- Kaleva, Satu; Valkonen, Jukka 2014. Järjestölähtöisen auttamistyön vaatteet.
Suomen Mielenterveysseura, Horisontti. Kansalaisyhteiskunta
1/2014 nettijulkaisu
http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/puh_kaleva_valkonen.pdf
- Kaskela, Teemu; Pitkänen, Tuuli; Tourunen, Jouni; Valkonen, Jukka, Härkönen, Janne; Suvisaari, Jaana; Wahlbeck, Kristian; Kaikkonen, Risto
2014. Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat – ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Työpaperi 37/2014 nettijulkaisu
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120418/URN_ISBN_978-952-302-393-2.pdf?sequence=1
- Kauhanen, Jussi 2013. Terveystenhuolto, terveyden edistäminen ja alkoholi. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 154–155.
- Keltikangas-Järvinen, Liisa 2008. Temperamentti, stressi ja elämänhallinta. EU: WSOY, 256–257
- Kiianmaa, Kalervo 2013. Alkoholi-riippuvuuden biologiset taustatekijät. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 43–45.
- Kilkku, Niina 2009. Mielenterveyden edistäminen osana hoidollista vuorovaikutusta. Teoksessa Jari Kylmä, Merja Nikkonen, Pirjo Kinnunen & Teija Korhonen (toim.). Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Kuopio: Suomen Graafiset palvelut Oy, 103.
- Koivu, Aija & Haatainen, Kaisa 2012. Mielenterveyden edistämisen näkökulmia. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 76–77, 79–81.
- Kotovirta, Elina; Östeberg, Esa 2013. Alkoholin sosiaaliset haitat ja syrjäytyminen. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyt-

- tö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 85–86.
- Kuusimäki, Kalle 2012. Diakonia ja kirkon päätehtävä. Teoksessa Raili Gothoni ym. toim. Kantakaa toistenne kuormia - Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 12.
- Kyngäs, Helvi; Elo, Satu; Pölkki, Tarja; Kääriäinen, Marja & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede-lehti sähköinen julkaisu. Viitattu 5.5.2016 https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallontanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa
- Käypähoito 2015. Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. Julkaistu 31.8.2015. Duodecim. Viitattu 21.11.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00353>
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa. Itä- Suomen Yliopisto. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf
- Laurila, Jenni 2016. ”Mää niinku tavallaan pakenin elämää sil juomisel” Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kuvauksia elämäntilanteesta ja palvelukokemuksista. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99404/GRA_1466597974.pdf?sequence=1
- Leemann, Lars & Hämäläinen, Riitta-Maija 2015. Matalan kynnyksen palvelut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Viitattu 24.11.2017 https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/8bc8490c-c2e2-4ad5-ada8-0ce8df65435e
- Lehto, Juhani 2013. Päihdehuolto hyvinvointipalvelujen rakennemuutoksissa. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 99–100.
- Mielenterveysseura i.a. Kolmannen sektorin auttavat palvelut. Viitattu 5.5.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/kolmannen-sektorin-auttavat>

- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 6.10.2017.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273567.pdf>
- Mäkelä, Rauno & Murto, Lasse 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lundberg Painot Oy, 91–94
- Partanen, Airi & Kurki, Marjo 2015. Päihdehoitotyön ulottuvuudet ja toiminta ympäristö. Teoksessa Anu Stormi (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 213.
- Partanen, Airi 2015. Yhteiskunta, päihteet ja riippuvuus. Teoksessa Anu Stormi (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 488-490
- Pietilä, Anna-Maija 2012. Terveiden edistämisen lähtökohtia - katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 10–12, 15–16.
- Pitkänen(a), Tuuli, Elovainio, Mirka, Jokelainen, Suvi & Tourunen, Jouni: Ihmisten äänellä: Järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeet ja palvelun tarpeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja 65/2017.
https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/julkaisut/raporttisarja_65.pdf
- Pitkänen(b), Tuuli; Jokelainen, Suvi; Sironen, Jiri & Glad, Timo 2017. Matalan kynnyksen kohtaamispaikat edistävät hyvinvointia. A-klinikkasäätiö: Katsauksia ja näkökulmia 1/2017. https://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tietopuu_katsauksia_ja_nakokulmia_%201_2017_Elokolo.pdf
- Puuska, Karoliina 2012. Diakoniatyö ryhmissä ja lähiyhteisöissä. Teoksessa Raili Gothoni ym. toim. Kantakaa toistenne kuormia- Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 112-113.
- Päihdehaitta kustannukset 2010. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 19.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/paihdehaittakustannukset>
- Päihdehuoltolaki 41/1989. Viitattu 22.10.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

- Saharinen, Tarja; Kylmä, Jari & Nikkonen, Merja 2009. Näkökulmia terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja mielenterveyteen. Teoksessa Jari Kylmä, Merja Nikkonen, Pirjo Kinnunen & Teija Korhonen (toim.). Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Kuopio: Suomen Graafiset palvelut Oy, 81–82.
- Rättyä, Lea 2012. Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa Raili Gothoni ym. toim. Kantakaa toistenne kuormia- Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 82, 101–101.
- Seppä, Kaija; Aalto, Mauri; Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo 2012. Huume- ja lääkeriippuvuus Suomessa. Teoksessa Kaija Seppä ym. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–11.
- Sieppi, Jenni-Sofia 2017. ”Päihteet mielessä vikana illalla ja ekana aamulla.” Nuorten aikuisten päihteiden sekakäyttö riippuvuuden ja elämänhallinnan näkökulmasta. Lapin yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 25.10.2017. <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62973/Sieppi.Jenni-Sofia.pdf?sequence=1>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a. Alkoholijuomien kulutus 2016. Viitattu 5.11.2016 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017b. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2015. Viitattu 5.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012. Päihdehaitta kustannukset 2010. Viitattu 5.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/paihdehaittakustannukset>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a. Vertaistuki. Viitattu 20.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015b. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 5.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015c. Huumetilanne Suomessa 2014. 48. Viitattu 5.11.2017.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015d. Hepatiitti C. Päivitetty: 2.9.2015
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/he-patiitti-c>
- Tietopuu 2016. Järjestöjen hanke. Päivitetty 14.4.2016 https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/jarjestotutkimusohjelma/jarjestojen_hanke
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki : Tammi, 18–20, 68–69, 108–112, 128–129, 140–141.
- Uusitalo, Susanna 2011. Tahdonheikkous ja hyvinvointi. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi: suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki : Gaudeamus Helsinki University Press 264, 282.
- Vuorilehto, Maria; Tuulevi Larri; Marjo Kurki & Heli Hätönen 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy, 13–15, 225–226, 239–240, 253–254.

LIITE 1: MIPA- Hyvinvointikysely, johon merkitty **keltaisella** opinnäytetyössä käytetyt kolme avokysymystä.



MIPA

Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma

Hyvinvointikysely

MIPA on kymmenen päihde- ja mielenterveysjärjestön sekä Diakoniaammattikorkeakoulun yhteinen hanke, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Hankkeen osana **toteutetaan tutkimus järjestöjen toiminnan/palvelujen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeista ja palvelutarpeista**. Tutkimukseen liittyvällä hyvinvointikyselyllä kerätään tietoa kaikista hankkeessa mukana olevista järjestöistä, niiden erilaisiin toimintoihin/palveluihin osallistuvilta ihmisiltä.

Toivomme, että osallistut tutkimukseen vastaamalla tähän kyselyyn.

Kyselyyn vastaaminen kestää n. 15–30 minuuttia. Kysely sisältää kysymyksiä järjestötoiminnasta sekä vastaajan elämäntilanteesta ja siinä vaikeuksia tuottavista tekijöistä. Lisäksi toivomme Sinulta vapaamuotoista palautetta. Vastauksesi ja mielipiteesi antavat arvokasta tietoa järjestöjen toiminnan kehittämistä varten. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja on täysin vapaaehtoista. Aineistoa analysoidaan luottamuksellisesti niin, ettei ketään vastaajaa voida tunnistaa. Kysely palautetaan tutkijoille suljetussa kirjekuoressa.

Kiitos osallistumisestasi!

Jouni Tourunen

Tutkimuspäällikkö,

A-klinikkasäätiö

jouni.tourunen@a-klinikka.fi, 040-1368058



Tämän sivun tiedot täyttää palvelun yhteyshenkilö

Palvelu, johon liittyen lomake pyydetään täyttämään

Päivämäärä ____ / ____ 201__ **Paikkakunta** _____

Päihde- tai mielenterveysjärjestö tai järjestöt, joiden palvelusta/tilaisuudesta on kyse

<input type="checkbox"/> A-Kiltojen Liitto ry	<input type="checkbox"/> A-klinikkasäätiö	<input type="checkbox"/> EHYT	<input type="checkbox"/> FinFami
<input type="checkbox"/> Irti Huumeista ry	<input type="checkbox"/> Kuntoutussäätiö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mielenterveyden
<input type="checkbox"/> keskusliitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tukikohta ry	Sininauhaliitto	Suomen mielenterveysseura	
DIAK	Muu, mikä _____		

 **MIPA**
Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma

Pyydämme sinua valitsemaan mielestäsi sopivimmat vaihtoehdot sekä kirjoittamaan näkemyksiäsi. Tarvittaessa voit valita useampia vaihtoehtoja ja käyttää lisäpaperia.

PÄIHDE- TAI MIELENTERVEYSJÄRJESTÖJEN PALVELUT

Kuinka kauan olet ollut tämän palvelun käyttäjä?

☐ Ensimmäinen kerta tänään Noin _____
kuukautta ja/tai _____ vuotta **Mitä tämä palvelu antaa sinulle?**

Mistä syistä olet tullut käyttämään tätä palvelua?

— Omaan päihteiden käyttöön liittyvät syyt — Omaan mielenterveyteen liittyvät

syyt

☐ Läheisen päihteiden käyttöön liittyvät syyt

☐ liittyvät syyt

☐ Akuutti ongelma ”tilanne päällä”

☐ Vertaistuen saaminen

Saan mielekästä tekemistä

Haluan kuulua johonkin ryhmään

Haluan tavata ihmisiä

Muu

mikä

☐

Läheisen mielenterveyteen

☐

☐ Tuki toipumisen ylläpitämiseen

☐ Vertaistuen antaminen

Haluan oppia uutta tai saada tietoa

Haluan tutustua uusiin ihmisiin

Saan tukea asumiseen

syy,

Mistä olet saanut tietoa tästä palvelusta?

Internetsivuilta ☐

Lehdestä ☐

Sosiaalisesta mediasta ☐

Muusta mediasta ☐

Läheiseltä Tutulta Terveystieteidenhuollosta ☐

Sosiaalitoimesta ☐

☐ Muulta työntekijältä

Toisesta järjestöstä ☐

Muu, mikä

Montako kertaa viikossa osallistut tähän palveluun?

☐ Harvemmin kuin viikoittain ☐ Kerran viikossa ☐ Useita kertoja viikossa

Arviolta keskimäärin yhteensä _____ tuntia/vko Ympäri vuorokautinen palvelu

Saatko tätä palvelua mielestäsi?

Aivan liian vähän ☐

Liian vähän ☐

Sopivasti ☐

Liikaa ☐

Aivan

liikaa ☐

☐

☐

☐

Tunnetko kuuluvasi ryhmään tai porukkaan tähän palveluun liittyen?

☐ En lainkaan ☐

Vähän ☐

Paljon ☐

☐ Erittäin paljon

Onko tämä palvelu mielestäsi vaikuttanut hyvinvointiisi?

☐ Parantanut

☐ Ylläpitänyt

☐

Heikentänyt ☐

Ei

vaikutusta **Kerro omin sanoin kokemuksistasi**

TAUSTATIEDOT

Sukupuoli Mies ☐ Nainen ☐ Muu ☐

Ikäryhmä Alle 18 vuotta ☐ 18–25 ☐ 26–35 ☐ 36–45 ☐
☐ 46–55 ☐ 56–65 ☐ 66–75 ☐ 76–85 ☐ 86 tai yli ☐

Ylin koulutus Peruskoulu kesken ☐ Perus- tai kansakoulu ☐
☐ Lukio ☐
 Ammattikoulu ☐ Opisto ☐
 Ammattikorkeakoulu ☐ Yliopisto ☐ **Kotikunta** _____

Työtilanne ☐ Vakituinen työ ☐ Määräaikainen __kk ☐ Osa-aika __
☐ % ☐
☐ Työkokeilussa/kuntouttavassa työtoiminnassa ☐ Palkkatuettu työ ☐
☐ Työtön tai lomautettu yli vuoden ajan ☐ Työtön tai lomautettu alle 1 v. ☐
☐ Opiskelija ☐ Kotona lasten kanssa ☐ Eläkeläinen ☐ Muu, mikä ☐
Asuminen ☐ Omistusasunto ☐ Kunnan vuokra-asunto ☐ Asuntola ☐
☐ Tukiasunto ☐ Tuettu asuminen ☐ Muu vuokra-asunto ☐ Asunnoton ☐
☐ Kaverin luona ☐ Muu, mikä _____
Asuuko kanssasi ☐ Alaikäisiä lapsia ☐ Puoliso ☐ ☐ Omia/puolison vanhempia ☐
☐ Täysi-ikäisiä lapsia ☐ Muita aikuisia ☐ Asun yksin ☐ Muu, mikä _____

ELÄMÄNTILANNE

Miten arvioit OMAA tilannettasi elämän eri osa-alueilla TÄLLÄ HETKELLÄ?

Arvioi jokainen asia käyttäen **kouluarvosanoja 4–10** (4 = tilanne on erittäin huono; 10 = tilanne erinomainen tai asia erinomaisesti hallinnassa)

___ Asuminen ___ Perhesuhteet ___ Muut ihmissuhteet
 ___ Arjen sujuminen ___ Harrastukset ___ Muu osallistuminen
 ___ Työ tai opiskelu ___ Vapaa-ajan vietto ___ Päihteiden käyttö
 ___ Fyysinen terveys ___ Psyykkinen (mielen) terveys ___ Toimeentulo ja talous
 ___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan

Miten arvioit OMAA tilannettasi eri osa-alueilla silloin KUN TULIT MUKAAN TÄHÄN PALVELUUN?

Arvioi jokainen asia käyttäen **kouluarvosanoja 4–10**

___ Asuminen ___ Perhesuhteet ___ Muut ihmissuhteet
 ___ Arjen sujuminen ___ Harrastukset ___ Muu osallistuminen
 ___ Työ tai opiskelu ___ Vapaa-ajan vietto ___ Päihteiden käyttö
 ___ Fyysinen terveys ___ Psyykkinen (mielen) terveys ___ Toimeentulo ja talous
 ___ Elämänlaatu kokonaisuudessaan

Onko sinulla yleensä ottaen riittävästi tekemistä?

☐ Aivan liian vähän ☐ Liian vähän ☐ Sopiva määrä ☐ Liikaa ☐ Aivan liikaa ☐

Missä määrin tunnet, että elämäsi on merkityksellistä?

☐ Ei lainkaan ☐ Vähän ☐ Kohtuullisesti ☐ Paljon ☐ Erittäin paljon ☐

Kuulutko johonkin yhteisöön (esim. perhe, porukka, ryhmä), jossa koet olevasi

hyväksytty? En ☐ Yhteen ☐ Kyllä, useampaan ☐

Tunnetko itsesi yhdenvertaiseksi muiden kanssa?

☐ En koskaan ☐ Hyvin harvoin ☐ Joskus ☐ Melko usein ☐ Jatkuvasti

Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

☐ En koskaan ☐ Hyvin harvoin ☐ Joskus ☐ Melko usein ☐ Jatkuvasti

Tunnetko itsesi huono- tai hyväosaiseksi?

☐ Erittäin huono-osaiseksi ☐ Huono-osaiseksi ☐ Sekä hyvä- että huono-osaiseksi

☐ Hyvä-osaiseksi ☐ Erittäin hyväosaiseksi

Kerro omin sanoin kokemuksistasi



PALVELUJEN KÄYTTÖ

Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia palveluita viimeisen 12 kk aikana

Mielenterveyspalvelut En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen ☐ käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐
 Olen käyttänyt, palvelu oli ☐ riittävä ☐

Päihdepalvelut En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen ☐ käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐
 Olen käyttänyt, palvelu oli ☐ riittävä ☐

Asumispalvelut En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen ☐ käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐
 Olen käyttänyt, palvelu oli ☐ riittävä ☐

Lääkärin vastaanotto En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen ☐ käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐
 Olen käyttänyt, palvelu oli ☐ riittävä ☐

Talous- ja velkaneuvonta En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, mutta en saanut ☐
 Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐ Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä ☐

Toimeentulotuki En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐
 Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä ☐

Lastensuojelu En ole tarvinnut ☐ Olisin tarvinnut, ☐
 mutta en saanut Olen käyttänyt, palvelu ei riittävä ☐ Olen käyttänyt, palvelu oli riittävä ☐

Onko muita sellaisia palveluja, joita olisit tarvinnut, mutta et ole saanut?

☐ Ei ☐ Kyllä, kerro omin sanoin

TALOUDELLINEN TILANNE

Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen ☐ näillä tuloilla: ☐ Erittäin ☐ hankalaa
☐ Hankalaa ☐ Melko hankalaa ☐ Melko helppoa ☐ Helppoa ☐ Erittäin helppoa

Oletko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saat rahaa ostaa lisää? ☐ En ☐ Kyllä ☐ En ☐

Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi? ☐ En ☐ Kyllä Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä? ☐ Joka viikko ☐ Kyllä

Oletko ruokapankin (leipäjonon) asiakas?

☐ En ole ☐ Muutaman kerran vuodessa ☐ Keskimäärin 1 krt/kk

Aiheuttaako oma tai läheisen pelaaminen sinulle taloudellisia huolia?

☐ Ei ollenkaan ☐ Jonkin verran ☐ Paljon

Saatko ystäviltä ja/tai sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa?

☐ En ☐ Jonkun verran ☐ Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

Saatko ystäviltä ja/tai sukulaisilta tarvittaessa muuta käytännön apua?

☐ En ☐ Jonkun verran ☐ Kyllä riittävästi Saisin, mutta en ole tarvinnut

TOIMINTAKYKYYN LIITTYVÄT VAIKEUDET PARADISE24FIN

Seuraavat kysymykset kuvaavat ongelmia ja vaikeuksia, joita olet viime aikoina voinut kokea.

Vastaa kysymyksiin ajatellen viimeistä **30 päivää** ja ottaen huomioon sekä hyvät että huonot päivät.

Mikäli et ole viime viikkoina kokenut jotain asiaa, niin arvioi kuinka paljon vaikeuksia sinulla olisi ollut: esimerkiksi en ole ollut töissä ja työssäkäynti olisi tuottanut minulle nykyisessä kunnossani erittäin suuria vaikeuksia (=4).

	EI VAI- KEUKSIA	LIEVIÄ	KESKIN- KERTAISIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVIÄ
1. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut sen vuoksi, että <u>et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi</u> päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)?	0	1	2	3	4
2. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut löytää asioita, jotka <u>kiinnostavat</u> sinua?	0	1	2	3	4
3. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ruokahalusi</u> suhteen?	0	1	2	3	4
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>unen</u> kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla?	0	1	2	3	4
5. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ärtyneisyyden</u> suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä?	0	1	2	3	4
6. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että <u>asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti</u> ?	0	1	2	3	4
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut <u>surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteista</u> ?	0	1	2	3	4

8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet <u>huolestuneisuus tai ahdistuneisuus</u> ?	0	1	2	3	4
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että <u>et ole</u> <u>kyennyt selviytymään</u> kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa?	0	1	2	3	4
10. Minkä verran sinulla on ollut <u>särkyjä tai kipuja</u> ?	0	1	2	3	4
11. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>keskittyä</u> <u>tekemään</u> jotain <u>10 min ajan</u> ?	0	1	2	3	4
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>muistaa tehdä</u> <u>tärkeitä asioita</u> ?	0	1	2	3	4
13. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>päätösten</u> <u>tekemisessä</u> ?	0	1	2	3	4
14. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja</u> <u>ylläpitää keskustelua</u> ?	0	1	2	3	4
15. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>kävellä pitkiä</u> <u>matkoja</u> (esim. 1 km)?	0	1	2	3	4
16. Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: <u>peseytymisessä</u> tai <u>pukeutumisessa</u> , <u>wc:n</u> <u>käyttämisessä</u> tai <u>ruokailemisessa</u> ?	0	1	2	3	4
17. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>seksuaalisissa</u> <u>toiminnoissa</u> ?	0	1	2	3	4
18. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>olla yksin</u> <u>muutamia päiviä</u> ?	0	1	2	3	4
19. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>huolehtia</u> <u>terveydestäsi</u> kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa mahdolliset reseptilääkkeesi?	0	1	2	3	4
20. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja</u> <u>ylläpitää ystävyyssuhteita</u> ?	0	1	2	3	4
21. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>tulla toimeen</u> <u>läheistesi kanssa</u> ?	0	1	2	3	4
	EI VAI- KEUKSIA	LIEVIÄ	KESKIN- KERTAISIA	SUURIA	ERITTÄIN SUURIA/ EN SELVIÄ
22. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>päivittäisessä</u> <u>työssä tai opiskelussa</u> ?	0	1	2	3	4
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>hallita</u> <u>rahankäyttöäsi</u> ?	0	1	2	3	4
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>osallistua</u> <u>harrastuksiin</u> tai <u>järjestötoimintaan</u> (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa?	0	1	2	3	4

Oletko käyttänyt internettiä viimeisen 12 kk aikana

Sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, KELA, verohallinto)

Säännöllisesti Toisinaan En

Tietojen hakemiseen järjestöjen toiminnasta, tapahtumista tai palveluista

Säännöllisesti Toisinaan En

Vertaistuen hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

Säännöllisesti Toisinaan En

☐☐☐☐☐☐

Muun avun hakemiseen päihde- tai mielenterveyskysymyksissä

☐

Säännöllisesti Toisinaan En

☐

Sosiaaliseen mediaan

☐

Säännöllisesti

☐

Toisinaan En

☐

Mitkä ovat sinulle tärkeitä voimaa antavia asioita elämässäsi?

Kirjoita vapaasti palautetta ja näkemyksiä päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toiminnasta/palveluista (odotuksia, kehittämistarpeita, palautetta)

Kiitos vastauksistasi!