



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tuula Jäntti

KAKSOISDIAGNOOSIASIAKKAAN
PALVELUNTARPEEN
MÄÄRITTELYÄ
ASIAKASNÄKÖKULMASTA

Ylempi AMK-tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tuula Jäntti
Opinnäytetyön nimi	Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palveluntarpeen määrittelyä asiakasnäkökulmasta
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	72 + 3 liitettä
Ohjaaja	Hans Frantz

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää vaasalaisten kaksoisdiagnoosinuorten palvelun tarpeita sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista palveluissa. Tutkimus on laadullinen ja siihen liittyy teema-haastatteluosuus. Tutkimuksen kohderyhmä koostuu työpajatoiminnassa mukana olevista nuorista.

Teoriaosuudessa määritellään kaksoisdiagnoosi ja käsitellään päihde- ja mielenterveysongelmien vaikutuksia yksilöön, läheisiin sekä yhteiskunnallisesti. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kentällä teoriaosuudessa käsitellään mm. valtion ja kuntien roolia palveluiden tuottamiseen liittyen, lakeja ja hallituksen asettamia velvoitteita, kansallisia ohjelmia sekä projekteja. Lisäksi teoriaosuuteen kuuluu asiakaslähtöisyyden määrittelyä sekä kolmannen sektorin rooli kansalaislähtöisen toiminnan tarjoajana ja mahdollistajana.

Tutkimukseen osallistuvien päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten toiveena oli oman elämäntilanteen kohentuminen mm. päihdeiden käytön lopettamisen tai vähentämisen avulla ja sitä kautta työllistymisen mahdollistuminen. Päihde- ja mielenterveyspalveluilta odotettiin asiakaslähtöisyyttä, mikä tarkoitti esim. asiakkaan yksilöllistä palvelua ja hoitoa, johon liittyi oleellisesti työntekijän ammattitaito, asiakkaan hyväksyminen, kuunteleminen ja kannustaminen. Myös asiakkaan oman roolin ja käyttäytymisen merkitys palveluiden käyttäjänä ja lopputulokseen vaikuttajana tiedostettiin. Asiakkaan omaa motivaatiota ja hoitoon sitoutumista voivat tukea mm. työntekijät ja läheiset. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että päihde- ja mielenterveysongelmien leimaavuuden vähentämiseen liittyen olisi yhteiskunnassa vielä tehtävää.

Tutkimuksen pohdintaosuudessa esille nousee päihde- ja mielenterveysongelmien monisäikeisyys ja se miten palvelujärjestelmät kykenevät ongelmiin vastaamaan tai niitä ennaltaehkäisemään. Asiakaslähtöisyyden tematiikkaan liittyen voisi kolmannen sektorin kansalaislähtöinen toiminta olla mallina myös julkisen sektorin palveluille.

Asiasanat: kaksoisdiagnoosi, päihde- ja mielenterveysongelmat, päihde- ja mielenterveyspalvelut, asiakaslähtöisyys, työpajatoiminta, kolmas sektori, yksinäisyys

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Tuula Jäntti
Title	Client-Oriented Approach to Defining the Need for Service among Dual-Diagnosis Clients
Year	2011
Language	Finnish
Pages	72 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Hans Frantz

The purpose of this master's thesis was to examine the need for services among dual diagnosis adolescents in Vaasa and the implementation of client-oriented approach. The study is qualitative and it includes a theme-interview part. The target group consists of adolescents participating in workshop activities.

The theoretical part defines the concept of dual diagnosis and deals with the impact of substance abuse and mental health problems on the individual, on the close relatives and on societal level. The theoretical part also deals with the role of the state and the municipalities in providing the services, with different laws and obligations imposed by the government, national programs and projects in the field of substance abuse- and mental health services. Furthermore, the theoretical part defines the concept of client orientation and deals with the role of the third sector as a provider and enabler of civic inspired activities.

The adolescents with substance abuse and mental health problems participating in the study, hoped to improve the quality of their life and the possibilities of employment by ending or reducing the substance abuse. Substance abuse- and mental health services were expected to be client-oriented, which means, eg, individual service and treatment. Important factors include professional skills of the employees, a positive attitude and acceptance towards the client, listening and encouraging. Also the importance of the client's own role and behaviour as the user of the services and as a person who could influence the situation him/herself, were recognized. The client's own motivation and commitment to treatment may be supported, for instance by the employees and the close relatives. The study also revealed that there is still work to be done in the society for reducing the stigmatization related to substance abuse and mental health problems.

The discussion part of the study revealed how complicated the situation related to substance abuse and mental health problems are and how well the service system is capable of responding to preventing the problems. The civic inspired activity of the third sector could serve as a model for the public sector services in relation to topic of client-oriented approach.

Keywords: Dual diagnosis, abuse- and mental health problems, abuse- and mental health services, client orientation, third sector, workshop activities, loneliness

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO	6
2 BESTIS VERSTAS.....	8
3 KAKSOISDIAGNOOSIONGELMAN MÄÄRITTELYÄ.....	10
3.1 Kaksoisdiagnoosin käsite	10
3.2 Yksilöön liittyvät näkökulmat	11
3.3 Perheen ja läheisten näkökulmat	13
3.4 Yhteiskunnalliset näkökulmat	14
4 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KENTÄLLÄ VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	16
4.1 Terveysten ja hyvinvoinnin laitos	16
4.2 Lait.....	16
4.3 Kunta ja palvelurakennemuutos/PARAS-hanke	17
4.4 Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma.....	18
4.5 Asiakaslähtöisyys	18
4.6 Hoitotakuu	20
4.7 KASTE-ohjelma	20
4.8 Mieli 2009	21
4.9 Pohjanmaa-hanke	22
4.10 Välittäjä-hanke	23
4.11 Käypä hoito -suositukset	24
4.12 Palveluketju ja palvelusuunnitelma	25
5 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT VAASASSA.....	27
5.1 Päihdepalvelut	27
5.2 Mielenterveyspalvelut	29
5.3 Kolmannen sektorin tarjoama tuki	31
5.4 Kokemuksia Serveri-hankkeesta ja Lähde-hankkeesta	34
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	38
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	38
6.2 Tutkimusongelmat	39
6.3 Tutkimuksen kohderyhmä	39
6.4 Tutkimusmenetelmät	39

7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	42
7.1	Vastaajien taustatietoja	42
7.2	Vastaajien näkemys elämäntilanteestaan.....	42
7.3	Vastaajien näkemys palveluiden ja hoidon tarpeesta	45
7.4	Vastaajien näkemys hoitoon motivoitumisen ja sitoutumisen tuen tarpeesta..	50
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	54
9	POHDINTA	58
9.1	Jatkotutkimusaiheita	65
	LÄHTEET.....	67

LIITTEET

1 JOHDANTO

Sosiaalibarometrin (2010) mukaan yhteiskunnassamme pysyvästi heikoimmaksi luokiteltu hyvinvointi (huono-osaisuus ja syrjäytymisriski) on pitkäaikaistyöttömillä, työttömällä ja koulutuksen ulkopuolelle jääneillä nuorilla sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä.

Yhteiskunta auttaa ja vastaa tämän ryhmän tarpeisiin muun muassa työpajatoiminnalla. Työpajatoiminta on kehitetty työelämän ulkopuolelle jääneiden tarpeisiin ja toiminnalla pyritään parantamaan yksilön kykyä ja valmiuksia hakeutua koulutukseen tai työhön sekä parantamaan hänen arjenhallintataitojaan (Työpajatieto 2011). Työskentelin sosiaaliohjaajana työpaja Bestis verstaalla ja opinnäytetyöni aihe alkoi hahmottua. Työpajana toimiva puuverstas tarjoaa syrjäytymisvaarassa oleville tai jo syrjäytyneille nuorille mahdollisuuden työharjoitteluun sekä kuntouttavaan työtoimintaan. Verstaalla on mahdollista suorittaa myös yhdyskuntapalvelu eli rikoksen sovittaminen työsuoritteella. Työmuotoja ovat huonekalujen pienimuotoinen korjaus ja entisöinti sekä polkupyörien korjaus.

Nuoret ovat pääsääntöisesti vailla ammatillista koulutusta, pitkäaikaistyöttömiä, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä sekä osa myös rikoksiin sortuneita. Verstas tarjoaa nuorille mahdollisuuden työntekoon sekä elämänhallintataitojen kartuttamiseen ja tukee heitä päihteettömään elämään sekä uusien harrastusten ja liikunnan pariin. Verstaan toimintamuotoihin kuuluu myös jatkopolkujen suunnittelu yhdessä nuorten kanssa. Nuoren oma elämäntilanne kartoitetaan ja mietitään mahdollisen ammatillisen koulun tai kurssin aloittamista tai työelämään siirtymistä verstaajakson jälkeen.

Kiinnostus tutkimuksen tekemiseen nousi verstaalla työskentelevien nuorten elämäntilanteista. Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat vahvasti syrjäytymisen taustalla olevia tekijöitä ja samalla myös syy mahdollisten rikosten pariin ajautumiseen. Jatkopolut koulutukseen tai työelämään eivät aukea, jos nuoret

jäävät päihde- ja mielenterveysongelmineen ilman tarpeenmukaista hoitoa. Hoidoissa ja palveluiden tarjonnassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, joten parhaat asiantuntijat siihen liittyen löytyvät nuorista itsestään. Tutkimuksessa kartoitetaan nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden omia näkemyksiä ja toiveita hoidon ja palveluiden suhteen. Kartoituksen tuloksia voidaan hyödyntää asiakaslähtöisiä palveluita ja palveluketjuja suunniteltaessa.

2 BESTIS VERSTAS

Vaasan Bestis ry on seurakunnan, kriminaalihuollon, sosiaalitoimen ja työvoimatoimiston yksittäisten työntekijöiden vuonna 2001 perustama yhdistys. Työntekijät olivat työssään jatkuvasti tekemissä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten kanssa ja he halusivat perustaa nuoria tukevan, matalankynnyksen auttamisen mahdollistavan yhdistyksen sekä työpajan. Bestis verstaan eli työpajan toiminta alkoi vuonna 2002. Työpajan avulla nuoret saavat elämäänsä rytmin ja oppivat työpaikan pelisääntöjä. Pajajakson yhteydessä nuoria tuetaan mahdollisen opiskelun aloittamisessa, keskenjääneiden opintojen loppuun suorittamisessa tai työpaikan etsimisessä. Monen nuoren opiskelut ovat jääneet peruskouluun ja ammatilliset opinnot keskeytyneet, eikä osalla ole minkäänlaista kokemusta palkkatyöstä. Tukea päihdeiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen saa myös työpajan henkilökunnalta.

Bestis verstaan toiminnanjohtajan, työpajan ohjaaja Jouni Vainion mukaan koko verstaan toiminta perustuu asiakaslähtöiseen ajatteluun eli verstasta ei olisi olemassa ilman siellä olevia nuoria eli verstaas on vastaus olemassa olevaan tarpeeseen. Käytännön toiminta pohjautuu asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen, ja aluksi jokaiselle tehdään henkilökohtainen aktivointisuunnitelma (työvoimatoimisto tai triangeli sekä sosiaalivirasto), jonka avulla on tarkoitus löytää tulevaisuuden suunta mahdollisen kuntoutuksen, koulutuksen ja erilaisten työllistymisvaihtoehtojen kautta. Verstaan toimintaan mukaan tullessaan nuoret saavat mahdollisuuden osallistua erilaisiin harrastus- ja liikuntamuotoihin omien kiinnostustensa mukaisesti. Verstaalla tarjolla olevat työtehtävät ovat ”vakioita”, mutta tehtävien taso vaihtelee suhteessa tekijään ja taitoihin. (Vainio 2011.)

Verstaan merkitys nuorille on työssä oppimisen taidot hyvässä ja hoitavassa ilmapiirissä. Se luo mallin säännöllisyydestä ja rytmistä sekä valmentaa työelämän vaatimuksiin. Mielekkään tekemisen kautta itsetunto nousee, motivaatio kasvaa ja arjentaidot sekä elämänhallintataidot kasvavat. Tärkeää on myös osallisuus ja joukkoon kuulumisen. Positiivinen palaute verstaan

toiminnasta ja sen merkityksestä nuorille tulee suoraan heiltä itseltään sekä myös viranomaisilta, joiden kanssa verstaalla tehdään yhteistyötä (Vainio 2011.)

Verstaan toiminnassa mukana olevia nuoria kohdellaan aluksi ”silkkihansikkain” ja ajan kuluessa ”kiristetään ruuvia” ja myös vaatimustaso nousee: työtehtäviin liittyen vaaditaan hieman enemmän ja myös turhien poissaolojen kanssa otetaan tiukempi linja-työpaikalla on työpaikan säännöt. (Vainio 2011.)

Retkahduksien sattuessa nuollaan haavat ja noustaan uudestaan. Vainion mukaan kehuminen, kannustaminen ja kiittäminen ovat asioita, joita hän mielellään viljelee verstaalla. Raha merkitsee nuorille myös paljon ja turhia poissaoloja ei haluta, koska poissaolopäivät ilman sairauslomatodistusta verottavat kuukauden ansiota, joka ei nuorilla muutoinkaan ole päätä huimaava. (Vainio 2011.)

Yhteiskunnassa ei enää välttämättä sallita nuorten ”oleilua” erilaisten tukien varassa, vaan kehitetään erilaisia malleja- ja tapoja, joiden avulla nuoret pääsevät työntekoon kiinni jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen syrjäytymiskiirteen alkamista. Yhteiskunnan rahallisen tuen ehtona on jonkinlainen työsuorite ja tämän mahdollistajia ovat erilaiset työpajat, sosiaaliset työpaikat ja työharjoittelujaksot.

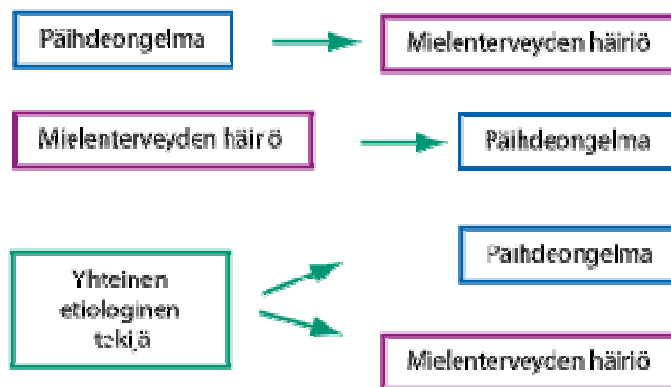
Työpajatoiminta tähtää siis yksilön työmarkkina- ja koulutusaseman paranemiseen ja lisäksi toimintaan liittyy arjenhallintataitojen kehittäminen. Työpajat ovat itsenäisiä organisaatioita, mutta toimivat yleensä osana moniammatillista verkostoa, johon kuuluu mm. työhallinnon eri yksiköitä, työvoiman palvelukeskuksia, kuntien sosiaalityöt, päihdepalvelujen eri yksiköt, psykiatriset palvelut, KELA ja paikalliset yritykset. Myös koulut ja oppilaitokset kuuluvat osana verkostoon. (Työpajatieto 2011.)

3 KAKSOISDIAGNOOSIONGELMAN MÄÄRITTELYÄ

3.1 Kaksoisdiagnoosin käsite

Kaksoisdiagnoosista puhutaan silloin, kun henkilöllä esiintyy yhtä aikaa päihdeongelma sekä psyykinen ongelma (päihdediagnoosi + lievä tai vakava mielenterveydenhäiriö tai mielisairaus). Kaksoisdiagnoosi on enemmänkin sääntö kuin poikkeus päihdeongelmaisella asiakkaalla ja vaikeusaste vaihtelee tapauksesta riippuen lievemmästä vaikeaan. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006, 7.)

Aalto (2008) kertoo laajasta yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta, jonka suoritti Epidemiologic Catchment Area (ECA). Tutkimuksessa selvitettiin kaksoisdiagnoosin esiintyvyyttä väestössä. Jossakin elämän vaiheessa 17 %:lla todettiin diagnostiset kriteerit täyttävä päihdeongelma. Niiden joukossa, joilla esiintyi jokin mielenterveyden häiriö, oli vastaava luku 29 %, joskin eri häiriöissä luvut vaihtelivat. Esimerkiksi jossakin sairauden vaiheessa päihdeongelma liittyy skitsofreniaan 47 %:lla ja maanisdepressiivisyyteen (kaksisuuntainen mielialahäiriö) 56 %:lla. Myös havaittiin, että yleisväestössä 23 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa jokin muu mielenterveyden häiriö kuin päihdeongelma. Alkoholiongelmaasta kärsivillä luku oli 37 % ja vastaavasti huumeongelmaa potevilla 53 %. Kaksoisdiagnoosien todetaan siis olevan yleisiä eikä sitä voi selittää yksin sattuma. On tekijöitä, jotka suurentavat toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta ja kaksoisdiagnoosin eri puolet ovat kytköksissä toisiinsa. Seuraavassa kuviossa esitellään kolme selitysmallia yhteydelle. (Kuvio 1.) Myös erilaiset yhdistelmät ovat mahdollisia, eikä aina pystytä määrittelemään yksilöiden kohdalla syy-seuraus-suhteita.



Kuvio 1. Kolme mallia, jotka voivat selittää kaksoisdiagnoosia. (Aalto 2008.)

3.2 Yksilöön liittyvät näkökulmat

Mielenterveyden häiriöt voivat invalidisoida ihmisen siinä missä jokin pitkäaikainen fyysinen sairauskin. Hollantilaisen tutkimuksen (Stouthart 1997) mukaan keskivaikean masennustilan invalidisoiva vaikutus on verrattavissa MS-tautiin, vakavaan astmaan, krooniseen hepatiitti B:n tai kuurouteen. Vakava traumaperäinen stressireaktio on verrattavissa alaraajahalvauksen aiheuttamaan hättävaiikutukseen ja vakavan skitsofrenian haitat ovat verrattavissa nelirajahalvaukseen. (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm 2005, 32–33.)

Mielenterveyden ongelmat ilmenevät monin eri tavoin ja muodoin ja vaikeudet ilmenevät usein jokapäiväisinä mieltä painavina ja voimia verottavina asioina. Ne voivat kätkeytyä psykosomaattisiin tuntemuksiin tai tuntua ruumiillisina kipuina, lisäksi ne vaikuttavat ajatuksiin, uskomuksiin, asenteisiin ja muistiin. Mielenterveyden häiriöistä on kysymys silloin, jos oireet aiheuttavat kärsimystä tai psyykkistä vajaakuntoisuutta, jos ne rajoittavat toiminta- tai työkykyä tai henkilön osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia. Vakavimmillaan mielenterveyden häiriöt vammauttavat ihmisen lähes täysin ja sulkevat hänet yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Heiskanen ym. 2005, 33.)

Mielenterveyden ongelmat ovat merkittävin nuorten terveyshaitta ja nuoruusiän hoitamattomat mielenterveydenhäiriöt johtavat pitkäaikaisiin häiriöihin aikuisena, syrjäyttävät koulutusmahdollisuuksista sekä työelämästä ja lisäävät pitkäaikaisen

työkyvyttömyyden riskiä. Tehokasta ennaltaehkäisyä onkin varhainen nuorten mielenterveyden ongelmien hoito. (Pylkkänen 2008.)

Alkoholin ja huumeiden runsas käyttö voi pahentaa mielenterveyden ongelmia. Myös aggressiivinen ja epäsosiaalinen käytös sekä itsemurha-alttius kasvavat. Päihteet aiheuttavat myös riippuvuutta, joka voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä. Varsinaisesta päihdeongelmasta puhutaan, kun käyttöön liittyy joku seuraavista määritelmistä: ihmisellä on riippuvuus päihteisiin, päihteiden käyttö johtaa vaikeuksiin virkavallan kanssa tai ongelmiin työssä, koulussa tai kotona tai ilmenee terveydellisiä haittoja (esim. hepatiitti tai masennus). Päihderiippuvuudessa on kyse elinikäisestä sairaudesta ja parantuminen edellyttää raitistumista. (Heiskanen ym. 2005, 65–66.)

Alkoholin käytön haittavaikutuksia ovat muun muassa alkoholimyrkytys, erilaiset tapaturmat (kaatumiset, hukkumiset), humalaisten väkivaltaisuuteen liittyvät tappelut ja pahoinpitelyt sekä siihen liittyen perheväkivalta. Pitkään jatkuneen alkoholin käytön seurauksia ovat maksakirroosi, alkoholismi, haiman sairaudet ja eri syöpälajit. Haittavaikutuksina ilmenee myös työelämään liittyviä sosiaalisia ongelmia sekä taloudellisia ongelmia. (Österberg 2005.)

Huumeiden käyttöön liittyvistä riippuvuuksista ja ongelmista saa informaatiota mm. Irti Huumeista ry:ltä. Tietoa jakavassa oppaassa todetaan, että tie vahvaan riippuvuuteen ja koviin aineisiin kulkee päihteiden ja kannabiksen kautta. Käytön jatkuminen lisää terveystriskejä ja sosiaalisia vaikeuksia ja sitä kautta sosiaalista syrjäytymistä. Suoneen pistettäessä kasvavat terveystriskit sekä myrkytysvaara. Sekakäyttö voi koitua kohtalokkaaksi, koska aineiden yhteisvaikutusta on vaikea ennakoita. Käytöstä voi syntyä noidankehä – käyttö vahvistaa riippuvuutta ja riippuvuus käyttöä. Aineiden määrä ja laatu sekä käytön jatkuvuus lisäävät haittojen vakavuutta ja synnyttää henkistä ja fyysistä riippuvuutta. Henkinen riippuvuus saa käyttäjän tuntemaan, että huumeet ovat välttämättömiä hänen hyvinvoinnilleen ja fyysisestä riippuvuudesta kärsivän elimistö on tottunut huumeeseen. Sietokyky kasvaa käytön myötä ja annokset suurenevat ja käyttötiheys kasvaa. Sosiaalinen riippuvuus liittyy huumeiden käyttäjiin,

kavereihin ja arvomaailmaan, joka vie helposti mukanaan huumeiden käytön alussa. Myöhemmin jatkuva käyttö eristää nuoren muusta maailmasta ja mukaan kuvioihin tulee väistämättä huumemaailman taloudelliset ja rikolliset suhteet. (Irti Huumeista ry 2001, 18–22.)

Vaikeat mielenterveyshäiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja aiheuttavat monenlaisia sosiaalisia ongelmia ja usein potilas pitää itseään jopa syyllisenä sairauteensa, mikä aiheuttaa itsetunnon heikentymistä, häpeää ja syrjään vetäytymistä. Pitkittyessään häiriöt voivat johtaa vuorovaikutusongelmiin, yksinäisyyteen, työttömyyteen ja taloudellisiin vaikeuksiin. (Ihalainen & Kettunen 2006, 153.)

Lisäksi kaikkiin mielenterveydenhäiriöihin liittyy kohonnut itsemurhavaara ja mielenterveydenhäiriöihin yhdistynyt päihteiden käyttö lisää syrjäytymisriskiä. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 236.)

3.3 Perheen ja läheisten näkökulmat

Päihdeongelmaisen kanssa eläminen koskettaa koko perhettä ja koska päihdeongelma tuottaa kaikille perheenjäsenille jatkuvaa stressiä ja erilaisia pelkoja, niin päihdeongelmasta puhutaankin koko perheen sairautena. Se vaikuttaa jokaiseen perheenjäseneseen, mutta vaikutukset ovat erilaisia saman perheen jäsenillä ja eri alkoholiperheissä. (Ackerman 1992, 17.)

Päihdeongelman sanotaan koskettavan viidestä viiteentoista henkilöä päihteidenkäyttäjän ympäristössä ja ongelmasta välillisesti kärsiviä Suomessa saattaa olla jopa 2 miljoonaa henkilöä. (Myllyhoitoyhdistys ry 2011.)

Al-anon työkirjan (2003) mukaan läheisillä ja perheenjäsenillä on syytä tietää, mikä rooli heillä tässä koko perheen sairaudessa on. Alkoholistin lisäksi sairauden kehittymiseen ovat lisäksi osallistuneet ystävät, työtoverit ja perheenjäsenet. Tragediassa alkoholisti toimii ja muut vain reagoivat hänen puuhiinsa. Jos emme halua olla enää mukana, tulisi meidän tiedostaa omat menettelytapamme. Olemme aluksi huolissamme, haluamme auttaa ja alamme tekemään asioita hänen puolestaan. Alkoholisti tulee meistä riippuvaisemmaksi ja me puolestamme

sidomme itsemme häneen yhä tiukemmin, tekemällä asioita hänen puolestaan, peittelemällä hänen tekemisiään, yrittämällä puhua järkeä ja lopulta olemme ymmällämme kaikesta. Uskomme, luotamme ja lopuksi aina petymme hänen lupauksiinsa. Läheisten itsetunto kärsii ja elämä saattaa olla hyvin onnetonta. Jos alkoholisti lopulta toipuu ja raitistuu, tulisi meidän läheistenkin kyetä muuttamaan käytöstämme ja käsitellä menneitä asioita, jotta kykenisimme myös toipumaan ja jatkamaan elämää eteenpäin uudelta pohjalta. (Al-Anon toimii 2003, 29–31.)

Jos perheessä on huumeidenkäyttäjää, perhe ajautuu kriisiin. Toivo ja epätoivo vaihtelevat ja perheenjäsenet voivat huonosti. Eletään jatkuvassa hälytystilassa ja se kuluttaa ja aiheuttaa monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Läheiset voivat jumittua rooliin, jossa he yrittävät auttaa käyttäjää, mutta he epäonnistuvat jatkuvasti. Perheen vuorovaikutus on peliä, jossa voi vain hävitä. Tarvitaan ulkopuolista apua, sillä mikään ei muutu, jos aina toimitaan samalla tavalla. (Leskinen, Lassila, Kalamaa & Rytkölä 2002, 33.)

Markku Nyman ja Eija Stengård (2001) ovat tutkineet mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia. Psykiatrisen hoitojärjestelmän muutokset, sairaalapaikkojen voimakas vähentäminen ja hoidon muuttuminen avohoitopainotteiseksi on vaikuttanut, ei vain potilaiden/kuntoutujien, vaan myös heidän läheistensä elämään. Tutkimuksen mukaan jopa 38 % omaisista masentuu itse ja eniten masennuksesta kärsivät sairastuneiden puoliset ja vanhemmat. (Nyman & Stengård 2001.)

3.4 Yhteiskunnalliset näkökulmat

Yhteiskunnalle aiheutuu huomattavia kuluja päihde- ja mielenterveys­sairauksien ennaltaehkäisystä ja hoitamisesta. Toisaalta, yhteiskunnalle vielä kalliimmaksi tulee se, jos ennaltaehkäisyä ei ole, tai se on puutteellista tai jos hoito on huonoa tai hoitoa ei anneta lainkaan. Päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvät sairauspoissaolot, työttömyys ja varhainen eläköityminen tekevät ison aukon hyvinvointivaltion kukkaraan.

Päihde- ja mielenterveysongelmilla on suuri merkitys kansanterveydellisesti ajatellen. Erityisesti niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Sairauspäivärahoista joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään jo psyykkisin perustein. Päihde- ja mielenterveysongelmien aiheuttamat suorat hoitoon, kontrolliin ja sosiaalivakuutukseen liittyvät kustannukset ovat suuria ja epäsuorat kustannukset, jotka johtuvat esim. menetetyistä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta, ovat suoriin kustannuksiin verrattuna moninkertaiset. Yleisin kuolinsyy työikäisten kohdalla on alkoholi ja sen kokonaiskulutus onkin kolminkertaistunut 1960-luvun lopusta. Alkoholiverotuksen keventymisen myötä vuonna 2004 alkoi jyrkkä alkoholin kulutuksen kasvuvaihe ja samaan aikaan ovat alkoholikuolemat ja sairaudet lisääntyneet huomattavasti. Lisäksi huumeiden käyttö yleistyi 1990-luvun loppupuolella. Samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyminen on myös selvästi lisääntynyt. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

1970-luvulla oli työkyvyttömyyseläkepäätöksissä kolme lähes yhtä suurta ryhmää: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (25,2 %), verenkiertoelinten sairaudet (25,8 %) ja mielenterveyden häiriöt (26,4 %). Nykyisin ollaan tilanteessa, jossa noin joka toinen työkyvyttömyyseläkepäätös on tehty mielenterveyden häiriöiden perusteella eli vuoden 2004 tilaston mukaan 43 % eläköityy mielenterveyden häiriöiden perusteella. (Ihalainen & Kettunen 2006, 124.)

Euroopan yhteisöjen komission Vihreä kirja toteaa, että mielenterveyshäiriöistä aiheutuu vuosittain jopa 420 miljardin (3–4 % bruttokansantuotteesta) euron lasku jäsenvaltioille ja kustannukset johtuvat lähinnä menetetyistä tuottavuudesta. Lasten käyttäytymishäiriöistä aiheutuu kustannuksia yhteiskunta-, koulutus- ja rikosoikeus- ja oikeusjärjestelmille. (Vihreä kirja 2005, 5.)

4 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KENTÄLLÄ VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

4.1 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämislaitos/STAKES ja Kansanterveyslaitos/KTL yhdistyivät 1.1.2009 ja uuden yksikön nimeksi tuli Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/THL. Kyseessä on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos, jonka tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

THL:n Vaasassa toimiva alueyksikkö kuuluu sosiaali- ja terveyspalvelut toimialan mielenterveyden edistämisyksikköön ja on osa Helsingissä sijaitsevia toimintoja. THL:n sivustoilta löytyvät myös Käypä hoito -suositukset, joita laaditaan kansanterveydellisesti merkittävistä ongelmista ja sairauksista, jotta hoitokäytännöt niiden suhteen olisivat yhteneviä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.)

4.2 Lait

Päihdehuoltolaissa 41/1986 määritellään päihderiippuvaisen palvelut ja Raittiustyönlaissa 828/1982 puolestaan veloitetaan kunnat ehkäisevään päihdetyöhön. Päihdetyötä ja asiakkaan asemaa ohjaaviin lakeihin kuuluvat lisäksi: Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Lastensuojelulaki 417/2000, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009.)

Edellä mainitut lait koskevat myös mielenterveysongelmaisia asiakkaita ja lisäksi mielenterveystyötä varten on säädetty mielenterveyslaki 1116/1990 ja mielenterveysasetus A 1247/1990 (Finlex 2011.)

Uusi terveydenhuoltolaki 1326/2010 tuli voimaan 1.5.2011. Se tuo mukanaan parannuksia asiakkaan asemaan, palveluihin ja hoitoon. Asiakkaalla on lain mukaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa. Laki takaa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja lisäksi hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta parannetaan. Laissa on mm. tarkoitus tehostaa saumatonta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä varsinkin vanhenevan väestön, mielenterveystyön ja päihdehuollon sekä syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten kohdalla. Jos asiakkaan tilanne edellyttää, niin terveydenhuollon palvelujen järjestäjällä olisi myös velvollisuus toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjän kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.)

4.3 Kunta ja palvelurakennemuudistus/PARAS-hanke

Kuntien palveluista puhuttaessa on mainittava PARAS-hanke eli laki kunta ja palvelurakennemuudistuksesta 169/2007.

”Lain tarkoituksena on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakennemuudistukselle. Uudistuksen tarkoituksena on kunnallisen kansanvallan lähtökohdista vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Lain tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Lisäksi lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö.” (Finlex 2007.)

Lisäksi lain tarkoitus on muun muassa taata palveluiden saatavuutta, laatua ja rahoitusta kaikissa maan osissa, perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujen saamisessa, kunnan asukkaiden itsehallinnon toimintaedellytyksiä ja kunnan asukkaiden osallistumis- ja

vaikutusmahdollisuuksia. Uudistuksen tavoitteena on väestön sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen jatkossa. (Finlex 2007.)

4.4 Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma

Matti Vanhasen hallitusohjelman alkulauseissa korostetaan kansalaisen oikeutta vaikuttaa, osallistua ja olla osallisena päätöksenteossa. Ohjelmassa haetaan uutta yhteisöllisyyttä ja hyvinvointiyhteiskunnan rakentamiseen liittyen hallitus haluaa selkiyttää oman vastuunsa, yhteisen vastuun ja yhteiskunnan vastuun välistä suhdetta. Kansalaisen perusturva tulee myös vahvistaa ja yhteiskunnan sosiaalisia tukia ja palveluita tulee kohdentaa huolenpitoa eniten tarvitseville. Ohjelmassa mainitaan, että palvelurakennuudistuksen toteuttamiseksi kehitetään mm. mielenterveys- ja päihdetyötä ja huomiota kiinnitetään mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen ja mielenterveystyön osaamiseen. (Vanhanen 2007, 52–53.)

4.5 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on sosiaalialan ammatillisen työn keskeinen periaate ja sosiaalialan ammattilainen pyrkii edistämään tämän periaatteen toteutumista organisaation kaikilla tasoilla ja lisäksi hän pyrkii myös toimimaan havaitsemiensa epäkohtien poistamiseksi. Työntekijänä hän toteuttaa vastuullisesti organisaationsa päämääriä asiakkaiden hyväksi. (Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005, 11.)

Ohjeissa todetaan lisäksi, että asiakkaalla on ensisijainen oikeus tehdä omaa elämäänsä koskevat päätökset ja asiakkaan eriäviäkin mielipiteitä kunnioitetaan. Lisäksi asiakkaan omiin tietoihin pyritään luottamaan ja ennen kaikkea asiakasta pyritään kuuntelemaan vaikeissakin tilanteissa ja tämä sisältää koko sosiaalialan työn ytimen. Asiakkaan kuuleminen ja kuunteleminen merkitsee ihmisten aitoa hyväksymistä ja samalla työntekijä jäsentää asiakkaan kanssa yhdessä asiakkaan elämää, eikä ole pelkästään ulkopuolisen neuvojan ja ohjaajan roolissa. (Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005, 15.)

Ammattiauttaminen on luonteeltaan vuorovaikutusta ja siksi sillä on dialoginen luonne. Mukana olevien, vähintään kahden toimijan, pyrkimyksenä on saavuttaa yhteinen ymmärrys. Dialoginen luonne voi jähmettyä usein paikoilleen asiantuntijoiden valmiiden olettamuksien ja luokitteluiden perusteella. Ammattiauttamiseen liittyvä tiedon valta voi estää asiakaslähtöisyyden toteutumisen kun dialogista tulee yksisuuntainen monologi. (Salmela 1997, 195).

Minna Laitila (2010) on väitöskirjassaan tutkinut asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Hän toteaa, että asiakkaan osallisuus voi toteutua monin eri tavoin, mutta toteutumisessa on edelleen puutteita. Asiakkailla on erilaiset valmiudet olla osallisina, joten erilaisia osallisuuden muotoja tarvitaan. Asiakkaalla on myös oikeus olla hoidettavana ja vastaavasti työntekijällä velvollisuus hoitaa ja tehdä asiakkaan puolesta ratkaisuja. Ensisijaista on kuitenkin asiakkaan mahdollisimman suuri osallisuus, itsemäärääminen ja voimaantuminen. (Laitila 2010, 184.)

Myös riittävään resursointiin, asiakaslähtöisen toiminnan mahdollistavaan johtamiskulttuuriin sekä työntekijöiden asenteisiin tulee kiinnittää huomiota. Laitilan mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus on haasteiden edessä, koska sillä voidaan vaikuttaa työntekijöiden tiedollisiin, taidollisiin ja asenteellisiin valmiuksiin. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että palveluiden käyttäjät arvostavat työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Myös kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen mielenterveys- ja päihdetyössä tulisi nostaa esille. Asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä tulisi kehittää yhteistyönä palveluiden käyttäjien, työntekijöiden, oppilaitosten, päättäjien ja muiden mahdollisten toimijoiden kanssa. Asiakkaan eli palveluiden käyttäjän osallisuus kehittämistyössä on ehdoton, muutoin aitoa muutosta ei tapahdu. Asiakaslähtöinen, hyvä kohtelu ja asiakkaan osallisuus tulee huomioida myös vastentahtoisessa hoidossa. (Laitila 2010, 185.)

Laitila toteaa, että riittävän tiedonsaannin merkitys on suuri ja asiakkaan tulisi tietää mihin hänellä palvelunkäyttäjänä ja asiakkaana on mahdollista vaikuttaa. Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaan valinnan- ja vaikuttamisen mahdollisuudet ovat tutkimuksien mukaan käytännössä vähäiset. Osallisuuden

mahdollistamiseksi asiakkaat tarvitsevat tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan. (Laitila 2010, 186.)

4.6 Hoitotakuu

Potilaan asuinkunnasta huolimatta, kaikki kiireellistä hoitoa tarvitsevat saavat Suomessa apua välittömästi terveyskeskusten tai sairaaloiden päivystysvastaanotoilla. Hoitotakuu on säädetty, jotta kansalaisten kiireettömän lääketieteellisen hoidon tarpeen arviointi sekä hoitoon pääsy sujuisi ennalta määrätyn ajan kuluessa. Kuntien terveyskeskukset tarjoavat kiireetöntä hoitoa ja hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsystä on määritelty mm. seuraavasti: Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuskäynnin, on sinne saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta ja terveyskeskushoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Terveyskeskuksen erikoissairaanhoidon on päästävä kuudessa kuukaudessa. Sairaalaan pääsy edellyttää lääkärin lähetettä, jossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Jos sairaalahoidon tarve todetaan, on hoito aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Jos hoito joudutaan toteuttamaan muualla (toinen sairaanhoitopiiri tai yksityinen sektori) ei potilaalle saa aiheutua ylimääräisiä kuluja.

Lakimuutokset ovat tulleet voimaan 1.3.2005 ja hoitoon pääsystä säädetään seuraavissa laeissa: 66/172, 1062/1989 ja Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

4.7 KASTE-ohjelma

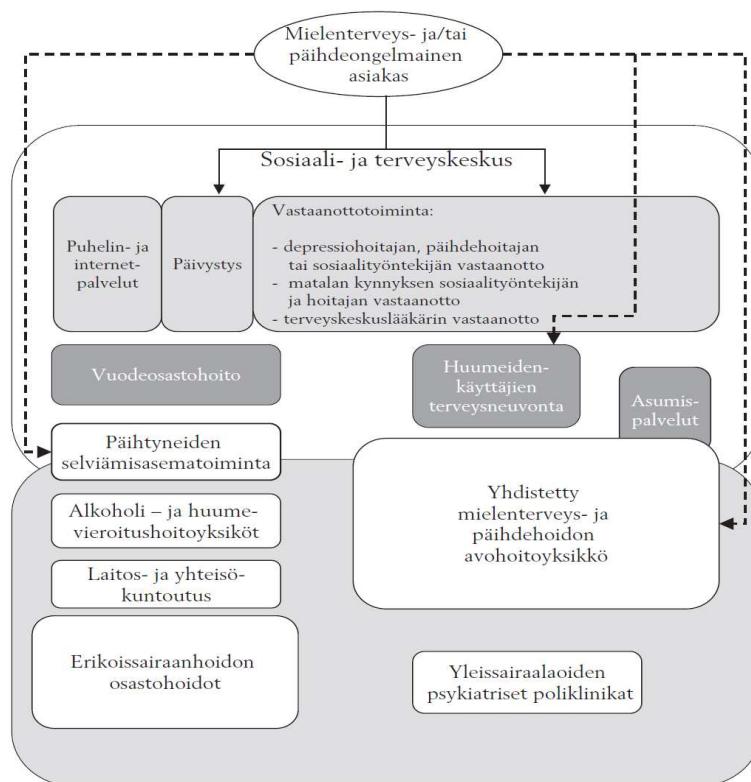
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) on määritelty vuosille 2008–2011 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Sen avulla ohjallaan kuntia ja suunnataan Stakesin, kansanterveystieteiden tutkimuskeskuksen, (nykyisin THL), työterveystieteiden tutkimuskeskuksen ja lääninhallitusten työpanosta ja kehittämistoiminnan resursseja. KASTE-ohjelmalla halutaan lisätä kuntalaisen osallisuutta, vähentää syrjäytymistä, lisätä osallisuutta, lisätä hyvinvointia ja terveyttä ja kaventaa hyvinvointi- ja

terveyseroja, parantaa palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta sekä kaventaa alueellisia eroja. Toimenpiteet, joilla tavoitteisiin päästään, ovat: ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen, henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheät kokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 5,7,13.)

4.8 Mieli 2009

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 Mieli 2009 –työryhmän kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelemiseksi ja suunnitelma valmistui 2009 alkuvuodesta. Suunnitelma sisältää mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ja keskeisimmät linjaukset, toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja niihin liittyvän päivystyksen järjestämiseksi alueellisena kokonaisuutena, ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveyshuollossa ja ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi. Suunnitelmasta löytyy ehdotuksia asiakkaan aseman vahvistamisesta, edistävästä ja ehkäisevästä työstä, mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä sekä ohjauskeinojen kehittämisestä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

Työryhmän ehdotus tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä löytyy seuraavasta kuvioista (Kuvio 2.) Yhtenäiset viivat osoittavat päihde- ja mielenterveysasiakkaan ensisijaisen, yhden oven periaatteella tapahtuvan, matalankynnyksen hoitoon hakeutumisen reitin. Katkoviivat osoittavat sellaisia hoitoon hakeutumisen reittejä, joihin asiakas voi hakeutua hoitoon joko palvelujen luonteen tai kunnassa sovittujen muiden ensisijaisten hoitoon hakeutumiskäytäntöjen pohjalta. Hoitojärjestelmän tehtävä tämän jälkeen on huolehtia asiakkaan ohjaamisesta eteenpäin tarvetta vastaavien palveluiden piiriin, mutta näitä jatkohoitoon ohjaavia reittejä ei kuvioon ole sisällytetty. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 29.)



Kuvio 2. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen.

Pohjanmaa-hankkeen sivustojen mukaan kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tarkastellaan ensimmäistä kertaa yhtenä kokonaisuutena mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä. Suunnitelmassa todetaan, että yhtäaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvaneet ja esim. vuoden 2007 päihdetapaustutkimuksen mukaan 48 %:lla niistä henkilöistä, jotka asioivat päihtyneiden käytön vuoksi sosiaali- ja terveyspalveluissa, oli myös päihdeistä riippumaton mielenterveyden häiriö. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat myös toistensa riskitekijöitä ja haitallinen päihtyneiden käyttö voi altistaa mieliala- tai ahdistuneisuushäiriölle tai vastaavasti masennusta ”lääkittää” päihtyneiden käytöllä. (Pohjanmaahanke 2010a.)

4.9 Pohjanmaa-hanke

Vaasassa parhaillaan laadittavaa mielenterveysstrategiaa on kaupungin kanssa yhdessä laatimassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke, Pohjanmaa-hanke. Hanke on saanut alkunsa vuonna 2005 ja se päättyy vuonna 2014. Hanke tukee kuntien päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä, edistää ennaltaehkäisyä

ja varhaista auttamista, tarjoaa työvälineitä hoito- ja palveluketjuissa sekä kuntoutuksen kehittämisessä, edistää työhyvinvointia sekä työelämässä pysymistä ja edistää verkostojen syntymistä sekä koulutus- ja tutkimusyhteistyötä ja välittää uusinta tietoa päihde- ja mielenterveystyön alalta. (Pohjanmaa-hanke 2010b.)

Pohjanmaa-hankkeen taustalla on sosiaali- ja terveysministeriö, SONet BOTNIA, Vaasan- ja Etelä-Pohjanmaan sekä Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. (Pohjanmaa-hanke 2010c.) SONet BOTNIA/Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus on sopimusperustainen verkko-organisaatio, joka koostuu Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan asiantuntijoista. Toiminnan tarkoituksena on aluelähtöinen tiedon tuottaminen ja osaamisen kehittämistoiminta. (SONet BOTNIA 2011.)

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri nimenä on kokenut muutoksen ja sairaanhoitopiirin nykyinen nimi on Kiuru, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruskuntapalveluyhtymä. (KIURU/Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä 2011.)

Pohjanmaa-hankkeen sivustoilta löytyy muun muassa maininta skitsofreniapotilaan palveluketjusta sekä syömishäiriöpotilaan hoitoketjusta. Ne löytyvät Vaasan keskussairaalan extranet-palvelusta, joka on julkinen vain keskussairaalan ja sairaanhoitopiirin alueella olevien terveyskeskusten työntekijöille.

Vaasan sairaanhoitopiirin kohdalla Pohjanmaa-hanke on muuttunut Välittäjä-hankkeeksi vuonna 2009.

4.10 Välittäjä-hanke

Välittäjä 2009-hanke on Väli-Suomen alueella vuosina 2009–2011 toteutettava uuden sukupolven mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke ja kuuluu osana valtakunnallista Kaste-ohjelmaa.

Hankkeessa ovat mukana Vaasan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (Pohjanmaa-hanke), Tampereen ja Lahden kaupungit sekä Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Nämä toimijat muodostavat viisi osahanketta Välittäjä 2009 -hankekokonaisuuteen. Ajankohtaiset ja paikalliset kehittämistarpeet yhdessä hankkeen tavoitteiden kanssa ohjaavat kehittämistoimintaa ja kehittämisprosesseissa käytettävien toimenpiteiden valintaa. Hankkeen tavoitteet:

- ”Peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen.
- Asiakkaiden osallisuuden lisääminen.
- Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen.
- Päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen.
- Saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin.
- Alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen.”

(Välittäjä-hanke 2009.)

4.11 Käypä hoito -suositukset

Suomalainen lääkäriseura Duodecim julkaisee kansallisia, näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, jotka kulkevat nimellä Käypä hoito. Hoitosuositusten tarkoitus on helpottaa ja yhtenäistää terveydenhuollon päätöksentekoa sekä mahdollistaa parhaan mahdollisen hoidon potilaalle. (Käypä hoito 2011a.)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on tieteellinen yhdistys, joka on perustettu vuonna 1881 ja se kehittää lääkärin ammattitaitoa ja käytännön työtä täydennyskoulutuksen, julkaisujen ja apurahojen avulla. Seuran jäsenmäärä koostuu lääkäreistä (yli 20 000) ja lääketieteen opiskelijoista. (Duodecim 2010.)

Käypä hoito -suosituksissa todetaan alkoholiongelmasta ja mielenterveyden häiriöistä muun muassa seuraavasti:

”Alkoholiongelma kietoutuu usein mielenterveyden ongelmiin: potilas voi yrittää lievittää masennustaan alkoholilla, ja juominen saattaa aiheuttaa mielenterveysongelmia ja ongelmien hoitoon käytetyt lääkkeet riippuvuutta. Näiden potilaiden hoidossa yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa on usein tarpeen.”

”Alkoholiongelmaisen potilaan psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, psykoottisuus, persoonallisuushäiriöön liittyvät oireet) on diagnosoitava ja hoidettava huolellisesti rinnan alkoholiongelman kanssa.” (Käypä hoito 2011b.)

Sivuilta löytyy suositukset päihdeongelmaisen hoidon laadusta sekä hoito- ja kuntoutusjärjestelmistä. Suosituksissa todetaan, että päihdepalvelujen määrä ja laatu vaihtelevat eri kunnissa, mutta hoito on aloitettava siinä yksikössä, missä asia ensin tulee esille ja hoitoverkoston on käytettävä tarkoituksenmukaisesti. Hoitojärjestelmän tulee olla niin selkeä, että työntekijät ja asiakkaat pystyvät sitä joustavasti käyttämään ja parhaimmillaan hoitoketjun oletetaan pystyvän monipuoliseen hoitoon. (Käypä hoito 2011b)

Käypä hoito -suosituksissa todetaan vielä, että alkoholiongelma on eräs yhteiskunnan merkittävistä terveysuhkista ja terveydenhuollolla on ongelmien ehkäisyssä ja havaitsemisessa keskeinen asema. Hyvä hoitosuhde sekä psykososiaaliset hoidot (keskustelu ja terapia) on perusta potilastyölle ja hoidon on oltava kokonaisvaltaista, koska alkoholiongelmaan kietoutuu potilaan koko elämänpiiri. (Käypä hoito 2011b.)

4.12 Palveluketju ja palvelusuunnitelma

Palveluketju voidaan kuvata saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen ja sen korjaamiseen liittyvänä toimintojen ja palvelujen kokonaisuutena. Toiminta on organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa. Saumaton palveluketju edellyttää saumattoman tiedonkulun, mutta kuitenkin yksityisyyden suojan asiakkaalle suoden. Keskeisiä ominaisuuksia tiedonkulun ohella ovat asiakaslähtöisyys, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tukeminen ja saumattomat organisaatorajat ylittävä palvelu. Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa (sosiaali- ja terveysministeriö 1998a) korostetaan sitä, että palveluketjuun kuuluu julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajien lisäksi kolmannen sektorin toimijoita. Palveluketjua toteutettaessa onkin tärkeää

nähdä sekä julkinen että yksityinen ja kolmas sektori palveluineen yhdenvertaisina. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiiikkala 2000, 16, 18, 20.)

Palveluketjussa asiakas on palvelujen keskipisteenä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen tarpeistaan. Hän saa tarvitsemansa palvelun, hoidon, ohjeet ja muun informaation ilman, että hänen tarvitsee tietää mihin hallintoon tai organisaatioon häntä palvelevat henkilöt kulloinkin kuuluvat. Palveluketju toimii asiakkaan kannalta ilman tarpeettomia jonotusaikoja ja viiveitä. (Nouko-Juvonen ym. 21.)

Palveluketjuun/hoitoketjuun liittyy olennaisesti myös palvelu- tai hoitosuunnitelma, jota voidaan kutsua räätälöidyksi, yksilötason selviytymisstrategiaksi. Kaikki asiakkaan palveluun osallistuvat tahot voivat sen avulla työskennellä samoihin tavoitteisiin pyrkien. Suunnitelman tavoite on turvata ja edistää asiakkaan hyvinvointia ja suunnitelman toteutumiseksi edellytetään asiakkaalta itseltäänkin aktiivista osallistumista ja omien voimavarojen käyttöä. Aluksi selvitetään asiakkaan tilanne, arvioidaan ja priorisoidaan tarpeet sekä arvioidaan voimavarat. Seuraavaksi asetetaan tavoitteet, ja laaditaan selkeä suunnitelma/asiakirja siitä, miten palveluita, hoivaa ja tukea tullaan toteuttamaan ja keiden toimesta. Suunnitelman toteutumista myös seurataan ja arvioidaan ja tehdään siihen tarpeellisia muutoksia yhdessä asiakkaan ja/tai hänen omaistensa kanssa. (Salmela 1997, 219.)

5 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT VAASASSA

5.1 Päihdepalvelut

Vaasan päihdepalveluita määrittelee Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas (2006). Päihdetyön palveluoppaan mukaan päihdeongelmien hoidosta Vaasassa vastaa sosiaali- ja terveystoimi. Avo- ja laitospalvelut on keskitetty sosiaali- ja terveystoimen alaiselle Psykososiaalisten palveluiden palvelualueelle. Päihdepalveluissa on huomioitu ennaltaehkäisevän, hoidollisen sekä myös haittojen vähentämiseen tähtäävän päihdetyön roolit. Erillisen ehkäisevän päihdetyön yksikön toiminta koskettaa eri hallinnonalojen viranomaisten, järjestöjen ja yhteisöjen työkenttää ja sen toiminta on lakisääteistä. Myös sosiaalityön- ja lastensuojelun palvelualueella tehdään perustason sosiaalityötä päihdehaittojen ennaltaehkäisemiseksi samoin kuin eri koulujen ja oppilaitosten keskuudessa. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006.)

Avohoito alle 25-vuotiaille on järjestetty Nuorisoasema Klarassa ja yli 25-vuotiaille Vaasan A-neuvolassa. Laitoshoidosta ja kuntoutuksesta vastaavat Selviämis- ja katkaisuhuoltoasema sekä Vaasan päihdekuntoutusyhteisö. Myös erikoissairaanhoidon palveluita käytetään tarvittaessa. Tukiasuntotoiminta pitää sisällään erillisten tukiasuntojen lisäksi myös asumispalveluyksikkö Silmukodin. Päiväkeskuksessa on lisäksi mahdollisuus viettää raittiutta tukevaa vapaa-aikaa. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006, 13.)

Kiireellisissä ja muissa sairaanhoitoa vaativissa tilanteissa voi hakeutua Vaasan pääterveysaseman päivystykseen ja yöpäivystys hoidetaan Vaasan keskussairaalassa. Huumeiden käyttäjiä palvelee ja auttaa terveysneuvontapiste Vaasan Tipsi, joka on matalan kynnyksen hoitopaikka ja tarjoaa terveysneuvonnan ja keskustelujen lisäksi hoitoon ja tutkimukseen ohjausta, rokotuksia ja pienten haavojen hoitoa sekä huumeruiskujen- ja neulojen vaihtopalveluita. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006, 16.)

Vaasan selviämis- ja katkaisuhuoltoasema on sittemmin kokenut nimenvaihdoksen ja on nykyiseltä nimeltään Vaasan Päihdeasema. Siellä tarjotaan selviämis-, katkaisu ja vieroitushoidon ohella myös korvaushoitoasetuksen mukaista opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa. Kevään 2011 aikana Vaasan Päihdeasemalla on lisäksi aloittamassa toimintansa 12–18 -vuotiaille nuorille tarkoitettu selviämisasema Haavi. (Katkaisuhuoltoaseman nimeksi päihdeasema 2011, 11.)

Päihdetyön strategiat on määritelty Vaasan seudun alueellisessa päihdestrategiassa Vaasan seutu – selvänä tulevaisuuteen, joka on valmistunut 9.2.2009. Strategia koskee seuraavaa yhdeksää kuntaa (silloin voimassa olleen kuntajaottelun mukaan): Isokyrö, Korsnäs, Laihia, Maalahti, Mustasaari, Oravainen, Vaasa, Vähäkyrö ja Vöyri-Maksamaa. (Vaasan seudun alueellinen päihdestrategia 2009.)

Strategiassa otetaan kantaa siihen, miten päihdetyötä tehdään Vaasan seudulla eli kyseessä olevissa kunnissa. Kehittämisen kohteiksi strategiassa määritellään 1) kuntalaisten päihdeettömyyden tukeminen ja erityisesti vanhemmuuden tukeminen 2) yhteistyökäytäntöjen selkiyttäminen terveydenhuollon, koulutoimen ja sosiaalitoimen välillä sekä erityisesti mielenterveyspalveluiden kanssa sekä 3) alueellisten, kuntalaisten ja heidän perheidensä tarpeiden mukaisen päihdetyön menetelmien kehittäminen. Vaasan seudun päihdestrategiaa suuntaavat arvot ovat, vastuullisuus, kunnioittaminen, yhteisöllisyys, asiakaslähtöisyys, avoimuus ja monikielisyys- ja kulttuurisuus. Päihdestrategian visiona mainitaan:

”Vaasan seudun kuntalaiset voivat hyvin. Strategia-alueella toteutetaan laaja-alaista ehkäisevää päihdetyötä ja järjestetään päihdepalveluita tiiviissä alueellisessa, moni ammatillisessa ja kaksikielisessä verkostossa. Päihdetyö on asiakaslähtöistä ja jokaisella Vaasan seudun kuntalaisella on mahdollisuus laadukkaisiin, oikea-aikaisiin ja tarpeen mukaisiin palveluihin.”
(Vaasan seudun alueellinen päihdestrategia 2009, 6, 8, 20–21.)

Päihdestrategiassa korostetaan asiakaslähtöisyyden näkökulmaa. Asiakaslähtöisyyden näkökulman korostaminen merkitsee kaikissa kehittämiskohteissa sitä, että päihdeettömyyttä tuetaan kuntalaisten omista tarpeista lähtien ja annetaan eväitä tueksi vanhemmuuteen ja kehitetään jo

olemassa olevia palveluita ja yhteistyökäytäntöjä suuntaan, jossa on joustavuutta asiakkaan siirtyessä yhdeltä palveluntarjoajalta toiselle tai kun kullekin asiakkaalle mietitään sopivinta hoitopolkua. Keskiössä ovat kuntalaiset eli he, joita varten ehkäisevää päihdetyötä kehitetään ja samalla palveluja tuodaan lähemmäs ihmisen arkea. (Vaasan alueellinen päihdestrategia 2009, 19.)

Kehittämiskohteita lähdetään päihdestrategiatyöskentelyssä tarkastelemaan asiakaslähtöisyyden periaatteet huomioiden, erityisesti ennaltaehkäisevän ja korjaavan työn sekä palveluiden järjestämisen rakenteiden näkökulmista. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Strategiatyön kehittämiskohteiden näkökulmia (Vaasan seudun alueellinen päihdestrategia 2009, 22.)

5.2 Mielenterveyspalvelut

Päihdetyön palveluoppaassa todetaan, että psykiatrisia sairauksia hoidetaan pääasiallisesti, diagnoosista riippuen, joko kaupungin peruspalveluissa tai erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon avo- ja osastohoitoon vaaditaan lähete, mutta avohoitoon peruspalveluiden piiriin pääsee ilman lähetettä. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006, 6.)

Vaasan keskussairaalan verkkosivuilta löytyy tietoa sairaalan psykiatrisesta hoidosta. Psykiatrian osastot sijaitsevat erillisissä rakennuksissa Huutoniemellä, kuten myös psykiatrian tukitoiminnot (kuntoutuskoti, työterapia, liikunta ym.). Vaasan keskussairaalan alueella Hietalahdessa taas sijaitsevat lastenpsykiatrian poliklinikka, nuorisopsykiatrian poliklinikka ja psykiatrian poliklinikka – tutkimus ja terapia ja yleissairaalapyykiatrian poliklinikka. (Vaasan keskussairaala 2011.)

Vaasan sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2009–2012 todetaan asiakasnäkökulmaan liittyen päämäärinä seuraavia asioita: potilaiden hoidon vaikuttavuuden ja saatavuuden on oltava vähintään kansallisesti määritellyllä tavoitetasolla, palveluiden laatu täytyy olla mitattavissa ja osoitettavissa, käytössä on järjestelmät laadun varmistamiseen ja parantamiseen sekä hoidon periaatteiden ja hoitokriteereiden on noudatettava kansallista käytäntöä ja lisäksi asiakastyytyväisyys on osoitettu hyväksi eli potilaat, kunnat ja yhteistyökumppanit ovat hoitoon tyytyväisiä. (Vaasan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2009–2012, 8.)

Psykiatrian tulosalueeseen liittyvät kriittiset menestystekijät ja strategiset tavoitteet strategiassa puolestaan ovat: erikoissairaanhoidon tasoisten erilaistuvien avohoitomallien kehittäminen tukemaan perusterveydenhuollon psykiatria, akuutti kriisi-interventio –painotteisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon laitosjaksojen tarjoaminen tukemaan psykiatrista avohoittoa, rakenteiden tarkistaminen avohoidon ja laitoshoidon puolella, henkilöstön saatavuuden varmistaminen sekä erikoisalojen säilyttäminen ja kehittäminen. (Vaasan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2009–2012, 16.)

Tämänhetkinen tilanne on se, että Vaasan keskussairaalassa ei ole ainoatakaan avopuolen aikuishoidon psykiatria eli mielenhäiriöistä kärsivät aikuiset ovat jäämässä heitteille. Mielenterveyskeskus ei kykene ottamaan uusia asiakkaita, vaikka työterveyslääkäri tai terveyskeskus haluaisi sinne lähetteen kirjoittaa esim. masennuksesta kärsivälle. Siellä mahdollistuisi oikea diagnoosi, terapia tai muu psykiatrinen apu. Vaarana tässä on se, että joidenkin ongelmat ehtivät muuttua

kroonisiksi, kun avun saaminen ja hoitoon pääsy lykkääntyy. Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatritilanne on ollut huono jo pitkään ja yhteensä 17 virasta on 11 täyttämättä, toteaa Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosaluejohtaja Hilka-Maija Kolehmainen sanomalehti Pohjalaisen haastattelussa. (Ekola 2011.)

5.3 Kolmannen sektorin tarjoama tuki

Päihde- ja mielenterveyspalvelutarpeisiin vastataan myös kolmannella sektorilla. Kolmannen sektorin tarjoama tuki voi olla yhdistysten suoraan kuntalaisille tarjoamaa: tietoa sairauteen/vammaan liittyen sekä vertaistukea tai sitten kaupunki/kunta voi ostaa yhdistyksen tai järjestön palveluita, kuten esimerkiksi asumispalveluita tai päivätoimintaa päihde- ja mielenterveyskuntoutukseen liittyen. Myös seurakunnat tarjoavat apua muun muassa diakonityön avulla. Vaasan alueella löytyy useita päihde- ja mielenterveyssektorilla aktiivisesti toimivia yhdistyksiä. Osalla yhdistyksistä on palkattuja työntekijöitä ja osa toimii vapaaehtoistoimijoiden turvin.

Vaasan Setlementti ry:n Kyläkeskus Kultanummi on mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu ympärivuorokautinen asumisyksikkö, jolta kaupunki ostaa palveluita. (Vaasan Setlementti ry 2004.)

Vaasanseudun sosiaalipsykiatrinen yhdistys – Vasanejdens socialpsykiatriska förening ry on kuntoutujien oma yhdistys, joka tarjoaa kuntoutujille mielekästä toimintaa päiviin muun muassa Sateenkaaritalon ja Tiimi-tupa päiväkeskuksen muodossa sekä asumisyksiköt Jansson-kodin sekä Kalliokodin. Kaupunki ostaa palveluita Vaasanseudun sosiaalipsykiatriselta yhdistykseltä. (Vaasanseudun sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry 2007.)

Tonårspoliklinik eli nuorisopoliklinikka on teini-ikäisiä palveleva, matalan kynnyksen paikka, jota ylläpitää Vasa Folkhälsan r.f. Se on tarkoitettu 13–19 vuotiaille nuorille, joilla on fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia elämässään. Vaasan kaupungilla on ostopalvelusopimus yhdistyksen kanssa. (Folkhälsan 2010.)

Omaisiet mielenterveystyön tukena Vaasanseutu ry – Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden rf, on mielenterveyskuntoutujan omaisille ja läheisille tarkoitettu yhdistys ja se tarjoaa tietoa, tukea ja vertaistoimintaa. (Omaisiet mielenterveystyön tukena Vaasanseutu ry 2011.)

Svenska Österbottens Anhörigförening SÖAF rf on ruotsinkielinen mielenterveyskuntoutujien omaisia ja läheisiä tukeva yhdistys. Yhdistyksellä on ollut Oravaisten kunnan kanssa yhteinen projekti ennaltaehkäisevän perhetyönmallin kehittämiseksi. (Svenska Österbottens Anhörigförening SÖAF rf 2010.)

Vaasan Mielenterveystoiminnan tuki ry on kuntoutujien oma yhdistys ja se on samalla Mielenterveyden keskusliiton alainen paikallisyhdistys. Yhdistyksellä ei ole verkkosivuja. Yhteyshenkilön tiedot löytyvät Mielenterveyden keskusliiton sivuilta. (Vaasan Mielenterveystoiminnan tuki ry 2011.)

Stödförening för närstående till missbrukare r.f. on ruotsinkielinen, päihdeongelmaisten omaisia ja läheisiä auttava yhdistys. Yhdistyksen tärkeänä tavoitteena on myös lisätä yleistä tietoisuutta alkoholismista sekä läheisten tarvitsemasta tuesta. (Stödförening för närstående till missbrukare r.f. 2011.)

Irti Huumeista ry – Fri från Narkotika rf on yhdistys, joka tarjoaa tukea huumeiden käyttäjille sekä läheisille että omaisille. (Irti Huumeista ry 2011.)

Psykosociala förening Empati rf on ruotsinkielinen, mielenterveyskuntoutujia palveleva yhdistys. Yhdistyksellä ei ole verkkosivuja, mutta yhteystiedot löytyvät Psykosociala Förbundet rf:n sivuilta. (Psykosociala förening Empati rf 2011.)

Psykosociala föreningen Rågblomman r.f. on ruotsinkielinen, sekä omaisille että mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu yhdistys. (Psykosociala förening Rågblomman r.f. 2011.)

Pohjanmaan syömishäiriöperheet ry:n toiminnan tärkeä osa on vertaistuki ja heillä on muun muassa yhteistyössä Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasanseutu ry:n kanssa vertaisryhmä, joka on tarkoitettu henkilöille, joiden läheinen on sairastunut syömishäiriöön. (Pohjanmaan syömishäiriöperheet ry 2011.)

AA (Alcoholics Anonymous), nimettömät alkoholistit, on toveriseura miehille ja naisille, jotka haluavat lopettaa juomisen. Al-Anon ryhmä koostuu alkoholistien omaisista ja ystävästä ja auttaa heitä jaksamaan jakamalla kokemuksia, voimia ja toivoa. NA-ryhmä on tarkoitettu huumeriippuvuudesta kärsiville henkilöille. (Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006, 24.)

Vaasan A-kilta ry/raitis olohuone, on tukena silloin, kun ihminen pyrkii muuttamaan elämäntapojaan ja tavoitteena on raittius. (Vaasan A-kilta ry 2011.)

Järjestöt ovat keskeisessä osassa suomalaista demokratiaa ja niiden tehtävissä korostuvat oikeudenmukaisuus ja ne pyrkivät hyvinvoinnin tasa-arvoiseen jakautumiseen. Auttamisen ja tiedonvälityksen lisäksi järjestöillä on myös tärkeä merkitys osallistumisen ja vaikuttamisen väylänä ja vertaistuki sekä vapaaehtoistoiminta, harrastus- ja virkistystoiminta kuuluvat oleellisena osana järjestöjen toimintakenttään. (Lindqvist & Vuorinen 2009, 3.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on perinteisesti suomalaisessa yhteiskunnassa tärkeä rooli; ne tarjoavat kansalaisille osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia, vahvistavat yhteisöllisyyttä ja kehittävät palveluita ja koko yhteiskuntaa. Järjestöt myös puhuvat niiden hiljaisten ja syrjään jäävien puolesta, jotka eivät muuten saisi ääntään kuuluviin. Niiden toiminta tavoittaa paljon niitä ihmisiä, jotka elävät eri tavoin hankalissa elämäolosuhteissa ja jotka ovat vaarassa jäädä syrjään ja muun yhteiskunnallisen toiminnan ulkopuolelle. Kansalaistoiminnan vahvuus on ihmisten välisessä kohtaamisessa ja samalla se luo koko yhteiskuntaan sosiaalista pääomaa. (Vuorinen, Särkelä, Perälähti, Peltosalmi, Peisa, Londén & Eronen 2005, 131.)

Kansalaisjärjestöjen keskeisintä toimintaa on vapaaehtois- ja vertaistoiminta ja sen merkitys korostuu entisestään, kun ihmiset joutuvat kohtaamaan elämänsä erilaisia kriisivaiheita aiempaa enemmän yksin. Monet yhdistyksistä onkin perustettu kokoamaan yhteen ihmisiä, joita yhdistää jollain tapaa samanlainen elämäntilanne. (Vuorinen ym. 132.)

Yhdistystoiminta ja kansalaisaktiivisuus on vahva, yhteiskunnallinen voimavara ja ihmiset saavat toiminnasta itselleen sosiaalista pääomaa, sosiaalista arvoa ja yhteistyöverkostoa. Yhdistysten ja kansalaistoiminnan päämäärä on aina ollut heikkojen ja uhattujen puolesta toimiminen. Lastensuojeluun ja terveydenhoitoon liittyen ovat yhdistykset aikoinaan olleet edelläkävijöitä ja toimijoita ja monet kehitetyistä toimintatavoista ja muodoista ovat sittemmin siirtyneet kunnan tai valtion tehtäviksi. (Isaksson 1997, 8.)

5.4 Kokemuksia Serveri-hankkeesta ja Lähde-hankkeesta

Serveri eli Sosiaalisen kuntoutuksen mallintaminen hanke toteutettiin Vaasassa 1.4.2005–30.4.2007 sekä jatkoajalla 31.10.2007. Hankkeen ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli kehittää sosiaalisen kuntoutuksen yhteistyömallia 25–45 -vuotiaiden kaksoisdiagnoosiepäiltyjen tai kaksoisdiagnoosoitujen pitkäaikaistyöttömien kuntouttamiseksi ja elämänhallinnan parantamiseksi palveluohjauksen ja aikuissosiaalityön keinoin. Mallin kehittäjä ja hankkeen toimijoita olivat Vaasan sosiaali- ja terveystoimisto, Vaasan työvoiman palvelukeskus ja Jupiter-säätiö. Tavoitteena oli myös vahvistaa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentelevien aikuissosiaalityön ja päihdetyön työntekijöiden päihdepsykiatrista osaamista ja hoitaa terapeuttisin menetelmin ko. kohderyhmän asiakkaita kunnan peruspalvelujen kautta. Hankkeen avulla haluttiin myös kehittää 1.1.2005 yhdistyvien Vaasan sosiaali- ja terveystoimiston alaisten Sosiaalityön palvelualueen ja Psykososiaalisten palvelujen välistä yhteistyötä. (Pendolin & Lammassaari 2007, 1, 3.)

Toisen vaiheen tavoitteena oli luoda Vaasan sosiaali- ja terveystoimiston ja Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön välinen yhteistyömalli, jossa kuntoutetaan pitkäaikaista terapiaa tarvitsevia kaksoisdiagnoosiasiakkaita.

Pitkäaikaistyöttömien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntouttamismalli oli myös tarkoitus laajentaa Vaasan ympäristökuntiin. (Pendolin & Lammassaari 2007, 3.)

Serverin mallissa keskeisiä tekijöitä ovat olleet mm. riittävä aika asiakasvastaanotoilla ja kotikäynneillä, läsnä olevan asiakkaan kuuleminen, keskustelu ja henkinen tuki, voimavarojen tukeminen kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen ja sitoutumiseen päihde- ja mielenterveysongelmien hoidossa sekä kanssakäymisen ja asiantuntijuuden vastavuoroisuus. Myös asiakkaan ohjaus ja neuvonta oikeiden palveluiden saamiseksi ja erilaisten lomakkeiden täyttämiseen liittyen sekä selvitysten laadintaan Kelaan ja työvoimatoimistoon. Asiakkaan rinnalla kulkeminen ja mukana oleminen Kelassa, työvoimatoimistossa tms. virastoissa, sekä kannustaminen mukaan erilaisiin toimintoihin ja oppimiseen, motivointi ja apu ongelmien ratkomiseen sekä itsenäiseen elämiseen tukeminen. (Pendolin & Lammassaari 2007, 10–11.)

Hankkeen tuloksia arvioidessa todettiin, että sosiaalisen kuntoutuksen paikallisten toimijoiden kanavat aukenivat, hoito- ja palveluketjut muodostuivat ja yhteistyö tehostui. Asiakasta osallistava ja voimaannuttava henkilökohtaisen palveluohjauksen työtapa jatkuu ja myös hankkeen luomien tiimien, yksikkökohtaisten toimintasuunnitelmien ja asiakkaan kanssa tehtyjen toimintasopimusten käyttö jatkuu. Jatkotoimenpiteiksi kirjattiin päihde- ja mielenterveyshoitajan (kaksoisdiagnoosihoitaja) työtehtävän kokeilu, vrt. depressiohoitaja tai diabeteshoitaja. Samanaikainen hoitajien työkokeilu toteutettaisiin sitten sekä päihde- että mielenterveyskeskuksessa ja terveyskeskuksessa. Niissä hoitajat ohjaisivat asiakkaita mahdollisimman varhaisen puuttumisen periaatteella hoito- ja kuntoutuspalveluihin. Päihde- ja mielenterveyshoitajien osaaminen tuottaisi sitten päteviä kaksoisdiagnoosihoitajia. (Pendolin & Lammassaari 2007, 36.)

Lähde-hankkeen taustalla olivat ongelmat, joihin kiinnitettiin huomiota Ristinummen ja Vanhan Vaasan alueella asuvien mielenterveysongelmista kärsivien nuorten ja heidän sosiaalitoimen asiakassuhteisiinsa liittyen. Puutteelliset elämänhallintataidot, lisääntyvä päihteiden käyttö, keskeytyneet

opinnot sekä työttömyys lisäsivät syrjäytymistä ja palveluketjujen puutteellisuus ja riittämättömyys eivät kyenneet vastaamaan heidän tarpeisiinsa. (Lähde-hanke 2008, 8.)

Kehittämistyöhön lähdettiin yhdessä Vaasan, Laihian, Isonkyrön ja Vähänkyrön sosiaalitoimen, Vaasan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän psykiatrian yksikön ja Vaasan Setlementtiyhdistyksen voimin. Hankkeen tavoitteena oli mielenterveyskuntoutujien ja riskiryhmässä olevien henkilöiden avopalveluiden kehittäminen ja yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kesken tavoitteena palveluiden laadun parantaminen. Tavoitteisiin kuului työmenetelmien kehittäminen, seuranta ja arviointi mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa avopalveluissa. Tarkoitus oli myös monipuolistaa Kyläkeskus Kultanummen (Vaasan Setlementtiyhdistys) palveluita ja madaltaa kynnystä mielenterveyskuntoutujia tukevissa avopalveluissa. Arviointi, laatu ja laajempi yhteistyö hankkeessa piti sisällään mm. mukana olevien kuntien konsultointia, palveluketjujen kuvaamista sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatusuosituksen toteutumista ja kytkeytymistä mielenterveys- ja päihdestrategiaan. (Lähde-hanke 2008, 8–10.)

Hanke toteutettiin 12/2006–10/2008 ja rahoitus koostui valtionavustuksesta Länsi-Suomen lääninhallitukselta sekä mukana olevien kuntien maksuosuuksista. (Lähde-hanke 2008, 11.)

Projektin johtopäätöksinä ja kehittämistarpeena avopalveluihin ja palveluohjaukseen liittyen nähtiin tarve palveluohjauksellisen työotteen laajempaan käyttöönottoon, sillä sen kautta kyettäisiin kartoittamaan ja järjestämään mielenterveyskuntoutujille paremmin palveluita. Palvelujärjestelmän toimijayhteistyötä tulisi kehittää sekä samalla myös verkoston toimijoiden palveluita. Myös asiakkaan palveluketjun kokonaisvastuuta ja työnjakoa tulisi selkeyttää. (Lähde-hanke 2008, 46.)

Työmenetelmien kehittämiseen, seurantaan ja arviointiin liittyen todettiin, että toimijoiden palveluohjausprosessit tulisi mallintaa ja selkiyttää asiakasrajapintoja.

Palveluohjauksellisen työtteen vakiinnuttamiseksi tulisi olla koulutusta sekä työnohjausta. Asiakkaan tilanteeseen perehtymiseen liittyen tarvittaisiin lisää resursseja (henkilöitä ja aikaa). Todettiin, että sosiaalityön palvelualueella työntekijöiden työskentelytavoissa on tulevaisuudessa tarkoitus ottaa käyttöön palveluohjauksellinen menetelmä. (Lähde-hanke 2008, 47.)

Kyläkeskus Kultanummen palveluiden kehittämiseen mielenterveyskuntoutujien avopalvelukeskukseksi oli projektin kesto liian lyhyt ja ratkaisuna nähtiin jatkohanke toiminnan kehittämiseen. Samoin jatkohankkeen tarpeena nähtiin ystävätoiminnan kehittäminen mielenterveyskuntoutujille. (Lähde-hanke 2008, 47–48.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Kunta on velvollinen järjestämään asukkailleen hoitoa mielenterveys- ja päihdeongelmiin ja hoidon tulisi perustua asiakkaan omiin tarpeisiin eli hoidon pitäisi olla asiakaslähtöistä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoitaminen on kuitenkin haasteellista. Jotta hoito olisi helpompaa ja tuloksellisempaa, onkin kehitetty erilaisia toimintatapoja ja malleja sekä hankkeita ja projekteja.

Aallon (2008) mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ovat olleet vallitsevia jaksottaisen ja rinnakkaisen hoidon mallit, joissa molemmissa on kaksi hoitotahoa. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin toista ongelmaa (päihdeongelmaa hoidetaan A-klinikalla) ja kun hoidossa on päästy riittävän hyvään hoitotulokseen, toisen ongelman hoito voidaan aloittaa (masennusta hoidetaan psykiatrian poliklinikalla). Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia, mutta kummallekin sairaudelle/ongelmalle on oma erillinen hoitotahonsa. Uudempana kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallina on niin sanottu integroitu hoito, jossa sama taho hoitaa kumpaakin ongelmaa. Myös hoitoon motivoinnilla on suuri merkitys eli potilaan olisi oltava sitoutunut hoitopaikkaan ja hoitoon. Työmuotona voidaan käyttää muun muassa motivoivaa haastattelua, joka on lyhyt, muutamia keskusteluja sisältävä interventio. (Aalto 2008.)

Yleisesti ottaen mielenterveys- ja päihdeongelmaan saa hoitoa eri yksiköissä, mutta Suomessa on myös niin sanottuja integroidun hoitomallin mukaisia yksiköitä, joissa kumpaakin ongelmaa hoidetaan samanaikaisesti. Tutkimuksien, selvitysten, hankkeiden ja projektien kautta on varmasti saatu jo paljon tietoa siitä, miten mielenterveys- ja päihdeongelmaisen hoito olisi hyvä järjestää. Käytännön työssäni olen kuitenkin tullut huomaamaan, että usein kaksoisdiagnoosiasiakkaat kokevat olevansa väliinputoajia hoidon suhteen eli molemmat ongelmat tai jompikumpi ongelmista jää vaille täysipainoista hoitoa.

Tämän tutkimuksen tarkoitus olikin tuoda aikaisempiin tutkimuksiin liittyen täydentävää tietoa eli kartoittaa kaksoisdiagnoosiasiakkaan oma mielipide ja näkemys hoidon ja palveluiden tarpeesta. Samalla selvitettiin asiakkaan oma käsitys elämäntilanteestaan ja ongelmistaan sekä hoitoon motivoitumiseen ja sitoutumiseen tarvittavaa tukea.

6.2 Tutkimusongelmat

Tutkimusongelmaksi nousevat

- millaisena haastateltava itse näkee tämänhetkisen elämäntilanteensa ja tiedostaako hän itsellään sekä mielenterveys- että päihdeongelman
- millaista hoitoa ja palvelua hän itse kokee tarvitsevänsä
- miten hänen mielestään hänen omaa motivoitumista ja sitoutumista hoitoon tulisi tukea

6.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus oli työelämälähtöinen ja sen tarkoitus oli kerätä tietoa työpaikkani kohderyhmään liittyen eli syrjäytymisvaarassa olevat tai jo syrjäytyneet mielenterveys- ja päihdeongelmaiset sekä mahdollisen rikostaustan omaavat noin 17–35 -vuotiaat nuoret aikuiset. Tarkoitus oli haastatella Bestis ry:n verstaalla työsuhteessa sillä hetkellä olevia henkilöitä. Myös Bestis ry:n yhteistyöverkostoista oli mahdollisuus saada haastateltavia, mikäli verstaalta ei saataisi tarpeellista määrää haastateltavia kokoon. Haastateltavaksi suostuneilta saatiin kirjallinen suostumus haastatteluun sekä nauhoitukseen. Suostumuslomakkeessa mainittiin, että haastateltavien henkilötiedot eivät välity ulkopuolisille, eivätkä he ole tutkimusraportissa tunnistettavissa ja haastatteluista kerätty aineisto (nauhoitukset tai kirjallinen materiaali) hävitetään tutkimustyön päätyttyä.

6.4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Hirsjärvi ja Hurme (2000) toteavat, että teemahaastattelulla päästään lähemmäs niitä merkityksiä, joita

ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille ja ne tuovat tutkittavien oman näkökulman esille ja heidän äänensä kuuluville. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28.)

Alasuutarin (1999) mukaan laadullisella tutkimuksella on yhteys kulttuuritutkimukseen, koska molemmissa selittäminen perustuu ymmärtävään selittämiseen ja keskeistä on ilmiön paikallinen selittäminen. (Alasuutari 1999, 55.)

Teemahaastattelu-nimenä ei sido haastattelua tiettyyn leiriin, kvantitatiiviseen tai kvalitatiiviseen, eikä se määrittele kuinka syvälle aiheen käsittelyssä mennään eikä se myöskään ota kantaa haastattelukertojen määrään. Haastattelu ei perustu yksityiskohtaisiin kysymyksiin, vaan etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tutkijan näkökulma ei ole se keskeinen ja määrittelevä tekijä haastattelussa vaan tutkittavan oman äänen kuuluvaksi tekeminen. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiirit eli teema-alueet, ovat samat kaikille haastateltaville. Teemahaastattelu eroaa strukturoidusta lomakehaastattelusta siinä, että kysymykset eivät perustu tarkkaan muotoon ja järjestykseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Käytössä oli teemakyselylomake, jossa oli valmiita teema-alueisiin liittyviä kysymyksiä ja esitin ne kaikille haastateltaville. Osalle esitettiin tarpeen vaatiessa vastaamista helpottavia täydentäviä/apukysymyksiä. Kysymysten järjestys myös vaihteli eri haastateltavien kohdalla.

Nauhoitetut haastattelut on litteroitu eli purettu kirjoitetuksi tekstiksi. Sen jälkeen aineisto on luettu läpi useaan kertaan ja etsitty tekstistä keskeisiä elementtejä, vastausten samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Sen jälkeen tekstiä on analysoitu osissa uudestaan lukemalla ja tekemällä vastauksista tulkintoja. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, 163–164.)

Laadullisen tiedon luotettavuudessa on kyse tulkintojen validiteetista ja aineistojen kohdalla se merkitsee aitoutta eli aineisto on aitoa, jos haastateltavat puhuivat samasta asiasta kuin tutkija oletti. Aineiston on oltava myös relevanttia (merkityksellistä, olennaista) ongelmanasettelun taustana olevien teoreettisten

käsitteiden suhteen. Aitous kriteeri tutkimuksessa täyttyy, mikäli aineiston hankinnassa vallitsee intersubjektiiivinen (yksilöiden välinen kaikille yhteinen havainto) luottamus ja yhteisymmärrys ja vastaavasti relevanssi toteutuu, mikäli tutkija pitää johdonmukaisesti mielessään tutkimuksensa teoreettiset lähtökohdat. (Syrjälä ym. 129–130.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatietoja

Haastatteluun saatiin lupa viideltä henkilöltä. Yksi perui jälkeensä osallistumisensa. Kolme haastateltavaa oli Bestis Verstaalla kuntouttavassa työtoiminnassa ja yksi haastateltavista oli verstaan ulkopuolelta, myös kuntouttavassa työtoiminnassa. Haastateltavat olivat kaikki miehiä ja kuuluivat ikäryhmään 32–37 -vuotiaat. Yksi asui yksin ja yhdellä oli yhteinen asunto äitinsä kanssa. Kaksi asui avopuolison kanssa ja toisella pariskunnista oli kaksi yhteistä lasta. Kaikilla oli peruskoulu käytynä ja kolmella neljästä oli yksi tai useampi kesken jäänyt ammatillinen koulutus. Yksi oli siirtynyt peruskoulun jälkeen suoraan työelämään ja sai työstä itselleen elannon 13 vuoden ajan. Muiden kolmen työkokemus oli lyhytaikaista ja kahdella ei ollut kokemusta ”normaalista” palkkatyöstä, vaan työkokemus koostui työharjoitteluista sekä kuntouttavasta työtoiminnasta.

Yksi neljästä haastateltavasta käytti päihdyttävässä tarkoituksessa alkoholia, huumeita sekä lääkkeitä. Yksi käytti alkoholia (jonka käytön juuri lopettanut) ja satunnaisesti huumeita ja yhdellä käyttö rajoittui alkoholiin. Neljäs haastateltavista oli lääkeaineriippuvainen (aiemmin myös huumeiden käyttöä) oman diagnosoidun paniikkihäiriönsä pitkäaikaisen lääkityksen perusteella. Hoitosuhde tai terapia oli tällä hetkellä tai oli ollut aiemmin kaikilla neljällä ja lääkitys oli käytössä kahdella. Mielenterveydentilaa koskien yhdellä diagnoosina paniikkioireilu ja muilla sen lisäksi diagnosoitu masennus ja ahdistus sekä yhdellä myös pakko-ajatuksia. Kahdella neljästä oli tällä hetkellä lääkitys ja samalla hoitosuhde a-neuvolaan, mikä tuli ilmi jo päihteiden käyttöön ja hoitoon liittyvässä kysymyksessä. Yhdellä oli hoitosuhde A-neuvolaan, mutta lääkitys oli katkaistu siellä, koska lääkitystä oli käytetty päihdyttäviin tarkoituksiin.

7.2 Vastaajien näkemys elämäntilanteestaan

Kaksi haastatelluista näki oman elämäntilanteensa positiivisen toiveikkaana, eikä antanut epätoivon vallata mieltä. Yhden elämäntilanne oli negatiivissävytteinen,

päivästä päivään elämistä ja neljännellä olotila vaihteli päivittäin toiveikkaasta toivottomuuteen. Tärkeiksi asioiksi haastatelluille elämässä nousivat hengellisyys, toisten ihmisten hyväksyntä, oma hyvinvointi, terveys, koti, tyttöystävä, vanhemmat sekä stressivapaa elämä ja taloudellinen turvallisuus.

”No ihan hyvää, ei kait siinä...tällähetkellä aattelen ihan hyvää, mut saattaa olla, et tunnin päästä en aattele ihan hyvää, se riippuu ihan miten mun mieliala heilahtelee. Mut just nyt hyvää.”

Elämään kuuluivat seuraavat perusasiat: katto pään päällä, rahaa elämiseen, ruokaa jääkaapissa ja jonkun verran hyviä ihmissuhteita kolmella vastaajalla neljästä. Yhden haastatellun kohdalla nämä asiat eivät olleet kunnossa.

Oman fyysisen ja psyykkisen terveyden näki erittäin huonona yksi haastateltava pitkän sekakäytön (alkoholi, vahvat huumeet, lääkkeet) takia. Kahdella fyysinen kunto oli heikko tai kohtalainen ja yhden fyysinen kunto oli suhteellisen hyvä tupakoinnin lopettamisen sekä liikunnan lisäämisen ja laihduttamisen ansiosta. Hän koki myös psyykkisen kuntosensa olevan lääkityksen ansiosta tasapainossa. Psyykkinen terveys oli huono myös toisella haastateltavista ja lääkityksestä huolimatta oireet vaikuttivat elämänlaatua suuresti heikentävästi.

”Psyykkinen terveys sitte, no sehän nyt estää oikeestaan varmaan melkeen kaikenlaisen toiminnan. Et joskus on sellasia päiviä et mä en...musta tuntuu, että mä pystyn nippanappa hengittään, et niin varmasti estää toimintaa semmonen. Mulla on ollu viittä tai kuutta eri masennuslääkettä, mutta ne ei niinku oo ollu niin sellasia täyspainosia että mä olisin siitä sitä hyötyä saanu. Jotku taas saattaa viedä masennuksen mutta tuo sitten jotain muita ongelmia. Että sellasella puurosella päällä on hankala toimia.”

Oma jaksaminen ja mielentila tällä hetkellä oli vain yhdellä neljästä positiivinen kokoajan, yhdellä se oli melko positiivinen ja kahdella jaksaminen ja mielentila oli enemmän negatiivisen puolella.

”Välillä mä oon toiveikas ja mä uskon omaan suunnitelmaani ja tähän muutokseen, jonka mä oon tehny, että oon jättäny juomisen pois. Mutta välillä mä törmään omaan itteeni sielä, että se romahtaa se kuva tulevaisuudesta kokonaan, ja mä säihkähdän, että ei saakeli,

en mä tästä pääse, kyllä toi on kaukana. Että en usko ennenkun nään. Mut toisaalta tälläis kohdis mä nykyään vaan yksinkertasesi lopetan sen kelaamisen, sen ajattelun mikäli se on mahdollista. Ainahan se ei oo mahdollista, mutta ennen pitkää ne loppuu ne, ja kaikilla asioillahan on loppu. Että katotaan ny kuinka käy. Että niitä on monenlaisia tollasia ajatusmalleja, tämmösiä mistä saa sen voiman.”

Päihteistä alkoholi oli jäänyt kahdella pois ja kaksi käytti alkoholia edelleen. Kaksi käytti huumeita, joista toinen satunnaisesti ja toinen säännöllisesti. Lääkeaineriippuvuudesta kärsi yksi haastateltavista. Hänellä oli paniikkioireiluun lääkärin määräämä lääkitys, jonka määrää tiputettiin lääkärin valvonnassa.

”Se on satunnaista, mulle ei ikinä noi huumeaineet oikeen sopinu, ku niissä on kaikissa, tulee, kyl niissä on kaikissa niin paljo pahoja juttuja. Et muut ihmiset näyttää sumplivan ne, mutta mun mielelle ne on vähän liian raskaita, mutta edelleen vaikka pilven polttelu ei sekään oo mun juttu, niin mä silloin tällön pössyytän, joko tarkoituksena kattoo joku elokuva tai sitten ihan vaan. Se aiheuttaa mulle kuitenkin negatiivista reaktioo, vaikka mä saan siitä positiivista reaktioo, mutta se on vähä niinku, no se on vähä niinku kaikki jotka on pilvee polteltu, niin tietää mistä puhuu. Mutta sitte mitä tulee koviin huumeisiin, niin niitäki mä oon tossa koittanu pitkästä aikaa, mutta ei ei, ne ei oikeen oo enää, niistä tulee pahat jälkkärit, ja ei ne oo sitte enää sellasia ja sitte tekis mieli vielä viinalla painaa ne jälkkärit pois. Se on jääny tohon pössyttelyyn. Alkoholi on jääny, ollu ny 4 kuukautta, tiistaina tuli 4 kuukautta. Siitä on sitte niin kauan. Enkä oo maistanu, tippaakaan.”

Elämäänsä tyytyväinen oli vain yksi haastatelluista, hän joka oli tehnyt suuren elämänmuutoksen.

”Olen täysin tyytyväinen, mutta ainoastaan hieman takaraivossa välillä mietityttää sellanen asia, että noin 8-10 kaveria, en tarkkaan pysty laskemaan, mutta on viimesen 10 vuoden aikana kuollu. Mä vois in täysin olla niitten kavereiden paikalla. Nää on ollu just sellasia, jotka on ollu enemmän tai vähemmän kiinni päihteissä.”

Muut haastateltavista olivat pääsääntöisesti elämäänsä tyytymättömiä, mutta toisaalta se oli myös liikkeellepaneva voima ja tulevaisuuden suunnittelun tukena.

”No mä tunnen että mä oon pudonnut kelkasta jo kauan sitten. Tossa kaverit ruvennu pariutuun ja muodostaan perheitä, niin sitä

jää miettimään omaa kohtaloaan, että ei sitä halua yksinäisenä elää. Toisaalta tollasia asioita ei voi pakottaa, eikä niistä voi oikeestaan kun haaveilla, ennen ku että ne tapahtuu. Eli ei siitä sen enempää pysty kertoon.”

Suunnitelmia lähitulevaisuuden varalle sekä pidemmälle tulevaisuuteen oli kolmella neljästä. Yhden suunnitelmat kohdistuivat kaukaisempaan tulevaisuuteen ja olivat täysin riippuvaisia siitä, että hän pääsisi toivomaansa korvaushoitoon. Tulevaisuuden suunnitelmat liittyivät mm. päihtettömyyteen, harrastuksiin, parisuhteeseen, opiskeluun sekä työelämään.

”Mä olen sillätavalla toiveikas, että mulla on pitkäntähtäyksen suunnitelma. Tarkoitus olis ruveta harrastamaan omia juttuja, ja sit siinä samassa päästä kiinni tohon työelämään ja vakituiseen tuloon, että saa sen turvallisuuden siitä rahasta, että sitä ei enää tarvitse mieltää. Se on aika tärkeä juttu, ja se on tärkeätä, että mä saan siinä sivussa harrastaa mitä mua huvittaa ja tehä sitä mitä mua huvittaa ja kuuluu, niinkun kaikkien kuuluis saada. Mulla on koko loppuelämän pitkäntähtäyksen suunnitelma ja sehän on se mökki, vene ja keinutuoli.”

7.3 Vastaajien näkemys palveluiden ja hoidon tarpeesta

Kolme neljästä oli ollut tai oli tällä hetkellä A-neuvolan asiakkaana. Yksi heistä oli sitä mieltä, että palvelut eivät sujuneet, asiat eivät edenneet usean kuukauden käynneistä huolimatta, eikä hän kokenut tullessa kuulluksi asiakkaana. Akuutti hoidon tarve hänellä tällä hetkellä oli korvaushoitoon pääseminen.

”No ei se nyt oo sujunu lähinnä ollenkaa...ei sielä tapahdu mitään. En oo tullu kuulluks, ku sielä ei kerta kaikkiaan tapahdu mitään, vaikka kuinka paljo sielä ramppais. Mun asiat ei etene sielä. Sielä vaan puhutaan.”

Yhdellä haastateltavista oli kokemus laitospäihdekuntoutuksesta ja sen hän oli kokenut positiivisena. Hän koki tullessa kuulluksi, joskin hänen mielestään siellä tulisi kohdella enemmän asiakkaita yksilöinä, eikä ryhmänä, eikä vaatia kaikkia tekemään jatkuvasti samaa asiaa. Samalla haastateltavalla oli myös negatiivinen kokemus nuoruuden sairaalakoulujaksoon ja siihen liittyvään pitkäkestoiseen

terapiaan liittyen. Hän koki, ettei tullut siellä kuulluksi ja terapiasuhteen luonne mietitytti häntä.

”Sehän on, noi terapiat on erikoisia ihmissuhteita. Niissä, siinä ei ikinä opi tietämään yhtään mitään siitä toisesta ihmisestä ja se toinen saa tietää susta kaiken. Se on vähän kummallinen suhde. Lopulta siitä tulee vähän sellanen olo, mulla ainakin jää hampaankoloon...että kumma juttu. Ja sitte se, että mun mielestä kaverit on parempi vaihtoehto kun terapia.”

Yhden haastateltavan A-neuvolan asiakkuus liittyy pitkäaikaisesta ja riippuvuuden aiheuttaneesta paniikkihäiriölääkkeen käytöstä irtautumiseen. Hän kokee hoidon ja palvelun hyväksi ja tuntee tulleen kuulluksi asiakkaana.

A-neuvolan asiakkaana on myös neljäs haastateltavista ja hänen mukaansa hoito ja palvelu on ollut asiallista, mutta hänellä on itsellään ongelmia avautua ja puhua rehellisesti ongelmistaan. Hän kokee asiakkaana siellä ollessaan tulleen kuulluksi. Akuutti hoidon tarve hänellä liittyy todettuun ADHD:n ja siihen liittyvän lääkityksen tarpeeseen. Negatiivinen kokemus mielenterveyshoidosta hänellä oli noin vuosi sitten Huutoniemen sairaalaan liittyvään hoitojaksoon.

”Se oli pelkkä väärinkäsitysten summa. Mulla oli lähete sinne ja mulla oli oma mielipide siitä et kuinka tää tulee menemään tää hoito ja se meni täysin päinvastoin. Siellä tapahtu ne kaikki mun suurimmat pelot mitä mä oon aina pelänny elikkä jos sä avaat suus niin sut laitetaan lukkojen taa ja sä et pääse sieltä ikinä pois. Minä avasin suuni kerran ja jouduin lukkojen taa, enkä päässyt sieltä pois. Eli tarkoitus oli mennä johonkin avohoitotyypin, mutta mä jouduinkin sinne suljetulle osastolle. Mut näin jälkikäteen oon ymmärtäny et siinä oli vähä niinku aikapaljo munki vikaa. Et jos mä olisin ite älynnyt pyytää...Aluks se perustu väärinkäsitykseen ja sit herne meni nenään ja sit se oli niin syvällä, et sitä ei saanu sieltä pois. Huutoniemen sairaalalle mä annan kuitenkin niin pitkän miinuksen ku siihen mahtuu.”

Yhtäaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa tulisi kaikkien haastateltavien mielestä hoitaa asiakkaan omista ongelmista käsin - kuinka paljon päihteitä käytetään ja millaisia mielenterveysongelma hänellä on. Hoidon pitäisi olla yksilöllistä. Molempia ongelmia pitäisi hoitaa yhtä aikaa, koska ne ovat toisiinsa

kytköksissä olevia ongelmia ja toinen niistä aiheuttaa toisen ongelman. Tarpeen mukaan myös lääkityksen käyttö tulisi kytkeä hoitoon.

”Mut jos jollakin on näin, niin mikäli tää henkilö on vaaraksi muille, niin valvotussa/seuratussa hoidossa, ja äärimmäisessä tapauksessa laitoshoidossa ja mikäli mitään vaaraa yhteiskunnalle ei oo, niin silloin voidaan kattoo seurattua, ainaki jonkun ajan kestäväää lääkehoitoa. Mutta pitää muistaa, että on niin suuri lääkeaineiden ja alkoholin väärinkäyttäjryhmän mahdollisuus ja huumeiden, että sen kanssa pitää olla tosi tarkkana. Mutta jossain tapauksis se onnistuu ja puree. Jos on molemmat ongelmat, niin ainaki pitäis pyrkiä hoitamaan molempia. Koska jos sitä toista ongelmaa yrittää hoitaa ja toinen jää, niin se jäljelle jäävä tahtoo puhkasta sen toisen mikä on saatu hoidettua, niin uudelleen. Mun mielestä niitä pitäis hoitaa yhtä aikaa, mikäli tilanne ei oo niin paha. Mikäli on niin suuria ongelmia, että silloin pitää tietysti ensi pitää purkaa toinen ja just jos on niin että, vaikka kuolemantapauksia ympäristös, niin silloin pitää tietysti ensin se, mutta jos on sellasta tasasta, urautuvaa päihteiden ja mielialahäiriöllisyyttä, niin silloin mä näkisin, että kummankin asian hoitaminen samaanaikaan ilman että vaatii mitää määrättyä aikaa ihmiseltä siihen kuntoutumiseen, koska se ei oo yleensä pakosta siitä ihmisestä ittestä kiinni, kuinka se kuntoutuminen onnistuu.”

Haastateltavien mielestä hyvä palvelu tai hoito on sellaista, mistä asiakkaalle jää hyvä mieli. Hyvä palvelu koostuu työntekijöiden ammattitaidosta, asiallisesta palvelusta, keskustelujen luottamuksellisesta tunnelmasta, avoimuudesta, tuesta ja kannustuksesta sekä tukiverkoista ympärillä. Asiakkaalla on tunne siitä, että hän tulee kuulluksi, häntä kuunnellaan eikä vähätellä hänen omia mielipiteitä eikä parannuskeinoja. Palveluiden tulisi olla myös nopeita.

”No tota, päämäärä ratkasee ja lopputulos. Että jos mulle tulee hyvä mieli jälkikäteen, niin hoito oli hyvää, palvelu oli hyvää. Se ratkaisee kaiken, se oma tuntemus mikä siitä jää. Siihen ei riitä tietenkään se että hymyillään, kohdellaan kiltisti ja palvellaan kiltisti, vaan siihen liittyy tosiaan semmonen, että huomaa että ammattitaidolla otetaan vastaan ja oikeesti että, ne asiat mitä on käsitelty tulee käsitellyksi ja siitä tulee hyvä olo että niinku minä olen saanut tulla hoidettua, siitähän se hyvä olo tulee. Ja siinä paras apu on se että, ettei siinä oo sitten sellasta jälkimakua, että että kyllä ne teki sen vaikeeksi. Niin, palvelu on hyvää, jos siitä jää hyvä mieli.

Kemiat ja henkilösuhteet ei välttämättä vaikuta paljon, yleensä ne palvelusuhteet on niin lyhyitä, ettei niissä tutustuta kovin

henkilökohtaisesti ja syvällisesti toisiin, mutta jos se on asiallista palvelua, nimenomaan että pysytään asiassa ja, ja tota ei ruveta sanomaan...mä en ikinä tykkää, jos mulle sanotaan ettei sulla oo vaihtoehtoo, sillon mulla kilahtaa päässä, että kuule kyllä mullon niin paljo vaihtoehtoja että sä et tiedäkkää. Että, että jos tää palveleva henkilö on sellanen että se tuputtaa omiaan, ahdistaa nurkkaan, että sulla ei oo mitään vaihtoehtoo täällä, niin sillon mä kutsusin sitä huonoks palveluks. ”

Työntekijän rooli ja tehtävä palvelu- tai hoitotilanteessa on haastateltavien mielestä asiakkaan kuunteleminen, tukeminen, auttaminen ja kannustaminen. Erityisesti kuuntelemisen merkitys korostui. Apua hakevaa asiakasta tulisi palvella asiakkaan omista ongelmista käsin ja asiakkaaseen tulisi suhtautua vakavasti. Työntekijää verrattiin myös lääkäriin eli työntekijän pitäisi tähdätä asiakkaan parantumiseen.

”Hmm, se on melkeen ku lääkäri, lääkärin rooli, että, siinäkin on, että tähdätä parantumiseen ja välittää jotain. Tämän henkilön asiat, että tästä eteenpäin, kun tämä henkilö jättää tämän työntekijän, että sillä työntekijällä on mielessä sen jälkeen, että nonni, nyt sillä meni asiat vähä paremmin ainakin mun osalta ja mä oon hoitanu oman asiani sen suhteen, että nyt se menee tuola noin, kyllä, mä hoidin sen aika hyvin. Että se työntekijä suhtautuis siihen vakavasti, että hän niinku parantais jonku asiaa. Että se työntekijäki vois olla tyytyväinen siihen mitä se teki ja jäis kummalleki hyvä mieli ja että nyt on saatu jotaki aikaseks. Mua palveltiin... ja sitte ajattelis, että jos mä tekisin jotain jollekki josta tulis jotain hyötyä, niin siitä tulee mulleki hyvä mieli.”

Asiakkaan roolista haastateltavilla oli erilaisia näkemyksiä. Yksi koki olevansa alisteisessa asemassa työntekijään nähden, hän ei tule sairauksineen huomatuksi eikä saa apua ja lääkettä ongelmaansa. Toinen haastateltava koki asiakkaan asenteen, motivaation sekä oman tavoitteen hoidon suhteen olevan tärkein osa asiakkaan roolia hoitotilanteessa. Kolmannen mielestä asiakkaan tulisi rehellisesti puhua omista ongelmistaan ja toisaalta kyetä myös kuuntelemaan työntekijää. Neljäs koki haluavansa asiakkaana olla helppo asiakas, hän ei uskalla pyytää tai vaatia palvelua, mitä kokee tarvitsevansa.

”No, mä haluan aina olla helppo asiakas. Se on vähä, se hankaloittaa mun elämää toisaalta jos pitää saada hyvää palvelua, ku mä niin helpolla tota jätän homman pystyyn. Tai jos mä

huomaan, että mua ei oikein ymmärretä, niin mä luovutan enkä puhu koko asiasta enää yhtään mitään. Ei sitte, jos ei mee jakeluun tai ei tuu tästä mitään. Siinon vähä semmosta oikeestaan mun kohdalla, että se nostaa sitä kynnystä hakea sitä palvelua. Se oikeestaan näkyy mun kohdalla niin, kun että se näkyis siinä palvelutilantees. Se näkyy siinä kynnyksenä hakee, että kun mulle kertyy noita perintälaskuja, niin mä jään istumaan niitten päälle. Mulle tulee niin monimutkanen suuri peikko siitä, että ku näitä pitäis kärrätä, mä oon sumplinu näitten kaa ja ne pelottelee mua maksuhäiriöillä, nii että, lähinnä se on täälä päässä se ongelma, että se ei oikeestaan näy siinä palvelupuolella asti. Justiin tää sosiaali, tää toimeentulotuki, niin sen kuukausittainen hakeminen ja hakeminen ja aina hakeminen, käsittelyn kesto ja ne paperit, ja ne paperit siihen kylkeen ja näin, niin, se on yksinkertaisesti niin monimutkasta. Se, se ei oo mun luonteelle hyvä, se on raskasta. Että mä mieluummin oon tekemättä sen ja sitte, totta kai, aivan niinku kuka tahansa joka jätti, jättää 50 euroo kun sitä on tarjottu, totta kai se ottaa mua päähän, että mulle tarjotaan rahaa, mutta mä en ota sitä.”

Haastateltavien tietämys hoidoista tai palveluista joihin he olivat oikeutettuja oli puutteellista. Ainoastaan yksi koki tietävänsä niistä melko paljon. Yleisesti tiedettiin jotain, mutta lisää tietoa kaivattiin. Tietoa pitäisi tulla virastoista sekä suullisesti että kirjallisesti. Myös internetissä voisi olla tietoa tarjolla, esim. palvelu, joka neuvoo asiakasta eri ongelmien suhteen.

”No, siinä tulee just se hyvä palvelu, katotaan että kun tää henkilö kävelee ovesta sisään ja katotaan sen tilanne, että mitä sillä on ja näin, ja kun se on kartotettu että mikähän sen tilanne on niin, että sitte siinä palvelussa olis mukana se, että sille tarjotaan kaikki se. Totta kai siinä voi olla niin ylivoimaisen paljo, että jos se vaan suullisesti sanotaan, niin se menee ohi, varsinki, jos tää tyyppi on sielä krapulassa tai muuten heikossa kunnossa, niin se voi kaikki mennä ohitte. Tai se voi vaan yksinkertaisesti haluta pois sieltä. Niin sieltä voi mennä paljo ohitte. Olis mun mielestä hyvä, että semmosia, sen elämäntilannetta tukevia juttuja, jotka tiedetään että ne olis sille hyödyllisiä, tai saattais olla, niin se sais ne paperilla mukaan. Niin sit ku se pääsee pois sieltä, niin se vois sitte, että hei mulla on tämmösiäkin täällä. Eli työntekijän tai virkailijan tulis kertoa, kukaan ei voi tietää muuten ja jos se tulee joltakin opiskelijalta, joka sattumalta sanoo mulle jotain, niin sitten jos mä kysyn sitä näiltä virkailijoilta että onko näin, että jos se näin mulle selviää, niin ei se ihan oikeen oo.”

Toisaalta, myös asiakkaan oma aktiivisuus tiedonhakuun liittyen tuotiin esille ja se liittyykin samalla myös asiakkaan omaan hoitoon motivoitumiseen ja sitoutumiseen.

”Tämän parin kuukauden kuluttua 35 v eletyn elämän aikana oon kysyny ja ottanu asioista selvää. Sitä on kyllä tullu viranomaisilta, työntekijöiltä, ystäviltä ja sitte oon ottanu itte selvää netistä ja käyny ihan ite kysymässä eri virastoista ja muualta, jokapuolelta, lääkäreiltäkin oon kysyny. Tietenkää kaikkea en sano tietäväni, mutta pääsääntöisesti, ja aika vähä tulee sellasia uusia juttuja, mistä pitää sanoa että en oo ikinä kuule kuullukaan, että hyvä ku kerroit. Mutta tulee niitäki tietenki.

Jos ihmisellä itellään ei oo aktiivisuutta tiedonhakuun,, niin näen sen sillon vähän umpikujana ja huonona, jos asenne ei lähe sieltä hoidettavan tai potilaan kautta itestään, niin silloin ei sen kummemmin paperi, tietokone tai ihminenkään pysty tekemään asialle mitään, jos sieltä puuttuu se oma motivaatio. Niin paljo on näitä asioita, että kukaan ei pysty tekeen sitä sun puolesta. Vaikka sulla ois kaikki kiemurat selvillä laeis ja hoitosuunnitelmis, niin ja mikäli sä itse vastustat sitä etkä halua, niin se on sillä lailla pattitilanne. Vaikka olis kaikki kirjotettu a-nelosen sivulle, koko dokumentti, niin jos sä et halua sitä painaa sun päähän etkä halua siihen sitoutua, niin sillon sä tuhoat siinä kyllä vähän muitten hoitoaika.”

7.4 Vastaajien näkemys hoitoon motivoitumisen ja sitoutumisen tuen tarpeesta

Oman motivaation ja hoitoon sitoutumisen näkivät kaikki haastateltavat tärkeänä tai tärkeimpänä asiana hoidon onnistumisen suhteen.

”Vaikuttaa...se, totta kai kaikki menee helpommin jos itsellä on jonkulainen suunnitelma tai ajattelee, että haluaa muuttaa elämäntapaa, niin ku että sillon ku mä join paljo ja näin niin, että kyllähän se omasta motivaatiosta lähtee, lähtee että jotaki tapahtuu, että joku muutos siihen tapahtuu ja nyt eteenpäin sitte niin. Ja se on...mä yritän nyt löytää jonkunlaista mihinkä verrata sitä...no ei ulkomaalaista voi käskeä puhumaan suomea vaan sanomalla että puhu suomea. Ei se opi puhumaan suomea sillä tavalla.”

Haastateltavat motivoituvat ja sitoutuvat yleensä omaa persoonallisuutta tukeviin asioihin ja sellaisiin asioihin, joissa saa toteuttaa itseään. Myös omaan

terveydentilaan liittyvät pelot saavat motivoitumaan oman terveyden parempaan hoitoon sekä yleisesti ottaen oma menestys, se että jostain asiasta saa itselleen jotain hyvää. Ikääntyminen myös muuttaa ajatusmaailmaa ja saa ihmisen motivoitumaan eri asioista kuin nuorempana.

”Jaa, siinäpä se. Ehkä joku oma menestys tai se et voi saavuttaa sillä itelle jotain hyvää motivoi.”

Haastattelussa kysyttiin, onko haastateltavilla jotain syitä tai esteitä motivoitumiselle tai sitoutumiselle ja kaksi heistä totesi, että ei ole. Muut näkivät esteeksi omat mielialaan liittyvät ja sosiaaliset ongelmat, ahdistuksen ja paniikin tunteen. Omat pelot epäonnistumisesta, pettymisen pelko ja omat narsistiset ja liian korkeat vaatimukset itseään kohtaan. Yhdellä esteenä oli tällä hetkellä oma juuri diagnosoitu ADHD, joka vaatisi lääkityksen, jotta elämää olisi helpompi jatkaa eteenpäin.

”Mulla on, mulla on aina tollasia sosiaalisia ongelmia, sosiaalisia es..esteitä. Ne liittyy sellasiin että voi tulla ahdistava olo tai paniikkituntemuksia. Nimenomaan se, että mieluummin ottaa jalat alle ja juoksee pois ku..siinä on vähä sellasta ku oman onnen ohi kävelemistä. Että jättää kortteja kattomatta. Noo, mä tuun jälkijunas. Että se siinä on, että mähän olisin voinu tehdä kaikkee sitä mitä mä oon nyt tekemässä, niin tehdä ne jo kymmenen vuotta sitte, ja sitä ei kannata sen pitemmälle pohtia. Mä olisin voinu tehdä kaiken jo kauan sitte. Mutta nyt mä meen tässä, nyt mennään omalla ajalla ja omalla painolla. Eli se siinä on tärkeätä, että saa mennä omalla painolla. Joo, joo ja edelleen mä oon varma, että siinä on se varovaisuus, mutta että, mutta että sille ei voi sinänsä muuta tehdä ku ymmärtää.

Jonkunlaista psykologiaa taustalla on. Että kyllä mä otan...ja sehän tässä on niin kurjaa, että mä tiedostan sen että..oman psyykkeeni, että minkälaisilla egotripeillä mä käyn, että kuinka narsistisia ajatuksia tai minkälaisia pilvilinnoja mun päähän voi putkahtaa, ja ja, sitte semmonen aivan liian voimistunu pettymisen, pettymisen ja epäonnistumisen pelko. Se on aivan liian voimakas, vaikka mä tiedostan sen, niin ja ettei mun pitäis ottaa sitä ihan niin vakavasti, mutta minkäs teet. Ku kerran ottaa vakavasti, niin ottaa vakavasti. Mut se auttaa asiaa, et ku jonku asian tiedostaa, niin sit sille asialle voi tehdä jotain.”

Ulkopuolinen motivaatiota ja sitoutumista tukevana tekijänä haastateltavat näkivät työntekijät, oman perheen, tyttöystävän ja kaverit. Kuka tahansa toinen ihminen voi auttaa – huomaavaiset ja kannustavat sanat riittävät. Työntekijöihin liittyen; hyvä, kannustava ja tukeva asiakaspalvelu auttaa.

”Tärkeä on tuo tukeminen, mä sanon niitä palveluelimiksi ku mun retoriikka ei riitä niin sen kummemmin sanomaan et mitä ne on, niin nimenomaan sielä päässä on se mentaliteetti, että he ovat auttamassa, kannustamassa ja tukemassa jonku toisen henkilön, eli tässä tapauksessa vaikka mun tai toisen palveluu tarvitsevan elämää, ne on elämää tukevia elimiä sillon. Että täällä niin helpolla syntyy sellanen käsitys että maailma on paha, ettei täällä kukaan todellisuudessa mistään välitä, mikä on hyvin vaarallinen tapa ajatella. Että semmonen mielikuva maailmasta, että se on paha paikka, eikä minkään näköstä apua ja tukea kannata edes odottaa. Niin siinä kohtaa ollaan niin vaarallisilla vesillä, että kaikkien toivois ymmärtävän sen asian, että sillon, että sellasta ihmistä pitää tukea. Että jos asiakaspalveluihmisten asenne on kunnossa, niin, niin tällä autettavalla on jotain toivoo.”

Lopuksi kartoitettiin haastateltavien mielipidettä päihde- ja mielenterveysongelmien leimaavuudesta. He olivat sitä mieltä, että molemmat leimaavat ihmistä. Päihdeidenkäytöstä huumeet leimaavat eniten, koska ne ovat laittomia ja niihin kytkeytyy rikollisuutta, joten huumeiden käyttäjät eivät kovin helposti puhu käytöstään suuren leimaavuuden takia. Päihdeongelmasta jätettäisiin myös kertomatta työnantajalle.

”Se sulkee pois 60 % työmarkkinoilta. Että siksi mä just oon pitänytkin tätä lääkäri-terapeutti suhdetta niin tärkeänä, koska näistä asioista jos puhuu laitoksen ulkopuolella, niin nimenomaan leimaautuu, ja se leimaantumisen on niin suuri, että sua pidetään kyvyttömän sairaana, vaikka tässä on ongelma takana. Kun nykyäänkin kuitenkin leimataan ihmisiä helposti, vaikka ulkonäköseikkojen takia, vaikei olisi mitään päihde- tai mielenterveysongelmiakaan. Kun nykyään on kilpailuhyvinvointiyhteiskunta niin tällasia heijastuksia on. On kyllä joitakin hyviä paikkoja mihin tulla, missä ei leimata, mutta niin sanottu normaalis, normaalis työelämäkäytännös, missä kilpailu työpaikoista on kovaa, kilpailu töistä on kovaa ja paine maksaa velkaa ja tehdä töitä on kovaa, niin jos siihen vielä lisää mielenterveysongelmat tai päihdeiden käyttö tai joku sairaus, niin se lokeroi sua siitä a-ryhmästä kyllä ulos. Jos ihmiset avaa suun ja puhuu totta ja sitte näytetäänkin valoo, että tos on ovi. Niin kyllä sulle tulee mieleen, että seuraavas paikas mä kyllä pidän suuni kyllä

tästä asiasta kiinni. Ja annan sen ongelman tulla esiin vuosien saatos tai sitten luottaa siihen, että se ei tuu ilmi ikinä. Mutta se on sitte taas jokapäiväinen kamppailu sen asian, asioiden välillä, että sä joudut taistella ettei se tuu...sulla on yks pelko enemmän ettei tää sun päihde- tai mielenterveysongelma tuu esiin ku sä oot joutunu sen salata. Niin ylimääinen rasite, taakka”.

Yksi haastateltava totesi, että päihteiden käytön leimaavuus on itse asiassa myös oikeutettua, koska ihminen itse valitsee juomisen, joten sen kohdalla ei tarvittaisikaan niin paljon suvaitsevaisuutta. Mielenterveysongelmien kohdalla taas leimaavuutta ei pitäisi olla, koska mielenterveyden järkkäminen tai sairaus ei yleensä ole ihmisen oma valinta.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastateltavien elämäntilanteet olivat erilaisia, mutta tiettyä samankaltaisuutta oli havaittavissa. Haastateltavat olivat suurin piirtein samaa ikäluokkaa ja siihen liittyen käyneet samanlaisia elämänpohdintoja lävitse eli tehneet tietynlaista välitilinpäätöstä tai inventaariota elämästään. He olivat pohtineet omaa päihteidenkäyttöään, psyykkistä ja fyysistä kuntoaan, elettyä elämää, tehtyjä päätöksiä ja valintoja sekä niiden seurauksia ja tulevaisuuttaan. Kaikilla oli tulevaisuuden suunnitelmia päihteettömyyteen ja työllistymiseen liittyen. Omaan elämäntilanteeseen liittyvät realiteetit oli myös tiedostettu, eli päihteiden (väärin) käyttö tai hoitamattomat mielenterveysongelmat estävät esimerkiksi opiskelun tai ”normaalityömarkkinoille” työllistymisen.

Haastateltavat voitaisiin luokitella seuraavasti; yksi on täysin elämäänsä tyytyväinen ja positiivisesti siihen suhtautuva, erittäin vahvalla motivaatiolla varustettu, suunnitelmallisesti päämäärää kohti etenevä, itseään tutkinut ja itsensä tunteva. Hän on saanut päihteiden väärinkäyttöongelmaansa viranomaisapua ja kokenut sen hyväksi ja omalla kohdallaan asiakaslähtöiseksi. Hän on niin pitkällä elämänmuutoksessa, että tarvitsee enää vain vähän ulkopuolisen tukea tai apua. Tällä hetkellä lähinnä oma motivaatio ja läheisten tuki riittävät hänelle.

Toinen on elämäänsä tyytymätön ja sen pessimistisessä valossa näkevä, kuitenkin hänellä on suuri muutoshalukkuus saada omat asiat ja elämä järjestykseen. Hän on ollut elämänsä aikana paljon tekemisissä eri viranomaisten kanssa ja nyt jo pientä ”väsymistä” siihen. Hän on motivoitunut huumeiden käytön lopettamiseen ja hakee korvaushoitoon. Hän tarvitsee nimenomaan asiakaslähtöistä palvelua oman ongelmansa hoitamiseen.

Kolmas on elämäänsä tyytymätön, hän on kuitenkin varovaisen toiveikas, joskin tasaiseen tahtiin epätoivoon vaipuva, mutta sieltä sitten aina jollain keinoin nouseva. Hän on asioita pohdiskeleva, tiedostava ja hänellä on halu ja suunnitelma elämänmuutokseen ja päihteettömyyteen olemassa, joskin oma epävarmuus, itsetunto-ongelmat ja pelot estävät/hidastavat tällä hetkellä

suunnitelman täysipainoista etenemistä. Oikeanlainen, asiakaslähtöinen, ulkopuolinen apu ja tuki auttaisi uskomaan itseensä, vahvistamaan ja ylläpitämään motivaatiota ja suuntaamaan toimintaa päämäärätietoisemmin kohti tulevaisuutta ja toiveena olevaa työllistymistä.

Neljäs on elämäänsä omien mielialaongelmiensa takia vaihtelevasti suhtautuva ja koska lääkitys/hoito eivät tällä hetkellä ole kohdallaan, niin elämänmuutokseen vaadittavat resurssitkaan eivät vielä ole riittäviä. Hän on kuitenkin lähtenyt selvittämään päihde- ja mielenterveysongelmiaan, mutta oman varovaisen asenteen vuoksi eteneminen on hidasta. Jos mielialaongelmien hoito ja lääkitys vastaisi hänen tarpeisiinsa paremmin eli asiakaslähtöisyys toteutuisi, niin myös resurssit elämänmuutokseen olisivat paremmat.

Kolmen viimeisen haastatellun kohdalla oli havaittavissa, että heidän aikaisemmat kokemuksensa tietystä/tietyistä sosiaali- ja terveystoimen toimijasta/palvelusta ovat muokanneet heidän asenteitaan ja tuntemuksiaan negatiiviseen suuntaan. Sillä on vaikutuksia siihen, miten he suhtautuvat eri viranomaisiin ja miten avoimia he asiakkaana ollessaan ovat ja se taas vaikuttaa hoidon/palvelun sujuvuuteen ja tuloksellisuuteen.

Haastateltavien näkemyksissä palveluiden ja hoidon tarpeesta oli havaittavissa samankaltaisuuksia. Yhtäaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa tulisi hoitaa yksilöllisesti ja asiakkaan omista tarpeista ja ongelmista käsin. Jos lääkityksen tarve on, niin sen kanssa pitäisi hoitohenkilökunnan olla tarkkana, kun on kyse päihdeiden väärinkäyttäjistä. Hyvä hoito koostui haastateltavien mielestä ammattitaitoisista työntekijöistä, asiakkaan hyväksymisestä, asiallisesta palvelusta, kuuntelemisesta, kannustamisesta, keskustelujen luottamuksellisuudesta ja avoimuudesta. Myös tukiverkot nähtiin tärkeäksi osaksi hyvää hoitoa. Huono hoito sisälsi työntekijöiden asiakkaaseen kohdistuvaa käskyttämistä, sanelua, ehtojen asettamista, vähättelyä tai haukkumista.

Työntekijöiden rooli nähtiin asiakkaan palvelijana, parantajana ja asiakkaasta välittäjänä. Työntekijä tukee, auttaa, kuuntelee ja kannustaa. Asiakkaan rooli

hoito/palvelutilanteessa oli haastateltavien mielestä myös tärkeä, koska asiakkaan asenne, motivaatio ja tavoite vaikuttaa tulokseen. Asiakkaan on myös kuunneltava työntekijää ja puhuttava rehellisesti omista ongelmistaan. Yksi haastateltavista koki asiakkaan roolin raskaaksi, jos sairas asiakas on hakemassa apua ongelmiinsa, hänen pitäisi myös saada apua ja tarvittaessa lääkkeitä. Asiakas voi myös asiakkaana ollessaan olla liian ”vaatimaton”, ei uskalla pyytää tai vaatia palvelua ja tyytyy siksi jopa omasta mielestään huonoonkin palveluun.

Palveluista tiedottamista toivottiin enemmän, sekä kirjallisia ohjeita että eri asiakastilanteissa tapahtuvaa suullista palveluista tiedottamista – sekin kuuluu osana hyvää asiakaspalvelua. Myös verkkosivuilla voisi olla jonkunlainen palvelu, joka neuvoo asiakasta eri ongelmien suhteen ja ohjaa hakeutumaan oikeiden palvelujen pariin. Toisaalta, asiakkaalla pitäisi osan haastateltavien mielestä olla myös omatoimisuutta tiedonhakuun liittyen.

Informaation ja tiedon merkitys ihmisen elämässä on keskeinen. Ihminen tarvitsee tietoa, jotta hän voi tehdä erilaisia valintoja ja päätöksiä elämässään. Tietokone on yleinen tiedonhakuväline ja sieltä hakusanalla Vaasan kaupunki, päihdetyö pääsee verkossa heti käsiksi Vaasan kaupungin päihdetyön palveluoppaaseen ja samoin myös kaupungin päihdestrategia löytyy verkkosivuilta. Hakusana Vaasan kaupunki, mielenterveystyö ei kuitenkaan anna suoria vastauksia kysymykseen. Tietoa hakevan on ymmärrettävä mennä Vaasan keskussairaalan sivuille, joista sitten etsimisen kautta avautuu tietoa osastoista ja toimenpideyksiköistä. Toisesta paikasta sivustoilta löytyy myös psykiatrian poliklinikka, yleispsykiatrian poliklinikka ja mielenterveyskeskus. Parhaiten kuntalaista palvelisi päihdepalveluoppaan tapaan koottu selkokieline ja informoiva opas myös mielenterveysongelmista ja avuntarjoajista ja oppaan olisi hyvä olla saatavilla myös kaupungin verkkosivuilta.

Oma motivaatio nähtiin erittäin tärkeänä palveluihin tai hoitoon sitoutumisessa. Haastateltavat kertoivat motivoituvansa asioista, joilla voi saavuttaa itselleen jotain hyvää, oman menestyksen takia, oman terveydentilan paranemisen takia, omaa persoonallisuutta tukevien asioiden tekemisestä, itsensä toteuttamisesta ja

jonkun ”makean” jutun odottamisesta. Motivoitumista ja hoitoon sitoutumista voi estää tai hankaloittaa omat sosiaaliset ongelmat: ahdistus, paniikituntemukset, jännittäminen, epäonnistumisen pelko, pettymisen pelko tai omat liian korkeat vaatimukset itselleen. Oma mieliala vaikuttaa motivoitumiseen ja myös sairaudet.

Motivaatiota voi vahvistaa myös ulkopuolisilla tekijöillä, esim. hyvällä asiakaspalvelulla, jota edustaa kannustaminen, kuuntelu ja tukeminen. Työntekijän asenne on kunnossa, jos hän viestittää asiakkaalle, että tämä on tärkeä ja että asiakasta autetaan ongelmissa. Myös perhe ja läheiset voivat auttaa, mutta jos läheiset ovat itse väärinkäyttäjiä, niin silloin ne eivät tue päihteiden käytön lopettamismotivaatiota. Toisaalta, kuka tahansa toinen ihminen voi auttaa motivaation vahvistamisessa, riittää, että joku huomaa ja kannustaa.

Haastateltavien mielestä päihde- ja mielenterveysongelmat leimaavat edelleen ihmistä ja voivat johtaa myös ongelmien salailuun, mikä lisää ihmisen taakkaa entisestään. Eli leimaavuuden vähentämiseen ja poistamiseen liittyen on yhteiskunnassa vielä tehtävää.

9 POHDINTA

Haastatteluun osallistuneiden määrä ei ollut suuri, mutta Metsämuuronen (2009) toteaa, että jo neljän havainnon perusteella on mahdollista tehdä tilastollisesti merkittäviä päätelmiä ja kliinisesti merkittäviä jo kolmen tapauksen pohjalta. (Metsämuuronen 2009, 262).

Haastateltavia ei ollut helppo saada ja osaltaan se on hyvinkin ymmärrettävää – ei välttämättä ole kovin helppoa kertoa toiselle ihmiselle rehellisesti omista päihde- ja mielenterveysongelmistaan ja hoidontarpeistaan ja se liittyy tietysti näiden ongelmien leimaavuuteen. Uskoakseni se, että olin jo jollakin tapaa tuttu kaikille haastateltaville, oli yksi syy, miksi heidän oli helpompi suostua haastatteluun. Yksi haastateltavista myös totesi:

”Joo, kymmenen vuotta sitten mä en ois voinu kuvitella että olisin ikinä suostunu tähän haastatteluun, en lääkkeiden alasajo-ohjelmaan, en mihinkään, kun nyt on ihan toisellailla, joka on tullu täysin iän myötä ja noin 30 vuotta täytettyäni. Niin silloin näitä asioita vasta oikeen mieltä omalta näkökulmalta. Sitä ennen ne vaan heitti pöytälaatikkoon, ei niistä puhuttu, jatkettiin vaan niin ku ennenkin.”

Kertooko tämä siitä, että nuoret helposti jatkavat haitallista päihteiden käyttöä sen negatiivisista vaikutuksista huolimatta, koska he psyykkisen kehityskaarensa siinä vaiheessa eivät vielä ole kypsiä tekemään tarvittavia muutoksia elämässään. Murrosiän päättymisen jälkeen varmasti osalla nuorista ongelmallinen ja tietyllä tapaa ”kokeellinen” päihteiden käyttö ”normalisoituu”, koska se on voinut olla vain osa nuoruuden kapinointia ja itsensä etsimistä.

Mietinkin, mitä ongelmallisen päihteiden käytön suhteen olisi tehtävissä toisaalta murrosikäisten ja sitten hieman siitä vanhempien suhteen. Ennaltaehkäisy ja korjaavat toimenpiteet tai sen yritykset saattavat valua maahan kuin vesi hanhen selästä 13–18 -vuotiaiden kohdalla. Entä sitten ne noin 18–30 -vuotiaat, jotka eivät vielä ole kypsiä elämänmuutokseen ongelmakäytöstään huolimatta? Hoitokäytäntöjä ja -filosofioita tulisi kehittää myös ikäkausijattelun mukaisesti, koska päihdeongelmaisen iällä varmasti on merkitystä ennaltaehkäiseviä tai

korjaavia toimenpiteitä valittaessa. Hoitojen tuloksellisuuden mittaaminenkaan ei ole aina niin helppoa, mutta olisiko ratkaisu sitten siinä, että useampi päihde- ja mielenterveysongelmainen pääsisi psykoterapiaan ja vieläpä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa? Toisaalta ennaltaehkäisevää ja myös korjaavaa päihde- ja mielenterveystyötä voidaan tehdä niin monella eri tapaa.

Millaista on päiväkotien ja koulujen päihde- ja mielenterveysongelmia ennaltaehkäisevä työ – onko se nollatoleranssi kiusaamisen suhteen, suvaitsevaisuutta ja erilaisuuden ymmärtämistä ja sen opettamista, kouluissa tuki- ja pienryhmäopetusta normaaliopetuksen rinnalle automaattisesti, koulu-/luokkavastustajat joka luokkaan ja luokkien oppilasmäärien pienentäminen. Oppimisympäristöön muihin ongelmiin olisi tartuttava tehostetummin jo ala-asteella, mutta jos ne havaitaan vasta yläasteaikana, niin niihin olisi tarjottava sellaista tukea, että oppilas kykenee suoriutumaan koulunkäynnistä ja saavuttaa myös valmiudet jatko-opintoihin.

Monet oppimisongelmat ja esimerkiksi ADHD jäävät lapsilta/nuorilta diagnosoimatta, ja se taas aiheuttaa hankaluuksia myöhemmin. Jos oppimisongelmat tai ADHD diagnosoitaisiin jo lapsena tai nuorena, niin ongelmaan voitaisiin reagoida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarjota lapsen tai nuoren tarvitsemaa tukea ja apua (tukiopetusta, erilaisia opetustekniikoita, terapiaa ja tarvittaessa tarpeen mukainen lääkitys) ja siten mahdollistaa nuoren tasavertainen mahdollisuus opiskeluun ja oppimiseen. Diagnosoimatta ja hoitamatta jääneet oppimisongelmat ja ADHD saavat helposti aikaan häiriökäyttäytymistä, itsetunto-ongelmia, altistavat päihde- ja mielenterveysongelmille ja johtavat pahimmillaan rikollisuuteen ja syrjäytymiseen.

Hannu Lauerma, vastaava ylilääkäri toteaa, että Psykiatrisen vankisairaalan Turun yksikössä diagnosoidaan mm. ylivikkaus ja keskittymishäiriöitä, joiden on todettu liittyvän esim. toistuvaan väkivaltarikollisuuteen. Hänen mukaansa jopa puolella vangeista on ADHD-häiriö. Sillä ei kuitenkaan voida selittää rikollista käyttäytymistä kokonaan, mutta se johtaa usein huonoon koulumenestykseen, joka

on selkeä syrjäytymisen riskitekijä. Varhainen diagnosointi ja hoito voisikin Lauerman mukaan estää syrjäytymisen ja mahdollisen vankilaan joutumisen. Samalla hän kritisoi 1990-luvulla tapahtunutta psykiatrisen hoidon alasajoa. Avohoito jäi vaille sen kaipaamia resursseja, mutta siellä jouduttiin kuitenkin toimimaan vaikeasti päihdehäiriöisten hoidon asiantuntijoina. Heidän hoitomotivaationsa on moniongelmaisina erittäin heikko, eikä lainsäädännössä ole pohjaa velvoittaa heitä käymään avohoidossa. He voivat salassapitovelvollisuuden turvin hajauttaa hoitonsa taitavasti ja jatkaa lääkkeiden väärinkäyttöä, jonka seuraukset näkyvät sitten vankiloissa. (Lauerma 2010.)

Opiskelumahdollisuuksiakin tulisi kehittää ”asiakaslähtöisempään” suuntaan, jossa mahdollistettaisiin erilaisille oppijoille koulunkäynti- ja oppimismahdollisuuksia ja sitä kautta edellytykset valmistua ammattiin ja työllistyä. Ammatillisissa oppilaitoksissa tulisi kiinnittää huomiota teoriaopetuksen ja käytännönharjoittelujen jaksottamiseen. Ehkä käytännön harjoittelua voisi olla jo aikaisemmassa vaiheessa ja useammin ja teoriaa lyhyemmissä jaksoissa, jotta ne erilaiset oppijatkin säilyttäisivät mielenkiinnon opiskeluun.

Oppisopimuskoulutusjärjestelmää voitaisiin myös kehittää vastaamaan nuorten tarpeisiin; se on hyvä mahdollisuus ammattiin opiskelussa, mutta onko se realistinen vaihtoehto nuorille tällä hetkellä? Oppisopimuksen mahdollistava työpaikka on haettava itse ja itsensä on siinä vaiheessa osattava myös ”myydä ja markkinoida” yritykselle. Vaatii melko paljon nuorelta, jolla ei vielä ole kovin paljon elämäkokemusta, saati sitten sosiaalisia taitoja ja valmiuksia yhteiskunnan eri tahojen kanssa toimimiseen. Oppisopimuskoulutuksen kehittäminen ja oppisopimustyöpaikkojen etsiminen nuorille palvelisi myös vaihtoehtona oppilaitokseen ”pakkohakemiselle”, joka ei todennäköisesti toimi ihan niin kuin sen on ajateltu toimivan.

Mielestäni päihde- ja mielenterveysongelmaisten palveluntarpeita ajatellessa pitäisi näkökulmaa laajentaa koskemaan myös muita kuin sosiaali- ja terveyspalveluita. Kuten on todettu, päihde- ja mielenterveysongelmat

kietoutuvat osaksi laajempaa ongelmakokonaisuutta, mikä ei tietenkään päde jokaisen yksilön kohdalla, mutta yhteydet ovat nähtävissä: yleiset elämänhallintaongelmat, yksinäisyys, työttömyys, taloudelliset ongelmat, huono-osaisuus/syrjäytyminen ja osaan liittyen myös rikollisuus. Miksi Jeppe juo eli mikä on syy ja mikä on seuraus, on varmasti hyvä aihe pohdittavaksi edelleenkin. Siihen liittyen pitäisikin pohtia, mitä yhteiskunta voi tehdä auttaakseen erilaisia ja erilaisista ongelmista kärsiviä yksilöitä selviämään elämästä kokien myös onnistumisen tunteita, saavuttamaan tavoitteita ja kokemaan yhteenkuuluvuutta. Mahdollisuus työn tekemiseen pitäisi myös kuulua ihmisen perusoikeuksiin ja työnteon kautta voidaan myös kokea edellä mainittuja tuntemuksia, mikä taas vaikuttaa suotuisasti ihmisen itsetuntoon sekä sitä kautta positiivisesti mielenterveyteen sekä päihteiden käyttöä vähentävästi ja syrjäytymistä ehkäisten.

Myös Kaste-ohjelman tavoitteena on auttaa vaikeasti työllistyviä kuntoutumaan. Lisäksi tavoitteena on se, että vaikeasti työllistyvien henkilöiden osallistuminen yhteisölliseen sekä muuhun aktivoivaan ja työllisyyttä edistävään toimintaan lisääntyisi; sitä kautta syrjäytyminen vähenee. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011, 29.)

Vielä asiakaslähtöisyyden näkökulmaa mietittäessä, olisiko virallisella sektorilla jotain opittavaa järjestötyön kentältä ja sen toimintatavoista? Järjestötyö, jos mikä, edustaa juuri sitä asiakaslähtöisyyttä puhtaimmillaan – toiminta on kansalaislähtöistä ja vastaa ihmisten tarpeisiin ja täydentää ja osin jopa korvaa sitä virallisen sektorin ”katvealuetta”.

Yhdistystoiminnan/järjestötoiminnan merkitys kansalaisille on kiistaton. Se tarjoaa ihmisille osallistumismahdollisuuksia, vertaistoimintaa ja myös ”työllistää” ihmisiä, joko vapaaehtoistoimijoina tai palkattuina työntekijöinä. Yhdistykset ovat kooltaan ja toiminnaltaankin erilaisia ja järjestöjen toimintaan voi kuulua myös maksullista palvelutoimintaa, kuten esim. kuntoutuspalveluita ja palveluasumista.

Lundin (2006) mukaan, kansalaisjärjestön perustehtäviä ovat: edunvalvonta, vaikuttaminen, vertaistuen järjestäminen ja kansalaisaktiivisuuden kanavoiminen. (Lund 2006, 19). Sosiaalisen eheyden yhteiskunnassa on järjestöillä itsenäinen ja oma paikkansa ja tehtävänsä ja ne ovat kansalaisyhteiskunnan perusta. Palvelujärjestelmillä ei voida korvata niiden yhteisöllisyystehtävää. (Möttönen & Niemelä 2005, 207–208.)

Miten hyvin palvelujärjestelmät yleisesti vastaavat ”moniongelmaiseksi” luokiteltujen nuorten tarpeisiin. Koska päihde- ja mielenterveysongelmaisten palvelun ja tuen tarpeet ovat moninaisia, eivätkä rajoitu vain päihde- ja mielenterveyspalveluihin, niin heille suunnattujen hoito- ja palveluketjujen pitäisikin läpäistä kaikki osa-alueet, jotta tuki olisi kokonaisvaltaista ja tuloksellista. Ketjujen tulisi toimia sekä vertikaalisesti että horisontaalisesti.

Yhteiskunnassa tarvitaankin päihde- ja mielenterveystyöhön liittyen laajamittaista verkosto/yhteistyötä ja uutta innovatiivista sekä raja-aitoja rikkovaa otetta, ajattelutapaa ja toimintamalleja. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoidoksi ei siis välttämättä riitä pelkästään laitos- tai avohoito, mahdollinen terapia ja lääketieteellinen apu, vaan muut mahdolliset tukitoimenpiteet voivat olla sille sairastuneelle yhtä tärkeitä toipumista ja kuntoutumista ajatellen.

Onnistuneen laitoshoidojakson päätteeksi tai avohoitokäyntien jälkeen ihminen voi jäädä yksin, eikä kukaan ole vastuussa tai kiinnostunut hänen elämästään sen jälkeen. Miten hän selviää arjesta, miten hän asuu ja elää, onko asuminen ja eläminen edes jollakin tavalla taloudellisesti turvattua, onko hänellä opiskelu- tai työpaikka tai muuta mielekästä tekemistä päivisin, onko hänellä ystäviä tai muuta kontaktiverkostoa, johon ottaa yhteyttä ongelmien kohdatessa jne. Tässä kohtaa ei pidä unohtaa myöskään päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien perheitä ja omaisia – myös he tarvitsevat yhteiskunnan tukea ja apua. Eläessään läheisessä suhteessa sairastuneen kanssa ja häntä auttaessaan väsyvät ja masentuvat myös auttajat.

Yksi tutkimukseen osallistunut kertoi tämän olevan arkipäivää myös vankilasta vapautumisen jälkeen – jos yhteiskunta ei tue tarpeeksi tai oikealla tavalla vapautuvaa päihteiden väärinkäyttäjää, niin tälle ei jää muuta mahdollisuutta kuin jatkaa päihteiden käyttöä ja sen rahoittaminen tapahtuu usein (ainakin huumeisiin liittyen) rikollisuuden kautta. Halu ja toive muutokseen ovat olemassa, mutta omat voimavarat ja keinot ovat valitettavasti riittämättömät.

Olisi ehkä aika herätellä uudenlaisia toimintastrategioita ja malleja sosiaali- ja terveyssektorin sekä virallisen että kolmannen sektorin toimijoiden kanssa – yhteisiä projekteja, kehittämishankkeita ja virallisen sektorin benchmarkingia järjestöiltä. Myös kokemusasiantuntijoiden ja kokemuskouluttajien asiantuntemusta tulisi hyödyntää entistä enemmän niin sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa kuin virallisen sektorin työntekijöitä koulutettaessa.

Kokemuskouluttaja/kokemusasiantuntija on pitkäaikaissairas, vammainen tai heidän läheisensä, joka on saanut pedagogisia perusvalmiuksia, jotta voisi toimia kouluttajana esim. sosiaali- ja terveysalan opetusyksiköissä tai lääketieteellisissä tiedekunnissa. Heidän rooliinsa kuuluu muun muassa kokemustietoon pohjaavat puheenvuorot tai ammattiin valmistuvien opetukseen osallistuminen. Kokemustieto auttaa opiskelijoita jäsentämään ja soveltamaan teoreettista tietoa käytäntöön. Samalla se kehittää opiskelijoiden kohtaamistaitoja asiakas/potilastilanteissa ja vähentää stereotyyppistä asennoitumista sekä edistää sairaiden ja vammaisten ihmisten elämänlaatua. (Kokemuskoulutuksen koulutusohjelma 2010, 4.)

Myös palveluohjauksen malli (Serveri-hankkeen ja Lähde-hankkeen tapaan) auttaisi ja tukisi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä korjaavassa työssä, mutta myös niitä ennaltaehkäisevässä työssä. Se on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etuja korostava työtapa. Se on samalla asiakastyön menetelmä sekä palveluiden yhteensovittamista organisaatitasolla. Siinä on kyse yksilökohtaisesta palveluohjauksesta, joka koostuu asiakkaan ja työntekijän luottamuksellisesta suhteesta ja työntekijän asiakaslähtöisestä työskentelytavasta. Tavoite on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestää hänelle niiden mukaiset palvelut ja tuki.

Tavoitteena on myös siirtyä instituutio- ja tarjontakeskeisistä palveluista käyttäjä- ja kysyntäkeskeisiin palveluihin. Asiakkaalle on nimetty vastuuhenkilöksi työntekijä, joka tukee asiakasta ja auttaa ja ohjaa eteenpäin palveluiden pariin sekä seuraa asiakkaan tilanteen kehittymistä yhdessä hänen kanssaan. (Sosiaaliportti 2008.)

Kansallisilla mielenterveyspäivillä Mieli 2011 3.–4.2.2011 Vaasassa professori Pentti Arajärvi puhui muun muassa mielenterveyden edistämisestä ja vastuun jakautumisesta kuntien ja kansalaisten/yksilöiden välillä. Hänkin totesi huolensa nuorisotyöttömyyden kasvusta ja samalla hän pohti kuntien tehtävää eli kuntien tehtävä on kuntalakiin perustuen tuottaa hyvinvointia asukkailleen. Arajärveä huolestuttaa kuinka kunnat velvollisuuksistaan selviävät, sillä jos kunnille annetaan tehtäviä, niin kunnille olisi annettava samalla taloudelliset edellytykset selviytyä niistä. Yksilön ja asiakkaan näkökulmaan liittyen viranomaisten olisi myös tunnettava laki ja myös noudatettava lakia. Arajärvi toteaa vielä, mitä heikompi ihminen, sitä suurempi on kunnan vastuu ja lisäksi Arajärven mukaan ongelmia hoidettaessa, olisi hoidettava syytä, ei seurausta. (Arajärvi 2011.)

Yhden haastateltavan kommentti yksinäisyyteen liittyen on koskettava ja toteamus onkin hyvin merkityksellinen.

”No siinä tapauksessa, jos ei oo perhettä, ei oo ympärillä niitä ihmisiä, jotka välittäis pätäkäään ja henkilö on yksin, niin silloin olis helvetin hyvä, että sen henkilön ei tarvis olla yksin. Se on numero yksi, psyykinen ongelma on yksinäisyys. Sitä voi olla vaikka kuinka sairas, mutta jos ei oo yksin, niin se ei oo niin paha asia.”

Eli yksinäisyys pahentaa ihmisen ongelmia ja kääntäen sosiaaliset suhteet toisiin ihmisiin voivat saada ihmisen tuntemaan hyvinvointia ja onnea vakavista sairauksista tai ongelmista huolimatta.

Yksinäisyys on sosiaalinen ongelma ja pahimmillaan syrjäyttää ihmisen muusta yhteiskunnasta. Yksinäisyyteen voidaan vastata myös järjestötoiminnalla, joka on kansalaislähtöistä toimintaa ja perustuu kansalaisten omiin tarpeisiin ja toiveisiin. Tasavallan presidentti Tarja Halonen toteaa 6.2.2011 puheessaan Yhteisvastuukeräyksen avaamiseksi:

”Ihmisyys syntyy vuorovaikutuksesta. Sen vuoksi on hyvin luonnollista, että ihminen kaipaa toisten seuraa ja hyväksyntää. Joka kymmenes suomalainen nuori kokee itsensä yksinäiseksi. Joka viidennellä yläasteikäisistä pojista ei oman arvionsa mukaan ole yhtään todellista ystävää. Yksinäisyys on Suomessa eri-ikäisten ihmisten todellinen, vakava ongelma.” (Halonen 2011.)

Presidentti Tarja Halonen jatkaa:

”Tutkimusten mukaan yksinäisyys on yhteydessä moniin muihin kielteisiin seikkoihin kuten opiskelu- ja sopeutumisvaikeuksiin. Se voi johtaa usein myös masennukseen ja ahdistukseen. Syvä yksinäisyys voi päätyä joskus hyvinkin traagisiin seurauksiin.” Lisäksi hän toteaa ”Yhteiskunnan muutos on ollut nopeaa, eivätkä nuoria auttavat tukitoimet ole aina pysyneet muutoksessa mukana. Nuorten hyvinvointia edistäviä ja syrjäytymiseltä suojaavia tekijöitä onkin vahvistettava. Riskitekijöihin on puututtava ajoissa. Se on ihmiselle itselleen helpointa ja se on myös yhteiskunnan kustannustenkin kannalta lopulta edullisinta. Yksinäisyyden ja syrjäytymisen torjumiseen tarvitaan moniammatillista ja -alaista yhteistyötä, josta ei tule luopua edes taloudellisesti tiukkana aikana.” (Halonen 2011.)

9.1 Jatkotutkimusaiheita

Koulututkimuksissa todetaan nuorten kärsivän erilaisista fyysisistä ongelmista, jotka voivat olla psyykkisperäisiä ja myös suoranaisista psyykkisistä ongelmista (esimerkiksi masennusta, unihäiriöitä, syömishäiriöitä) Samoin tutkitaan koululaisten alkoholin ja huumeiden käyttöä ja koska tutkimuksissa saadaan myös todisteita nuorten psyykkisistä ongelmista ja päihteiden käytöstä, niin silloin voitaisiin myös miettiä, mitä yläasteella ja toisen asteen oppilaitoksissa voitaisiin tehdä näiden kyselyjen tulosten pohjalta. Jatkotutkimusaiheena olisikin kiinnostavaa kartoittaa yläasteen ja toisen asteen oppilaitosten tapaa ja resursseja tehdä päihde- ja mielenterveysongelmia ennaltaehkäisevää työtä. Usein päihteiden ongelmakäyttö sekä mielenterveysongelmat alkavat jo nuorella iällä.

Jatkotutkimuksen aiheena pohdin myös kolmannen sektorin ja virallisen sektorin yhteistyön avulla toteutettavaa toiminnallista tutkimusta nuorten työpajatoiminnan oheen; tehostettua päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoa työpajatoiminnassa mukana oleville nuorille palveluohjausmallin ja henkilökohtaisen tukemisen avulla. Nuorten oma käsitys päihteiden käytöstä ja omasta mielenterveydestään

voidaan kartoittaa ennen työpajajaksoa ja sen päätyttyä sekä vuosi jakson päättymisen jälkeen ja samalla tutkitaan tehostetun päihde- ja mielenterveysongelmien hoidon vaikutuksia.

Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi vielä tukihenkilötoiminnan (vapaaehtoisten toimijoiden) tarjoaminen päihde- ja mielenterveysongelmaisille sekä myöhemmin seurantatutkimuksena tukihenkilötoiminnan vaikutuksien kartoittaminen.

LÄHTEET

Aalto, Mauri 2008. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. Kansanterveyslehti nro 4/2008. [online]. Päivitetty 11.4.2008. [viitattu 17.2.2011] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_4_2008/tehoa_kaksoisdiagnoosien_hoitoon>

Ackerman, Robert J. 1992. Lapsuus lasin varjossa. Lapsi alkoholiperheessä. Opas vanhemmille, ammattikasvattajille ja hoitotyöntekijöille. Kääntänyt ja Suomen oloihin soveltanut Teuvo Peltoniemi. 1.–2. painos. Helsinki. A-klinikkasäätiö. VAPK-Kustannus.

Al-Anon toimii – työkaluja alkoholistien perheille ja ystäville 2003. 1. painos. Riihimäki. Al-Anon keskuspalvelu ry.

Alasuutari, Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. 3.uudistettu painos. Tampere. Vastapaino.

Arajärvi, Pentti 3.2.2011. Mieli 2011. Kansalliset mielenterveyspäivät. Vaasa.

Arki, arvot, elämä, etiikka. 2005. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta.

Duodecim 2010. Lääkäriseura Duodecim ja Kustannus Oy Duodecim.

[online].[viitattu 23.2.2011] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:<http://www.duodecim.fi/web/kotisivut>>

Ekola, Terhi 2011. Mielen häiriöistä kärsivät aikuiset heitteillä. Sanomalehti Pohjalainen. 28.4.2011.

Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä Riitta. Sosiaalibarometri 2010. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Finlex 2011. [online]. [viitattu 14.3.2011] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/asiasanat.php?start=m&key=Mielenterveys&id=2730/>>

Folkhälsan 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:<http://www.folkhalsan.fi/sv/startside/Var-verksamhet/Ung-och-skola/Tonarspolikliniker1/Tonarspoli-Osterbotten/>>

Halonen, Tarja 2011. Suomen tasavallan Presidentti. Tasavallan presidentti Tarja Halosen puhe 62. Yhteisvastuukeräyksen avaamiseksi 6.2.2011. Päivitetty 6.2.2011. [online]. [viitattu 19.4.2011] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:<http://www.president.fi/public/default.aspx?contentid=212168&nodeid=41417&contentlan=1&culture=fi-FI>>

Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina & Kitchener, Betty & Jorm, Anthony 2005. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Ihalainen, Jarmo & Kettunen, Terttu 2006. Turvaverkko vai trampoliini: sosiaaliturvan mahdollisuudet. Oppimateriaalit. Helsinki. WSOY.

Irti huumeista 2001. Mitä jokaisen on hyvä tietää huumeista. Esite. Mikkeli.

Irti Huumeista ry – Fri från Narkotika rf 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.irtihuumeista.fi/>

Isaksson, Per-Erik 1997. Den tredje sektorn. En samhällsmodell för framtiden. Esbo. Schildts Förlag Ab.

Katkaisuhoitoaseman nimeksi päihdeasema 2011. Sanomalehti Pohjalainen. 17.3.2011.

KIURU/Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2011. [online]. [viitattu 3.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.kpshp.fi/fi/index.asp>

Kokemuskoulutuksen koulutusohjelma 2010. Kokemuskoulutuksesta päteväänhanke 2010.

Käypä hoito 2011a. [online]. [viitattu 28.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>.

Käypä hoito 2011b. Alkoholiongelmaisen hoito. [online]. 7.2.2011. [viitattu 1.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

L169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. 9.2.2007. [online]. [viitattu 21.2.2011] Saatavilla www-muodossa: www.finlex.fi. <URL:http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169>

Laine, Terhi & Hyväri, Susanne & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Tammi.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Lauerma, Hannu 2010. Labyrintti lehti. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n jäsenlehti. Nro 2/2010. s. 5.

Leskinen, Maire & Lassila, Anna & Kalamaa, Anne-Maria & Rytkölä, Elina 2002. Perhekeskeisen huumeilyn opas. Perhetyön keskus. Irti huumeista ry.

Lindqvist, Eija & Vuorinen, Marja (toim.) 2009. Järjestöpökkari. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Espoo.

Lund, Pekka 2006. Torjuttu toivottomuus. Jyväskylä. Ps-Kustannus.

Lähde-hanke 2008. Mielenterveyskuntoutujien palveluohjausmenettelyn kehittäminen. Vaasan kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto. Perhepalvelut/Sosiaalityön palvelualue. Loppuraportti.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. 4. laitos. 1. painos. Helsinki. International Methelp.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. [online]. [viitattu 16.2.2011] Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>>

Myllyhoitoyhdistys ry 2011. [online]. [viitattu 2.5.2011] Saatavilla www-muodossa: <http://www.myllyhoito.fi/apuanyt/huoli-laheisen-paihteen-kaytosta>

Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma 2005. Kunta ja Kolmas Sektori. Yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiiikkala, Irma (toim.) 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki. Tammi.

Nyman, Markku & Stengård, Eija 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasanseutu ry-Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden rf. 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.vaasanomaiset.fi/>>

Pendolin, Irajä & Lammassaari, Katja 2007. Serveri. Sosiaalisen kuntoutuksen mallintaminen-hanke. Vaasan kaupunki. Psykososiaaliset palvelut. Loppuraportti.

Pohjanmaa-hanke 2010a. Tiedote 15.11.2010. Mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhdessä. [online]. [viitattu 28.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=635017>>

Pohjanmaa-hanke 2010b. Kehittämistyö Pohjanmaa-hankkeessa. [online]. [viitattu 2.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=558218>>

Pohjamaa-hanke 2010c. Tausta. [online]. [viitattu 2.3.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=455346>>

Pohjanmaan Syömishäiriöperheet ry 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.syomishairioliitto.fi/toiminta/jasenyhdistykset/pohjanmaa/index.html>>

Psykosociala Förbundet Finland 2011. [online] [viitattu 18.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.fspc.fi/>>

Psykosociala föreningen Rågblomman r.f. 2011. [online]. [viitattu 18.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.netikka.net/ragblomman/>>

Pylkkänen, Kari 2008. Valtakunnalliset lääkäripäivät 10.1.2008. [online]. Päivitetty 4.1.2008. [viitattu 4.3.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.laakariliitto.fi/cgi/lp2008pressi.pl?1698,newsitem,LP2008_TO%3E.>

Salmela, Tuula (toim.) 1997. Autetaanko asiakasta-palvellaanko potilasta? Jyväskylä. Atena.

SOnet Botnia 2011. [online] [viitattu 18.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.sonetbotnia.fi>>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008. KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki 2008.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Päihdetyön lainsäädäntö.[online]. 24.2.2009. [viitattu 25.2.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010a. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). [online] 9.6.2010. [viitattu 24.2.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveyspalvelujen_saatavuus>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010b. Tiedote 194/2010. 10.6.2010. [online]. [viitattu 24.2.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997#fi>>

Sosiaaliportti 2008. Palveluohjauksen kehittäminen. [online]. Päivitetty 31.12.2008. [viitattu 8.3.2011] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/palveluohjaus/mita_on_palveluohjaus/>

Stödförening för närstående till missbrukare r.f. 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.stodfornarstaende.fi/>>

Svenska Österbottens Anhörigförening SÖAF rf. 2010. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.soaf.fi>>

Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1.–2. painos. Helsinki. Kirjayhtymä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. [online]. [viitattu 22.2.2011] Saatavilla www-muodossa. <URL:http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/etusivu>

Työpajatieto 2011a. [online]. [viitattu 15.2.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.tyopajatieto.fi/tyopajatieto/mika_on_tyopaja/>

Työpajatieto 2011b. [online]. [viitattu 15.2.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.tyopajatieto.fi/tyopajatieto/mika_on_tyopaja/tyopajojen_kumpipanit/>

Vaasan A-kilta ry/raitisolohuone 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://raitisolohuone.suntuubi.com/>>

Vaasan Bestis ry 2008. Päivitetty 18.1.2008. [online]. [viitattu 8.2.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.netikka.net/bestis-verstas/>>

Vaasan kaupungin päihdetyön palveluopas 2006. 20.11.2006. [online]. [viitattu 15.1.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.vaasa.fi/Link.aspx?id=504515>>

Vaasan keskussairaala 2008. [online]. Päivitetty 18.8.2008. Psykiatrian osastot. [viitattu 13.4.2011] Saatavilla www-muodossa: >URL:http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Psykiatrian_osastot>

Vaasan keskussairaala 2011. [online]. Päivitetty 12.1.2011. Psykiatrian poliklinikat ja vastaanotot. [viitattu 13.4.2011] Saatavilla www-muodossa: >URL:http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Poliklinikat_ja_vastaanotot/Psykiatrian_poliklinikat_ja_vastaanotot>

Vaasan Mielenterveystoiminnan tuki ry 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.mtkl.fi/jasenyhdistykset/paikallisyhdistykset/>>

Vaasan sairaanhoitopiiri 2009. Strategia 2009–2012. Vaasa.

Vaasan Setlementtiyhdistys ry 2011. [online]. [viitattu 20.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.vaasansetlementti.net/kylakeskus_kultanutummi/>

Vaasanseudun sosiaalipsykatrinen yhdistys-Vasanejdens socialpsykiatriska förening ry 2007. [online]. [viitattu 20.3.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.vaasansospsyk.fi/>>

Vaasan seutu – selvänä tulevaisuuteen. Vaasan seudun alueellinen päihdestrategia. 2009.

Vainio, Jouni, toiminnanjohtaja 15.3.2011. Vaasan Bestis ry/Bestis verstaas. Vaasa. Haastattelu.

Vanhanen, Matti 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Helsinki.

Vihreä kirja 2005. Euroopan yhteisöjen komissio. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Bryssel 14.10.2005. KOM (2005) 484 lopullinen. [online]. [viitattu 10.2.2011] Saatavilla www-muodossa:
<URL:http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf>

Vuorinen, Marja & Särkelä, Riitta & Perälähti, Anne & Peltosalmi, Juha & Peisa, Leena & Londén, Pia & Eronen, Anne 2005. Vertaansa vailla. Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Helsinki. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Välittäjä-hanke -2009. [online]. [viitattu 1.2.2011] Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.valittajahanke.fi/fi/valittaja-hanke>>

Österberg, Esa 2009. THL. Päihdelinkki 121 Sosiaaliset alkoholihaitat. [online]. Julkaistu 12.12.2005. Päivitetty 24.9.2009. Viimeksi muokattu 16.3.2010. [viitattu 31.3.2011]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/121-sosiaaliset-alkoholihaitat>>

TEEMAHAASTATTELUUN OSALLISTUMINEN

Liite 1

Suostun osallistumaan teemahaastatteluun ja samalla annan luvan haastattelun nauhoittamiseen sekä tietojen käyttämiseen tutkimustarkoituksessa. Haastattelun jälkeen nauhoitukset puretaan ja tieto siirretään kirjalliseen muotoon ja sen jälkeen haastattelunauhoitukset sekä nauhoitusten purkamisen yhteydessä syntynyt kirjallinen materiaali tuhoaan.

Haastattelun tuloksia käytetään hyväksi opinnäytetyössä (kirjallinen raportti). Haastateltavien anonymiteetti säilyy ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Vaasassa _____

tutkimukseen osallistuva

tutkimuksen tekijä

TAUSTATIEDOT

Liite 2

Ikä: _____

Samassa taloudessa asuvat: _____

Koulutus: _____

Työkokemus: _____

Työtoiminta Bestis Verstaalla:

Työharjoittelu ____ Kuntouttava työtoiminta ____ Yhdyskuntapalvelu ____

x) Muut haastateltavat:

Päihdyttävien aineiden käyttö:

Alkoholi ____ Huumeet ____ Lääkkeet ____

Onko hoitosuhde (lääkitys, terapia tms.) _____

Mielenterveydentila tällä hetkellä:

Masennus _____

Ahdistus _____

Paniikkioireilu _____

Sosiaalisten tilanteiden pelko _____

Pakko-oireinen käyttäytyminen _____

Fobiat _____

Kaksisuuntainen mielialahäiriö _____

Skitsofrenia _____

Muu, mikä _____

Onko oireilu/sairaus diagnosoitu: _____

Onko hoitosuhde (lääkitys, terapia tms.) _____

x) muut haastatteluun osallistuneet henkilöt tulivat Vaasan Bestis ry:n yhteistyöverkostoista

TEEMAHAASTATTELU

Liite 3

Millaisena näet tämänhetkisen elämäntilanteesi?

- Mitä ajattelet elämästäsi tällä hetkellä?
- Mitkä asiat ovat tärkeitä ja merkityksellisiä elämässäsi?
- Kuuluuko elämääsi seuraavia perusasioita?: katto pään päällä, rahaa elämiseen, ruokaa jääkaapissa ja jonkun verran hyviä ihmissuhteita?
- Millaisena näet oman fyysisen ja psyykkisen terveytesi?
- Millaisena koet jaksamisesi ja mielentilasi? (suhtaudutko positiivisesti elämään, motivoitunut uusista asioista ja näet tulevaisuuden valoisana vai oletko väsynyt, ahdistunut, masentunut, toivoton, surullinen...)
- Kuuluuko päihteiden käyttö elämääsi ja miten se vaikuttaa siihen?
- Oletko tyytyväinen vai tyytymätön elämääsi: jos olet tyytymätön, niin mikä asia pitäisi olla toisin?
- Onko sinulla tulevaisuuden suunnitelmia (liittyvätkö ne mahdollisesti parisuhteeseen, perheen perustamiseen, harrastuksiin, työntekoon, opiskeluun, päihdeettömyyteen) ja mitä aiot tehdä niiden toteuttamiseksi?

Millaiset palvelun ja hoidon tarpeet sinulla on?

- Oletko ollut tai olet tällä hetkellä asiakkaana päihdepalveluissa, mielenterveyspalveluissa sosiaalipalveluissa tai muissa vastaavissa ja miten palvelu tai hoito mielestäsi on sujunut?
-Oletko tullut asiakkaana kuulluksi ja tarpeesi huomioiduksi?
- Miten mielestäsi yhtäaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa tulisi hoitaa?
- Onko sinulla tällä hetkellä jokin akuutti palvelun tai hoidon tarve?
- Millainen palvelu/hoito on mielestäsi hyvää?
-Onko sinulla toivomuksia palveluiden tai hoidon laatuun, nopeuteen tai muuhun liittyen?
- Mikä on mielestäsi työntekijän rooli ja tehtävä palvelu- tai hoitotilanteessa?
- Mikä on mielestäsi asiakkaan rooli ja tehtävä palvelu- tai hoitotilanteessa?
- Tiedätkö millaisiin palveluihin, hoitoihin, tukiin tai etuuksiin olet oikeutettu?

Kuinka tärkeänä näet oman motivoitumisesi ja sitoutumistasi palveluihin ja hoitoon?

- Vaikuttaako mielestäsi palveluiden ja hoidon onnistumiseen se, miten asiakkaana olet itse motivoitunut ja sitoutunut niihin?
- Mikä saa sinut yleensä motivoitumaan ja sitoutumaan johonkin asiaan?
- Onko sinulla itselläsi jotain syitä tai esteitä, jotka voivat estää motivoitumisesi ja sitoutumisesi ja mitä voit tehdä näiden esteiden poistamiseksi?
- Voiko joku ulkopuolinen tekijä/asia tai henkilö mielestäsi tukea motivoitumista ja sitoutumista ja jos voi, niin mikä, kuka ja miten (henkilökunta/työntekijät, tukihenkilö – jonka puoleen voit tarvittaessa kääntyä tai vertaisryhmä – samassa elämäntilanteessa elävät henkilöt tms.)?